

Šárka Gjuričová, Jiří Kubička



RODINNÁ TERAPIE

**SYSTEMICKÉ A NARATIVNÍ PŘÍSTUPY
2., DOPLNĚNÉ A PŘEPRACOVANÉ VYDÁNÍ**



 **GRADA®**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Šárka Gjuričová (FN Motol – Centrum rodinné terapie DPK)
Jiří Kubička (Všeobecná fakultní nemocnice – Denní sanatorium Horní Palata)

RODINNÁ TERAPIE
Systemické a narativní přístupy
2., doplněné a přepracované vydání

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3659. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Drahúše Mašková
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 288
Vydání 1., 2009

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2009
Cover Photo © Eliška Kubínová (reprodukce obrazu Rodina Karla IV., Francisco Goya)

ISBN 978-80-247-2390-7 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6980-6 (elektronická verze ve formátu)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Úvodní slovo	11
------------------------	----

ČÁST I. TEORETICKÉ ZÁKLADY RODINNÉ TERAPIE

1. Jazyk, metafora a teorie rodinné terapie	17
1.1 Systemický přístup	20
1.2 Sociální konstruování	28
1.2.1 Sociální konstrukce a fakta	28
1.3 Narativní terapie	31
1.3.1 Příběhy jako terapeutické zdroje	31
1.3.2 Narativní verze pravdy	38
1.3.3 Psaní v narativní terapii a výcviku	41
1.3.4 Čtení literatury jako zdroj	42
1.4 Kolaborativní terapie	43
1.5 Jakou teorii potřebuje rodinná terapie?	45
1.5.1 Jakou terapii si přejí klienti?	45
1.5.2 Potřebuje rodinná terapie teorii rodiny?	46
1.5.3 Mezioborovost rodinné terapie	47
2. Gender a rodinná terapie	49
2.1 Odlišnosti mužů a žen a předpoklady o odlišnostech	49
2.2 Implicitní modely rodinných vztahů klientů a terapeutů	50
2.3 Pojem gender	51
2.4 Zdroje našeho genderového přístupu v terapii	52
2.5 Genderové odlišnosti – biologické a sociálně konstruované nejsou polarity	54
2.5.1 Muži a ženy jako ahistorický kulturní vzorec	55
2.5.2 Historické kořeny mocenské nerovnosti a genderového uspořádání	55
2.6 Být ženou, být mužem – genderová identita a kontexty její tvorby	58
2.7 Názory na genderové role v Česku	59
2.8 Genderová vnímavost ve výcviku rodinných terapeutů	62
2.8.1 Terapeutky a terapeuti, klienti a klientky	62
2.8.2 Zkoumání osobních témat	63
2.8.3 Rodiny, kde tradiční scénáře života mají příliš velkou sílu – rizika úzce definovaných genderových rolí	65
2.8.4 Gender jako třetí člen párových vztahů – loajalita a paradoxy tradičních konstrukcí	71
Závěr	73

3. Komunikace	75
3.1 Roviny komunikace	75
3.1.1 Komunikace o věcech – komunikace o vztazích	76
3.1.2 Text – kontext	77
3.1.3 Komunikace – metakomunikace	77
3.1.4 Verbální komunikace – nonverbální komunikace	78
3.1.5 Explicitní komunikace – implicitní komunikace	78
3.1.6 Rozhovor – diskurz	79
3.2 Mocné formy komunikace	80
3.2.1 Rituál	81
3.2.2 Mýtus	83
3.3 Osvobozující formy komunikace	85
3.3.1 Dekonstrukce	85
3.3.2 Převyprávění	86
3.4 Terapeutický rozhovor	87

ČÁST II. RODINY

4. Rodiny, jejich formy a proměny	91
4.1 Formy rodin	91
4.1.1 Tradiční a netradiční formy rodin	92
4.2 Kulturní odlišnosti rodin v Česku	95
4.2.1 Úplné rodiny většinové společnosti jsou také různé	96
4.2.2 Rodiny s chronickým konfliktem	96
4.3 Konflikt partnerů, předrozvodová situace	97
4.3.1 Otázka přijetí rozvodu partnerky	97
4.3.2 Utajování před dětmi a sdělování dětem	98
4.4 Terapeuti a rozvodová situace	98
4.5 Proces rozvádění – soukromé a veřejné loučení, legální a psychologický rozvod	99
4.5.1 Rozvodové napětí a děti	100
4.6 Po rozvodu	101
4.6.1 Kontakty s rodičem, který nežije s dítětem	101
4.6.2 Závažné spory o děti	102
4.6.3 Co pomáhá dětem po rozvodu	103
4.7 Minoritní formy rodin	104
4.7.1 Samostatní rodiče a děti (neúplná rodina)	104
4.7.2 Nové rozšířené rodiny	105
4.7.3 Trígenerační rodiny, prarodiče v rodičovských rolích	107
4.7.4 Bezdětné rodiny	109
4.7.5 Adoptivní rodiny a další sociálně tvořené formy rodin	110
4.8 Otázky adopce mimo manželství, adopce jednotlivcem, adopce homosexuálními partnery	111
Závěr	112

5. Rodiny v průběhu času, metafory a realie vývoje rodin, genealogie	113
5.1 Metafory, podle kterých žijeme	113
5.1.1 Cesta životem	113
5.1.2 Cyklus života	114
5.1.3 Cyklus rodin klientů a terapeutů	115
5.2 Cyklus vývoje rodin se proměňuje	115
5.2.1 Genderové aspekty vývoje rodin	116
5.3 Nejen metafory, také realie, proměňování cyklu rodinného života od počátku 20. století	116
5.3.1 Využívání pojetí cyklu rodinného života	117
5.4 Genealogie	117
5.4.1 Co se předává, významy genealogie	118
5.4.2 Podobnosti a jejich významy	118
5.4.3 Práce s genealogií	119
5.4.4 Genealogické zkoumání spíše historické – práce s genealogickými údaji	120
5.4.5 Genealogie jako zdroj příběhů (využívání narativních prvků v práci s genealogií)	123
5.4.6 Vztah k vlastní genealogii	123
Závěr	124
Příloha: Genealogické značky	125

ČÁST III. PRAXE

6. Průběh terapie	129
6.1 První rozhovor	129
6.1.1 Novost situace při prvním rozhovoru	129
6.2 Cíle prvního rozhovoru	130
6.2.1 Vzájemné seznámení terapeuta a rodiny, terapeutické prostředí	130
6.2.2 Vytvoření důvěry v terapeutický proces	131
6.2.3 Získání informací, počátek nosného příběhu	131
6.2.4 Dohoda o dalším postupu, kontrakt, „zakázka“	131
6.3 Průběh terapie	133
6.3.1 Koho pozvat k prvnímu rozhovoru	133
6.3.2 Výchozí situace	134
6.3.3 Počátek terapie – uvítání	135
6.3.4 První otázky	136
6.3.5 Dohoda o pokračování terapie	140
6.4 Pokračování terapie – pokrok či stagnace	141
6.5 Intervence	142
6.5.1 Terapeutické poselství	144
6.5.2 Terapeutický úkol	145
6.6 Změna pohledu terapeuta – spolupráce v týmu, konzultace, supervize	147
6.7 Ukončení terapie	147
6.8 Hodnocení terapie	148
6.9 Terapeutický vztah	149

7. Terapie partnerských dvojic	153
7.1 Partnerská dvojice a moře příběhů	153
7.2 Dvojice v konfliktu	154
7.3 Dvojice, kde je jeden partner pacientem	156
7.4 Dvojice se společným rodičovským problémem	158
7.5 Dvojice před důležitým rozhodnutím	159
7.6 Základní terapeutické postupy	160
7.6.1 Neutralita	160
7.6.2 Aktivita terapeuta	161
7.6.3 Kompromis a shoda	161
Závěr	162
8. Systemická práce s jednotlivcem	163
8.1 Kdy pracujeme s jedním klientem?	163
8.2 Výhody a nevýhody individuální terapie	164
8.3 Terapeutické postupy v systemické individuální terapii	165
8.4 Klienti se specifickými problémy	167
8.5 Meze a rizika systemické práce s jednotlivcem	169
9. Děti v rodinné terapii	171
9.1 O dětech, bez dětí, s dětmi	171
9.2 Setkávání s dětmi a jejich rodiči	173
9.3 Terapie rodin s malými a staršími dětmi	174
9.3.1 Nejmladší děti a jejich rodiče v terapii	174
9.3.2 Rodiny se školáky	178
9.3.3 Terapie s dospívajícími a jejich rodinami	182
9.4 Těžké situace v terapii rodin s dětmi	185
9.4.1 „Jdi si za ním...“	185
9.4.2 „Aby si o sobě moc nemyslel...“	185
9.4.3 „To jí nemůžu říct...“	185
9.4.4 „Musela jsem slíbit, že vám to neřeknu...“	186
9.4.5 „Tam mne nedostanete...“	187
10. Psychosomatické pacienti	189
10.1 Mají tělesné nemoci tělesné příčiny a psychické problémy psychické příčiny?	190
10.1.1 Jazyky nespokojenosti – rodiny citlivé na pocity, rodiny citlivé na bolesti těla	190
10.1.2 Somatizace	191
10.2 Terapie	192
11. Ne všichni klienti jsou YAVIS (méně nadějní klienti bývají pro terapeuta obtížnější)	197
11.1 Ti, co jsou a nejsou YAVIS	198
11.2 Stáří, seniorství nebo pozdní dospělost?	199
11.2.1 Kdy stáří začíná?	199
11.2.2 Kdy se člověk cítí být starý?	199
11.2.3 Jak poznáme, že je někdo starý?	199

11.2.4	Senioři a psychoterapie	200
11.2.5	Jsou staří lidé sociálně vylučováni?	200
11.2.6	Jaké máme zkušenosti se staršími klienty	200
11.2.7	Snahy o tematizaci stáří, o pozitivní konstrukci stáří a o tvorbu aktivní komunity	201
11.3	Nemluvní a verbálně málo zdatní	203
11.4	Rodiny, kde je člen s mentální retardací	205
11.5	Neúspěšní (mnohočetně znevýhodněné rodiny)	207
11.5.1	Co znevýhodňuje?	209
	Závěr	213
12.	Ztráty	215
12.1	Terapeutické zdroje při práci s lidmi, kteří utrpěli bytostnou ztrátu	216
12.1.1	Co vůbec může terapie nabídnout?	216
12.1.2	Stadiální pojetí	216
12.2	Jak rodiny tvoří rituály loučení a vzpomínání	221
12.3	Děti a bytostná ztráta	221
12.4	Genderové aspekty reakcí zármutku (rodina po smrti adolescentky)	224
12.5	Reakce okolí na zármutek pozůstalých	226
12.6	Oprávnění k zármutku (ztráta nenarozeného dítěte)	227
12.7	Jak se mluví o smrti – příběh o tragické události	228
	Závěr	232
13.	Násilí	235
13.1	Ubývá násilí v rodinách?	235
13.1.1	Ingerence státu – posilování legislativních norem rodinného soužití	236
13.1.2	Demokratizace rodiny – posilování vědomí hodnoty a důstojnosti života všech členů rodiny	236
13.1.3	Objev modelu vztahu, kde mohou oba vyhrát – hry s nenulovým výsledkem	236
13.1.4	Posilování rozsahu, ale i významu a schopnosti empatie	237
13.1.5	Otázky rodičovské autority	237
13.2	Násilí je systemický problém	240
13.2.1	Systemické porozumění násilí a koordinace na úrovni osob a institucí	240
13.3	Tělesné násilí	244
13.3.1	Otázky společenské tolerance a tolerance terapeutů	244
13.3.2	Postoje terapeutů v případech tělesného násilí – odlišení odpovědnosti a porozumění	245
13.3.3	Násilí v partnerských vztazích	246
	Závěr	252
14.	Etické otázky rodinné terapie	255
14.1	Existuje specifická systemická nebo rodinně-terapeutická etika?	256
14.2	Kdo může terapii hodnotit, mít na ni nějaký názor?	261
14.3	Za co je terapeut zodpovědný?	263

Slovo na konec – česká scéna rodinné terapie	265
Jak se tvořila komunita rodinných terapeutů: Bošovy semináře Dubí People	
a Kontext	265
„Pattern which connects“ WFTC 1987	266
Jan Špitz: Jak učil a nepoučoval...	266
...elegantně organizoval odbornou činnost	266
...poznal, co je ve světě	267
„Změnu v terapii nelze způsobit, ale stává se...“	267
Výrazné osobnosti české scény	267
Odborná literatura	269
Věcný rejstřík	273
Jmenný rejstřík	279

ÚVODNÍ SLOVO

Když jsme v roce 2003 dokončili knížku určenou zájemcům o rodinnou terapii (tj. praktikujícím, ale především frekventantům našeho výcviku), slíbili jsme dopracovat témata, která tam podle nás chyběla. Nové vydání bylo zapotřebí, myšlenku doplnění původního textu jsme odmítli. Po pěti letech už jsme měli chuť vymezit se vůči tomu, co jsme tehdy napsali, něco jsme chtěli vypustit, něco ponechat tak, jak bylo, něco jsme potřebovali vyjádřit jinak. Úvodní blok, který se týká teoretických terapeutických východisek, jsme zcela přepracovali. Změny, i když méně výrazné, se týkají oddílu věnovanému rodinám. V praktické části přidáváme k upraveným nebo i nově koncipovaným kapitolám ze starší příručky (např. práce s jednotlivci, s dvojicemi, psychosomatictí pacienti, etické otázky) i tři nové kapitoly. Jedna z nich je věnovaná klientům, které terapeuti obvykle považují za méně nadějně. Věnuje se např. starším klientům, klientům s mentálním handicapem, klientům, kteří nejsou verbálně zdatní (a s nimiž se těžko hovoří), a také klientům sociálně neúspěšným, např. z důvodů kulturní a etnické odlišnosti proti většinové společnosti. Další nové kapitoly se týkají problematiky násilí v důvěrných vztazích a ztrát, s nimiž se v životě setkáváme.

Tentokrát jsme se rozhodli, že autorství kapitol textu bude společné, do všeho jsme si mluvili, navrhovali, co by se dalo zlepšit, a také chtěli podněty i kazuistiky do textů, které byly v počítači spoluautora. Máme za sebou už další léta společného výcvikového programu a debat, v nichž rozhodně nešlo jen o sladění dvojzpěv. Zakládáme si na tom, že naše přístupy jsou svérázné; ovšem tím, jak spolu učíme rodinnou terapii a diskutujeme, se naše názory nejspíš sblížily.

Sdílíme společné terapeutické pozice, jakási východiska naší terapeutické práce; zkusili jsme reflektovat a formulovat ta, na nichž se můžeme jednoduše shodnout. Možná by vyjasnění východisek potřebovali nejen autoři, může být užitečné i pro čtenáře knížky, kteří se snaží orientovat v literatuře rodinné terapie. Klademe si také otázku, zda na hledání jednoduchých společných východisek oboru rodinné terapie nedozrál čas. Může být tedy přínosné, když své terapeutické pozice hned v úvodu zkusíme vyjádřit v heslech, která se možná i překrývají.

- Terapii praktikujeme a učíme v postmoderní době; se starší tradicí evropské skepse to tvoří rámec našich terapeutických pozic. Reflektujeme také rozsah názorů, a to nejen v české komunitě, a vymezujeme se vůči nim.
- Každá teoretická pozice je omezená, postmodernismus není výjimkou. Není účelné to popírat nebo se snažit omezení překlenout.

- Představu o obecně platném funkčním modelu rodiny považujeme za ideologickou, v každých historických podmínkách je mnoho funkčních podob rodin. Rodinní terapeuti nemají za úkol vést rodiny k harmonickému ideálu podle vlastních představ. Pro nás je terapie otevřeným dialogickým hledáním (ve smyslu T. Andersena). Zároveň bereme v úvahu, že toto hledání má i etický rozměr, např. přihlíží k nestejné zodpovědnosti členů rodiny.
- Každý model představuje úhel pohledu, parciální porozumění. Je nedůsledný a vzájemná kritika soupeřících pohledů bývá užitečná. Hledat metanarativ patří do minulosti, která se možná nevrátí.
- Svět, v němž žijeme, zpochybnil tradiční modely života a jasná vodítka pro rodiny a rodinná soužití, tj. jak žít v důvěrných vztazích. Členové rodin se musejí učit vyjednávat své pozice bez samozřejmé opory v hierarchické struktuře rodin. Otec není automaticky v hierarchické pozici vůči ostatním členům rodiny, hierarchická pozice rodiče vůči dětem je poměrně brzy kriticky zkoumána a ověřována. (To znamená, že bude rodinných terapeutů zapotřebí.)
- Výše uvedené v předchozím bodě ovšem neznamená, že v rodinách neexistuje moc, využívání záměrného vlivu. Je však třeba všimnout si i nezáměrného vlivu. Událost se děje v souvislostech. Každý text má kontext, má potenciálně mnoho kontextů. To pomáhá osvobodit od pozice jediné pravdy.
- Co v terapii pozorujeme, je vždy ovlivněné – životními zkušenostmi, silnými názory a předsudky. Naše pozorování nepovažujeme za absolutní, je otevřené dalším otázkám. Nevěříme beze zbytku pozorováním v terapii, nespolehneme jen na naši empirickou evidenci. Klinickou ani osobní zkušenost nepovažujeme tedy za důkaz, který nelze zpochybnit. Všichni terapeuti potřebují supervizi, která pomáhá dát jednoznačným přesvědčením formu nových otázek. O čem jsme silně přesvědčeni, ovlivňuje jak to, co vidíme a slyšíme, tak také to, co nevidíme a neslyšíme. Reflexi názorů a přesvědčení, které mívají svůj původ jak v rodině, tak také v širších společenských kontextech, považujeme za nezbytnost v terapii i v rámci vzdělání terapeutů.
- Biologické či pokrevní pojetí rodin považujeme pro terapii za úzké a potenciálně vylučující. Podobně jako neuvažujeme o obecné rodině a nechápeme pojem „rodina“ jako normativní a neměnný, nelze podle nás mluvit obecně ani o „muži“ nebo „ženy“. Podoby rodin jsou různé a proměňují se v čase – a také proměňování a rozrůznění životů mužů a žen považujeme za sociální skutečnost. Zároveň jsme vnímaví k vlivu dědictví naší kultury, které je kontextem genderových změn.
- Je to vždy racionální náhled, co klientům v terapii pomáhá? Víme, že mnoho zkušeností zůstává nevysloveno, v terapii zkoušíme vytvořit podmínky, aby ještě nevyslovené mohlo být řečeno. Část terapeutického dění zůstává v rámci terapeutického vztahu mimo jazyk a na té úrovni s ní pracujeme.

- V jakém rozsahu mluvit o problému, který klienty přivádí? Terapeutický rozhovor, který se zabývá jen problémy a zkoumá jejich příčiny, získává neúměrně silnou pozici v životě klientů. Jsme si vědomi moci rozhovoru o výjimkách, ale také toho, jakou moc má jejich realizace. Pokus v chování, který je pro klienty žádoucí, může být impulsem k dalším žádoucím změnám.
- Mnoho problémů ve vztazích se vytváří a udržuje v jazyce. V terapeutickém rozhovoru se mohou měnit, ztratit tíži nebo se rozplynout. Vyprávění je aktivní proces, který je v terapeutickém rozhovoru rozvíjen; klient dostává křídla (Gergen). Vyslovené dobré zkušenosti získávají pro klienty novou kvalitu reality a stávají se pro ně zdroji.
- Mnoho problémů je zcela jinak reálných; považujeme za nutné je pojmenovat a měnit, a to i jinde nežli v terapii. Pro tzv. domácí násilí a diskriminaci z důvodů kulturních, etnických nebo jiných je kontextem změny spolupráce s institucemi, rovina společenských názorů a konkrétních praktik; proto tato témata zařazujeme do programu vzdělávání. Postmoderní rámec umožňuje podmíněné přijímání každého vědění; je tedy možné přijmout i moderní pozice.
- V rodinné terapii experimentujeme s různými rolemi terapeutů; „nevědoucí přístup“ klade důraz na to, že terapeuti nejsou experty na život svých klientů a na otevřenost terapeutů a terapeutek vůči pravdám svých klientů (na rozdíl od prosazování své odborné pravdy). Tento radikální přístup klade na terapeuty velké nároky, řídit se jím důsledně je obtížné. Je případný odklon projevem nedostatku odvahy, otevřenosti či vynalézavosti terapeuta na straně jedné nebo nedogmatickým přizpůsobením terapeutického postupu potřebám situace na straně druhé?
- Postmoderní praxe nevylučuje ani direktivní chování terapeutů. Při práci s mandatorními klienty při navození terapeutického kontextu může být direktivní chování terapeutů etické.

*Šárka Gjuričová, Jiří Kubička
V Praze, únor 2009*

Část I.

Teoretické základy rodinné terapie

1. JAZYK, METAFORY A TEORIE RODINNÉ TERAPIE

Zjednodušená definice z připravované Psychologické encyklopedie (připravuje B. Baštecká pro nakladatelství Portál, autor hesla J. K.) praví: „Rodinná terapie je způsob řešení zdravotních či jiných problémů ve spolupráci terapeuta a více členů rodiny. Terapeut se obvykle setkává se všemi členy rodiny současně, nikoli s každým z nich individuálně.“ Jinak řečeno – nejtypičtější situací v praxi rodinné terapie je setkání několika členů rodiny s terapeutem, při kterém se účastníci snaží rozhovorem vyřešit problém, který se týká jich všech. Dnes rodinní terapeuti pracují nejrozličnějším způsobem – s celými rodinami, s dvojicemi i s jednotlivci. Ale setkávání s více členy rodiny mělo v historii rodinné terapie rozhodující význam: Bylo to něco nového, co vyžadovalo vytvoření nových metod a nového teoretického jazyka.



Manželé Nyklíčkoví mají tři děti – 8letého Standu, 5letého Jáchyma a 16měsíční Ester. Mají velký dům v atraktivní lokalitě poblíž Prahy, k bydlení v této lokalitě nezbytná dvě auta, ale také sousedku, která si myslí, že paní Nyklíčková své děti vychovává špatně (to paní Nyklíčkovou velmi trápí). Pan Nyklíček má náročné zaměstnání a řadu vedlejších aktivit dílem výdělečného, dílem zájmového rázu. Oba se cítí přetíženi a úzkostní, dochází mezi nimi ke sporům, pan Nyklíček se dokonce léčí kvůli tachykardii (léky, které bere, jsou psychofarmaka tlumící úzkost, nejde o kardiologickou medikaci); paní Nyklíčková si myslí, že manžel se od problémů rodiny emočně distancuje, zároveň se ale bojí na něj více naléhat, protože by to mohlo vést ke zhoršení jeho zdravotních problémů. V sezení, které je předmětem našeho zájmu, je identifikovaným klientem Standa. Matka má starost, že se málo vyspí. Je to způsobeno tím, že Standa po ulehnutí opakovaně až desetkrát vstává a jde se vyčůrat. Jako důvod uvádí strach, že se počůrá a matka se na něj bude zlobit. Bližším dotazováním terapeut zjišťuje, že Standa se při cestě na záchod přiblíží schodišti, odkud slyší rodiče sedět v obýváku, bavit se mezi sebou nebo sledovat televizi (slyší je ale i ze svého pokoje, protože nezavírá dveře na chodbu – dle svého tvrzení ze strachu ze tmy). Zároveň rodiče o každé jeho návštěvě toalety vědí.

Podívejme se, jak nám pojmový a myšlenkový aparát rodinné terapie pomůže podívat se na na první pohled jednoduchý problém z různých úhlů.

Systemické uvažování nás vede k tomu, že budeme rodinu a její různorodé vztahy a problémy vnímat jako jeden celek, ve kterém symptomatické chování jednotlivce má svou roli v tom, jak funguje celek. Např. Standova potřeba být v noci v kontaktu s rodiči může souviset:

- s jeho separační úzkostí v situaci nejstaršího dítěte v rodině, která se cítí být přetížena třemi dětmi;
- s matčinou úzkostí – ta sice chce, aby spal sám, ale zároveň neustále sleduje, co dělá, monitoruje a kontroluje.

Cirkulární kauzalitu lze vidět ve více interakcích v rodině: Standova úzkost je v souvislosti se strachem matky o něj a jejich úzkosti se navzájem posilují. Otcův symptom na jedné straně ospravedlňuje jeho menší angažmá v rodinných záležitostech, a tím udržuje rodinnou **homeostázu**, na druhé straně ale čím více se otec odtahuje, tím větší má pocit viny za to, že jeho rodina nefunguje, jak má, což jeho úzkost zvyšuje. Zároveň je to, že se od něj nečeká stejná míra angažovanosti ve výchově dětí jako u jeho manželky, stejně jako to, že má větší prostor k realizaci svých profesních i zájmových aktivit než ona, typickou **genderovou** otázkou: Toto rozdělení rolí v rodině navazuje na typická genderová očekávání v celospolečenském diskurzu (muži se mají více realizovat ve světě mimo rodinu, úlohou ženy je starat se o rodinnou pohodu). Paní Nyklíčková se snaží být dokonalou matkou a je nesmírně citlivá na kritiku sousedky: **Narativní přístup** by nás vedl k otázce, jaký je její osobní příběh, jakou historii má její touha po dokonalosti jako ženy a matky, stejně jako její pocit, že v tomto úsilí selhává. Podobnou otázku by bylo možno klást o celé rodině: Co je vede k tomu, že přes jasné signály přetížení svůj náročný životní styl stále stupňuje? Na první pohled by se mohlo zdát, že většinu současných problémů by neměli, kdyby měli jen dvě děti nebo tři vychovávané s menšími ambicemi, bydleli by v nájemním bytě, neměli tak náročné koníčky atp.

Leccos z výše uvedeného se nám může zdát samozřejmé, nebylo tomu tak však vždy.

Rodinná terapie jako obor se začala vyvíjet v protikladu k něčemu, zejména k otázkám či nedostatkům, které přinášela individuální psychoterapie a psychoanalýza. Tento duch – duch potřeby odlišit se od toho, co už bylo – se svým způsobem opakuje i v průběhu jejího vývoje. Od 50. let minulého století byla ve Spojených státech, pak i v Evropě a v dalších místech světa tvořena řada originálních a intelektuálně zajímavých terapeutických modelů a každý nový model nejen nenavazoval na předchozí, ale byl obvykle v opozici vůči němu. Nový přicházel a předchozí vybledl. To na jednu stranu vytváří dojem diskontinuity oboru, nejde učit se mu jako programu, kde se navazuje a doplňují se prázdná místa – na druhou stranu však jde zřejmě o obor intelektuálně podnětný, který si udržuje tvůrčího ducha průkopnictví. Rodinná terapie vždy udržovala diskurz novátorství, v jehož rámci se mluví víc o odlišnostech nežli o shodách a návaznostech. Zároveň ale bylo možné pozorovat, že novátoři musejí znát dobře své předchůdce, aby je mohli odmítnout. Obor tak vytvořil v západním světě své intelektuální pilíře.

Novost a jinakost pohledu je v rodinné terapii dána nejen potřebou odlišit se od starší tradice, ale také základem její efektivnosti. Když chcete přesně zacouvat autem, nepotřebujete pomocníka, který se v couvání vyzná lépe než vy nebo je celkově chytřejší; potřebujete někoho, kdo v tom autě nesedí a může vidět, co zevnitř auta vidět není. Potřebujete tedy **jiný pohled**. Rodinný terapeut v tomto kontextu není odborníkem na couvání autem, ale na hledání nového užitečného pohledu. Jeho potřeba se

odrážela také v používání nového jazyka, který čerpá méně z tradiční psychoterapie, více z kybernetiky, kulturní antropologie, literární teorie, filozofie.

Od počátků v polovině minulého století se slovník rodinné terapie mění. Dříve se silně uplatňovala inspirace kybernetikou, klíčovým slovem bylo slovo „systém“, mluvilo se o „cirkulární kauzalitě“, „homeostáze“, „změnách prvního a druhého řádu“ – užívalo se velmi obecných termínů, které se leckdy stejně dobře hodí jak pro pojednávání o lidech, tak i o chobotnicích nebo technických systémech. Dnes více slyšíme o „příbězích“, „rozhovoru“, „diskurzu“ – s jistou mírou lze zjednodušení říci, že jazyk je více humanitní a méně přírodovědný. Někdy se, v souvislosti s převládnutím metafory příběhu nad metaforou systému, mluví o tom, že v rodinné terapii dochází ke změnám paradigmatu ve smyslu Thomase Kuhna. Tím ovšem přirovnáváme vývoj v rodinné terapii k vývoji v přírodních vědách, kde změna paradigmatu je vnímána jako pokrok, překonání starého paradigmatu. Většinu čtenářů asi mnoho neřeknou pojmy éter, flogiston, miasma, neboť fyzika, chemie, medicína tyto koncepty překonala a už se k nim nevrací. V humanitních oborech, stejně jako ve vývoji uměleckých stylů, je tomu ale jinak. Obvykle nedochází k tomu, že by převládl jeden vysvětlující princip, jediné paradigma – spíše paradigmatu koexistují, soupeří mezi sebou, případně vznikají mocné komunity, které konkurenční paradigmatu ignorují, ale nejsou celosvětově výlučné. Tím ovšem nemá být řečeno, že v rodinné terapii k zásadním změnám pohledu nedochází. Je důležité vědět, že pro její vývoj není vývoj přírodních věd vhodným modelem. V humanitních oborech neexistuje lineární pokrok jako v přírodních vědách nebo technice. (Renesance gotiku vystřídala, ale nepřekonala.) Zdánlivě přežitá myšlenky často plynou dál a nečekaně se znovu objevují. V rodinné terapii je někdy módní dívat se jako na přežitek na odkaz systemické terapie, počínající v 60. letech. Ve skutečnosti však rodinní terapeuti s tímto odkazem počítají, protože využívají možnosti pohledu, které tento směr vytvořil (např. práce s více členy rodiny najednou) jako cosi samozřejmého a mají implicitní znalost systemických interakcí. My se k odkazu systemické tradice hlásíme jako k jednomu ze zdrojů našeho přístupu s vědomím toho, že tyto zdroje se vyvíjejí a zároveň je využíváme v postmoderní době. Tedy v době, kdy: „My všichni nemůžeme být nic jiného nežli postmoderní. Naše myšlení je pod tlakem okolností slabší nežli bylo myšlení našich předchůdců v tom smyslu, že nemůžeme už mít jistotu vše vysvětlujícího modelu světa, a to ani toho malého kousku světa, který nazýváme terapie.“ (Bertrando 2007) S tímto zřetelem budeme v této kapitole věnovat systemickému přístupu přiměřený prostor.

Rodinná terapie není metodou nebo technikou terapie – je to především způsob myšlení využívající základní myšlenkové postupy, které si systemická a rodinná terapie za zhruba půlstoletí své existence osvojila. Jejich inspirační zdroje jsou velmi různorodé (např. kulturní antropologie, kybernetika, obecné teorie systémů, lingvistiky, literární teorie a filozofie), jelikož je však tato kniha určena i těm, kteří se se systemickým přístupem a rodinnou terapií setkávají poprvé, a čtenářům, kteří se zajímají hlavně o klinickou praxi rodinné terapie, dáme před zevrubným výkladem zdrojů přednost výkladu postupů, které je možno při konfrontaci s terapeutickým problémem aplikovat. Proto také budeme většinu teoretických podnětů podávat jako dosud živé a použitelné.

Pro náš přístup k rodinné terapii byly nejdůležitějšími zdroji teoretické inspirace:

- systemický přístup v širším slova smyslu;
- narativní přístupy;
- postmoderní kolaborativní terapie;
- sociální konstrukcionismus;
- gender studies.

Systemický přístup je z těchto zdrojů nejstarší. Narativní terapie a postmoderní kolaborativní terapie jsou dalšími významnými směry současné terapie – inspirace sociálním konstrukcionismem a genderovým pohledem je jim společná.

1.1 SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP

Na sklonku 19. století znamenala psychoterapie podle Janetova pojetí léčení nemocí či symptomů psychologickými prostředky, jako je např. sugesce. K psychologickému symptomu byl přiřazen odpovídající psychologický prostředek jeho ovlivnění. Systémem, ve kterém se problém odehrává, je psychika individuálního pacienta a psychoterapeut hledá vhodný prostředek, jak ho odstranit.

Freudova psychoanalýza tento kontext rozšířila. Zavedením pojmu **přenosu a protipřenosu** se součástí kontextu stal vztah mezi lékařem a pacientem. Ovšem v klasickém psychoanalytickém pojetí jde stále ještě o intrapsychický fenomén, přenos je nevědomé ztotožnění psychoanalytika s rodičovskou postavou (přesněji jejím vnitřním obrazem) v psychice pacienta, protipřenos je nevědomá vnitřní reakce na vlastní traumata, která pacient v terapeutovi evokuje. Práce s přenosem a protipřenosem je cestou k poznání nevztahové individuality. Freud si byl vědom toho, že současná pacientova rodina má na nemoc i terapii velký vliv, a dokonce i toho, že nemoc může mít pro jeho rodinu pozitivní význam; považoval to za velkou překážku terapie a jeho snahou bylo, aby rodina do terapie vůbec nezasahovala.

První velký obrat směrem od výlučně intrapsychické perspektivy přišel koncem 40. let minulého století, kdy si terapeuti jako Donald Bloch či Virginie Satirová začali zvat členy rodiny ke společnému setkání. Tím již nebyly vztahy pouze něčím, co se odráží v psychice jednotlivce, vztahové dění se stalo přímou součástí terapie. Zároveň se vytvářel pojmový aparát umožňující odpoutat se od medicínské tradice, která popisuje zásadně jednotlivce. To přineslo možnost podívat se na problémy z úhlu, který při práci s jedním pacientem není dostupný.

Podívejme se např., jak odlišně se může problém jevit z perspektivy individuálního terapeuta a při společném setkání manželského páru.



Paní Koutná (35) navštěvuje kvůli úzkostným stavům individuálního terapeuta. Během setkávání se základním tématem stala její nespokojenost s manželem. Ten je jí nevěrný s mladou dívkou, tráví minimum času doma, málo se věnuje dětem, často se vrací domů pozdě v noci pod vlivem alkoholu. Pacientka má pocit, že

manžel jí dává najevo nadřazenost (je zpěvákem v komorním ensemblu, paní Koutná je květinářka). Terapeut jí doporučil, aby se rozvedla. Paní Koutná chtěla ale nejprve zkusit manželskou poradnu. Toto přání vyústilo v setkání s rodinnou terapeutkou. Přítomen byl také reflektující tým.

Při setkání bylo od začátku patrné, že manželé se k sobě chovají poměrně ohleduplně a vstřícně, vyjadřují sice řadu vzájemných výhrad, ale snaží se konflikt nevyostřovat. O možnosti rozvodu se žádný z nich spontánně nezmínil. Pan Koutný mimomanželský poměr nepopírá – jde o jeho bývalou soukromou žačku (19 let), ale tvrdí, že chce poměr ukončit, pouze to nejde tak rychle, protože se na něj hodně upnula. Připomíná manželce, že v minulosti mu také byla nevěrná, a tak by měla mít pro něj pochopení. Z rozhovoru vyplývá také značná ekonomická závislost paní Koutné na manželovi – po ukončení mateřské nenašla vhodné zaměstnání, teď si zřizuje vlastní květinářství, náklady jdou z peněz, které vydělal manžel. Navíc byt, ve kterém bydlí, není jejich společným vlastnictvím, ale patří panu Koutnému. Na přímou otázku oba odpovídají, že se nechtějí rozvádět. Ani jeden si nedovede představit, co by bylo v případě rozvodu s dětmi (chlapci 6 a 9 let) – i paní Koutná uznává, že je otec pro ně hodně důležitý. Problémem je malá přítomnost pana Koutného doma – na to pan Koutný trochu podrážděně říká, že manželka, když si ho brala, věděla, že muzikanti pracují hlavně večer, navíc má teď daleko více práce než dřív proto, že manželka vyžaduje vysoký standard. Cítí se velkým množstvím práce ve stresu „a to pivo, na které občas s kolegy zajde, je jeho jediná relaxace“. (Manželka připomíná milenkou, ale pan Koutný ji teď líčí hlavně jako zdroj starostí.) Připouští, že někdy se raději vrací domů pozdě, když už manželka spí, protože se chce vyhnout jejím projevům nespokojenosti.

Na rozdíl od individuálního setkání ze společného sezení vyplynulo, že:

- manželský vztah se přes oboustrannou nespokojenost jeví jako daleko silnější, než jak ho paní Koutná líčila v individuálním sezení, a to i ve vztahu k dětem;
- paní Koutná se nejenže rozvádět nechce, ale bylo by to proti jejímu zájmu;
- paní Koutná je ve vztahu k manželovi závislejší, je v slabším postavení a vadí jí to;
- mimomanželský vztah pana Koutného je problémem pro obě jeho partnerky (pro mladou dívku proto, že setrvává ve vztahu s mužem, který s ní neplánuje společnou budoucnost a chce se s ní rozejít).

Nikdo z přítomných (včetně terapeuta a jeho týmu) nenabyl dojmu, že by se manželé měli rozejít, jak se to jevílo terapeutovi, který mluvil jen s paní Koutnou.

Systemická tradice nás naučila následující.

- **Rozšiřovat kontext, uvažovat o systémech, ve kterých se problém odehrává.** V uvedeném případě je tímto kontextem především rodina, ve které hrají roli nejen individuální pocity partnerů, ale také děti, ekonomické potřeby, bydlení, historie vztahu. Širším kontextem je potom např. pracovní prostředí obou partnerů. Systémy neexistují jako „věci o sobě“, spoluvytváří je kognitivní a komunikační aktivita pozorovatele, který skutečnost člení na systémy, širší systémy, subsystémy. Této aktivitě se říká punktuace (užívání interpunkce); tak jako užíváním interpunkce

vytváříme z proudu slov věty a souvětí (mluvenou řeč lze přepsat mnoha různými způsoby), podobně systémy nejsou dány jednoznačnou strukturou skutečnosti, ale také aktivitou pozorovatele – proto různí pozorovatelé mohou skutečnost punktuovat různě. V tomto případě se systémem, o kterém uvažujeme, stal manželský pár. Lze si ale také představit, že by terapeuta vyhledala milenka pana Koutného – v tom případě bychom mohli uvažovat o jejím vztahu s panem Koutným, ale možná také o jejích rodičích (co ji vede k tomu, že se zamilovala do muže, který by mohl být jejím otcem).

■ **Využívat mnohočetných popisů systému, reflektovat různé perspektivy.**

Rozdíly ve vidění systému nejsou v systemickém myšlení považovány za překážku k odstranění, ale za zdroj. V lidských systémech jsou všichni účastníci systému pozorovateli a každý, kdo popisuje, popisuje systém, jehož je součástí. Získání více popisů systému, více perspektiv dává naději, že z rozličnosti těchto popisů vyplyne možnost změny, vysvobození z jednoho popisu, ve kterém je problém neřešitelný. Rodinná terapie používá řadu postupů k tomu, aby získala různé popisy problémů jak ze strany členů rodiny, tak ze strany pozorovatelů. V případě partnerského sporu je potřeba více pohledů zvláště naléhavá – těžko se může stát, že by oba členové konfliktního páru popisovali spor stejně.

■ **Orientovat se na cirkulární (místo na lineární) souvislosti.**

V systemickém myšlení nehledáme jednu základní příčinu či souvislost (např. dítě zlobí, protože trpí LMD; manželé se hádají, protože jeden z nich je psychopat), ale zajímáme se o to, jak se problémy rodí a udržují vzájemným působením. K chování každé části systému patří korespondující chování dalších částí – lineární vysvětlení se mohou týkat různých částí systému a jsou vzájemně zaměnitelná. Dobrým příkladem cirkulární kauzality je symetrická a komplementární eskalace. Vztahy jako dominance – submise, pečování – přijímání péče, exhibice – diváctví jsou vztahové dimenze, kde jeden člen vztahu není myslitelný bez druhého. Vztah mezi nimi je komplementární. Jestliže se obě strany chovají stejně, např. dominantně, vztah je symetrický. V symetrických vztazích dochází ke **symetrické eskalaci** – pokud se např. obě strany chtějí chovat dominantně, musejí svou dominanci stupňovat, dokud se jejich vztah nezmění v komplementární (druhá strana se začne chovat submisivně) nebo dokud je vzájemný stupňující se konflikt nedovede ke vzájemnému zničení či k tomu, že se od sebe oddělí. K eskalaci však dochází i v komplementárních vztazích. Při **komplementární eskalaci** se vztahová dimenze potvrzuje tím, že druhý člen páru se chová komplementárně, to vede ke zvýraznění chování, které vyžaduje výraznější komplementaritu atd. (podobně jako u symetrické eskalace jde o pozitivní zpětnou vazbu). Vyvolává-li např. dominantní chování projevy submise, je tím potvrzeno a stupňuje se, až narazí na nějakou mez únosnosti. Také komplementární eskalace může vést k násilí: např. u domácího násilí je časté, že oběť násilí se nebrání, nestěžuje si ze strachu z odvety, snaží se neprovokovat, ale tím se jen rozšiřuje okruh toho, co může být provokací. Důležitý moment je první rána – pokud útočníkovi projde jako přijatelný způsob komunikace, příště může být rána větší a „provokace“ menší.

- **Snažit se o otevřenost vůči různým pohledům** (neutralita, otevřenost, zvědavost). **Neutralita** v původním pojetí znamená, že se terapeut chová způsobem, který umožňuje všem členům rodiny, aby na konci sezení měli pocit, že se terapeut nepostavil na stranu žádného z nich – nejde o vnitřní postoj terapeuta, ale o to, co dává najevo během sezení. Toto radikální pojetí se stalo předmětem kritiky. Absolutní neutralita není možná, nikdo není bez předsudků. G. Cecchin proto navrhl mluvit raději o zvědavosti – terapeuti jsou zvědaví i na ty pohledy, které jsou pro ně zpočátku těžko přijatelné. Neutralita se tak mění z nehnutého postoje, při němž se terapeuti nad rodinou vznášejí jako boží duch nad vodami, v dynamický proces, kdy se terapeuti otevírají odlišným pohledům. Zavrhnout princip neutrality či zvědavosti úplně s odvoláním na jeho neuskutečnitelnost by znamenalo vylévat dítě i s vaničkou; tento terapeutický postoj je nesmírně užitečný, bez něj by nebylo možno pracovat s rodinami v konfliktu. Pokud některý člen rodiny má pocit, že terapeut není ochoten slyšet jeho pohled na věc, nebude s námi spolupracovat. Je to podobné jako nezávislost soudce – všichni víme, že soudce nemůže být absolutně nezávislý, ale nevyvodíme z toho, že na nezávislosti vůbec nezáleží, a soudce může proto rozhodovat třeba i v případě vlastního syna.¹
- **Zkoumat nejen co se děje, ale také jaký to má význam pro každého z účastníků terapie.**

Názory, přesvědčení a předsudky jednotlivých členů rodiny a důsledky, které mají – včetně těch, které vnášejí do terapie sami terapeuti – se dostaly do zájmu systemických protagonistů (především z Cecchina a Boscolla) až v pozdějších letech. Tak např. pokud je pro otce nejdůležitější mít autoritu a udržet poslušnost dětí, bude pro děti těžké, aby k němu byly vždy otevřené. Právě v té podobě měly významný vliv na rodinné terapie 80. let po současnost. Tento úhel pohledu dobře dokladuje, že postmoderní vlivy se zájmem o významy se neobjevily v rodinné terapii až ve chvíli, kdy byly reflektované a pojmenované.

Školy rodinné terapie z 60. let minulého století

Práce s celou rodinou je pro nás dnes již docela samozřejmá, ale je třeba si uvědomit, že tomu tak vždy nebylo. Rodinná terapie je o více než půlstoletí mladší než individuální psychoterapie a v době svého vzniku (po druhé světové válce, ale k velkému rozmachu došlo až koncem 50. let, a zejména v 60. letech 20. století) byla nejen radikálně novou metodou práce, ale přinesla s sebou také zcela nový jazyk. I když v řadě psychoterapeutických směrů vycházejících z psychoanalýzy

¹ Pozoruhodnou analogií principu neutrality je „neutrální úhel pohledu“ (NPOV), používaný ve Wikipedii. Tento princip překvapivě umožňuje vytvořit bez centrální autority velmi obsahově vyvážené články na tak kontroverzní témata, jako je potrat nebo izraelsko-palestinský konflikt. Jak se tento princip uplatňuje, se čtenář může přesvědčit sledováním diskuse u článků v některé z rozsáhlejších Wikipedií, zejména anglické. Česká Wikipedie má přece jenom příliš málo přispěvatelů, aby se síla tohoto principu projevila.

byla důležitost vztahů a sociálních faktorů uznávána, předmětem zájmu zůstávalo to, jak tyto faktory působí na jednotlivce. K tomu, aby se rodinná terapie mohla zabývat vztahy **mezi** lidmi, nikoli jejich vnitřním prožíváním v „nitru“, v psychice individua, bylo potřeba, aby se rodinná terapie odpoutala od dosavadní psychoterapeutické i psychiatrické tradice a vytvořila si vlastní pojmový rámec. Základním termínem se stal pojem **systému**, který v tomto velmi obecném pojetí pochází z Bertalanffyho Obecné teorie systémů. Definice systému je velmi jednoduchá: „Množina vzájemně vztažených částí.“ Po pravdě řečeno – z Bertalanffyho díla kromě tohoto pojmu (spolu s termínem subsystém a otevřený systém) nic jiného v rodinné terapii trvalou stopu nezanechalo. Ale pojem systému byl velmi důležitý, protože umožnil zabývat se rodinou a jinými nadindividuálními systémy jako něčím, co je stejně skutečné (nebo stejně konstruované) jako jednotlivce se svým vědomím, nevědomím, emocemi atd. Daleko vyšší byl vliv Gregory Batesona, který inspiroval jak otce zakladatele, tak i pozdější rodinné terapeuty. Neexistuje však žádná batesonovská rodinná terapie, sám Bateson byl ostatně velmi skeptický k těm směrům rodinné terapie, které se na něj odvolávaly. Gregory Bateson působil v Mental Research Institute v Palo Alto spolu s Jayem Haleyem, Watzlawickem a Weaklandem. Přímou s touto skupinou z Palo Alto je spojen vznik **krátké a strategické** rodinné terapie. Salvador Minuchin, zakladatel **strukturální terapie**, přímo v Palo Alto nepůsobil, ale úzce spolupracoval s Jayem Haleyem.

Význam **krátké terapie**, **strategické terapie** a **strukturální terapie** není jen historický, jde o dosud živé směry, a především o způsoby práce, které rodinní terapeuti dodnes používají.

Školy rodinné terapie

Tento název se nevztahuje jen k délce terapie, název „krátká terapie“ označuje souhrnně jeden typ orientace v terapeutické praxi. Především je třeba zmínit krátkou, na problém zaměřenou terapii v Mental Research Institute v Palo Alto. Vytváření problémů a jejich udržování jsou podle tohoto přístupu části procesů v začarovaném kruhu, ve kterém „řešící“ chování udržují problém. Změna těchto chování (nebo přesvědčení) by měla přerušit začarovaný kruh a podnítit řešení problému. Klientská rodina přichází k terapeutovi s přáním změny – „objednávkou“ – a společně vytvářejí „kontrakt“ (zakázku).

Poněkud odlišným přístupem ke krátké terapii je rodinná terapie zaměřená na řešení podle de Shazer. Terapeut přizpůsobuje své intervence možnostem rodiny a jejího prostředí. Terapie je soustředěna na řešení stížností a problémů, se kterými přicházejí klienti. Minimální změna, která může vyřešit daný problém, má dominový efekt na jiné oblasti života klientů. Hlavní důraz je vždy na pomoc klientům s jejich současnými specifickými problémy. Terapie je úspěšná a ukončená, když je tento problém uspokojivě vyřešen. Typickými nástroji tohoto typu terapie jsou „měřící otázky“ (např.: Odhadněte svůj pokrok nebo změnu na desetibodové

škále.) a „zázračná otázka“ (např.: Co by se stalo, kdyby problém zítra zázrakem zmizel?).

Mnoho z příspěvků původního Brief Therapy Center i de Shazera je nyní sdíleno jinými přístupy. Např. počet sezení, který byl v 60. letech považován za neobvykle nízký na to, aby bylo možno čekat radikální změnu, je dnes běžný – terapie sestávající z deseti sezení by dnes již nebyla považována za „krátkou“ v obecném smyslu tohoto slova.

Myšlenka „krátké terapie“ je pro rodinnou terapii velmi významná jak z teoretického, tak praktického hlediska. Rodiny přicházejí do terapie proto, že chtějí něco změnit; terapeut jim pomůže ne tím, že s rodinou pracuje dlouho, ale tím, že hledá způsob, který změnu navodí co nejrychleji; radikálnost změny není dána délkou terapie, ale objevením účinného postupu. Již samo očekávání krátkého trvání terapie vytváří tlak na změnu, zatímco dlouhé trvání by spíše vedlo k tomu, že by se rodina sžila s terapeutem i problémem. Většina terapií, které dnes děláme, jsou krátké (spíše menší počet sezení během delší doby než naopak) a v současné praxi nejsou výjimkou ani terapie v jediném sezení.

Strategická terapie

„Strategická terapie je jméno pro ty typy terapie, ve kterých terapeut na sebe bere přímou zodpovědnost za ovlivňování lidí.“ Takto polemicky vyhrcočně definuje strategickou terapii J. Haley, možná v narážce na Batesona, kterému jeho přístup připadal manipulativní.

Strategický přístup vidí terapii jako řadu postupných kroků na cestě od jednoho typu abnormální organizace k jinému typu, dokud není dosaženo normálnější organizace. Pro strategického terapeuta jsou základní dvě otázky:

- Jak symptom pomáhá rodině udržovat homeostázu nebo překonat krizi?
- Jak může být symptom nahrazen efektivnějším řešením problému? Symptom již není nezbytný: Cílem terapie je odstranit chování, ve kterých „řešení je problémem.“

Strategická terapie užívá terapeutických úkolů a technik, jako je **přerámování** a **paradoxní intervence**. Přerámování je terapeutická strategie, při které se vnitřní model světa v rodině změní tak, že problematické chování se ocitne v jiném „rámci“, tj. v jiné sestavě pravidel a hodnotících kritérií. Např. problémem je, že dítě lže rodičům. V původním rámci je toto chování příkladem toho, jak dítě vzdoruje svým rodičům. Přerámování by mohlo spočívat v tom, že lži jsou označeny za pokusy dítěte potěšit rodiče.

Paradoxní intervence vyžaduje, aby problém byl jasně definován, a změna musí být cílem terapeutického vztahu. Terapeut potom vypracuje plán, ve kterém je zpochybněna perspektiva, v níž je problém počátku vnímán. Na základě tohoto

plánu dává terapeut paradoxní instrukci, např. pokyn rodině, aby v symptomatickém chování pokračovala.

Důraz na aktivitu a zodpovědnost terapeuta je třeba chápat v kontextu, kdy v rodině existuje jasně definovaný problém a není pochyby o tom, že je potřeba jej vyřešit. Pro terapeuty, kteří takto jasně definované problémy nepovažují za typické, jsou strategické postupy použitelné jen čas od času. Strategická intervence **není** přímočará rada typu: Věnujte dětem víc času, stanovte si pravidla... Strategický postup klade velké nároky na tvořivost terapeuta.

Strukturální rodinná terapie

Minuchin definuje rodinnou strukturu jako „neviditelný soubor funkčních požadavků, které řídí způsob, kterým členové rodinného systému interagují“. Struktura rodiny je popisována v termínech **aliancí, koalic** či **mezigeneračních bariér**. Aliance je těsný vztah mezi dvěma členy rodiny, který je automaticky staví do vzdálenější pozice vůči ostatním. Jestliže existuje na jedné straně aliance dospělých a dětí na straně druhé, výsledná mezigenerační bariéra přispívá k dobrému fungování rodiny. Na druhé straně – pokud je v rodině příliš silná vazba mezi jedním rodičem a jedním dítětem, která je zaměřena proti zbytku rodiny, je to považováno za patologické a nazýváno koalicí.

Terapie začíná tím, že terapeut provádí připojení, „joining“ k rodině. Připojením si terapeut zajišťuje to, že bude rodinou přijímán. Dělá to tak, že posiluje pocit vlastní ceny individuálních členů rodiny (např. tím, že se jich ptá na jejich zájmy), ale také tím, že se vyladuje na hodnotový systém rodiny a existující hierarchie (např. ptá se na svolení rodičů, dříve než klade otázky dětem).

Potom se terapeut věnuje tomu, „jak se věci dělají“, a začíná rodinu restrukturovat tím, že nabízí alternativní, funkčnější způsoby chování.

Cílem terapie je změna abnormálních struktur, jako je **enmeshment**. Enmeshment je rodinná struktura, ve které jsou meziosobní bariéry slabé nebo nadměrně propustné. To vede k obtížím při definování rolí a vztahů. Cílem strukturální rodinné terapie je toto změnit, např. tím, že se vytvoří pevná mezigenerační bariéra.

Strukturální terapie vyžaduje, aby terapeut byl silnou osobností, která je schopná přesvědčit rodinu, aby mu důvěřovala. Takovou osobností nepochybně Minuchin je. Další vývoj rodinné terapie zpochybnil jak existenci jednoznačné, objektivně dané rodinné struktury, kterou terapeut svými otázkami odhaluje, tak normativní představu funkční zdravé rodinné struktury, ovšem Minuchin zůstává mistrem brilantní klinické praxe spojené s konzistentní teorií.

Strukturální intervence v žádném případě nejsou triviálním moralizováním a poučováním. Např. pro situaci, kdy se rodiče spojí v kritice dítěte, protože tím zakrývají vlastní nevyřešený konflikt, Minuchin používal intervence spočívající v dočasné podpoře jednoho z rodičů proti druhému, což vyprovokuje konflikt, který dítě z pozice obětního beránka vysvobodí.

Milánská škola

Zatímco ve starších směrech rodinné terapie byla změna chápána především jako změna chování, v 70. letech vznikají směry, kde se důraz přesouvá na přesvědčení a významy. Klíčovou roli zde hrála milánská škola – Mara Selviniová-Palazzoliová, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo, Giuliana Pratová. V prvním období byl milánský přístup variantou strategické terapie s vynalézavým užíváním paradoxních intervencí, na základě nového čtení Batesona však příslušníci milánské školy vypracovali podstatně složitější model.

Základním předpokladem milánské systemické terapie je, že psychika je sociální. Symptomatické chování je podle této školy součástí transakčních vzorců systému. Význam každého chování lze odvodit z jeho sociálního kontextu. Účastníci sociální situace konstruuji svou vlastní idiosynkratickou sociální skutečnost. Prostřednictvím procesu komunikace vznikají mezi členy sociálních systémů, jako je rodina, konsenzuální významy specifických chování, událostí a také vzorců, které je spojují. Způsobem, jak eliminovat symptomy, je změna pravidel a přesvědčení. Terapeutická změna je pak navozena jako **změna druhého řádu**. Informace spočívá v rozdílech, které lze nalézt v jazyce. Milánská systemická terapie chápe psychické události jako cirkulární procesy. Na základě **cirkulárního dotazování** se tvoří **systemické hypotézy**. Systemická hypotéza reflektuje vztahy všech členů rodin a partikulární transakční vzorce. Systemická hypotéza vysvětluje roli symptomu v rodinném systému. Změna je dosažena ujasněním vztahových nejasností, které vznikají v uzlových bodech vývoje rodiny. Od terapeuta se čeká dodržování **neutrální** pozice ve vztahu k rodině.

Neutralita v původním pojetí znamená, že se terapeut chová způsobem, který umožňuje všem členům rodiny, aby měli na konci sezení pocit, že se terapeut nepostavil na stranu žádného z nich – nejde o vnitřní postoj terapeuta, ale o to, co dává najevo během sezení. Milánská terapie rozvinula práci v týmu a používání dvojcestného zrcadla v průběhu sezení jako způsobu, jak dosáhnout plurality popisů a hypotéz. Na konci každého sezení je provedena naplánovaná intervence. Je mnoho forem intervence – přerámování rodinných přesvědčení, předepsání ritualizované akce atd. Jednou z nejčastěji užívaných intervencí byla pozitivní konotace. Tím je myšleno to, že chování každé osoby je konstruováno v pozitivních termínech, včetně symptomatického chování identifikovaného pacienta. Později někteří milánští terapeuti považovali za nejdůležitější intervenci samo cirkulární dotazování.

Terapeutické aranžmá, ve kterém původní milánský tým pracoval, bylo velmi náročné na čas i personál; skládalo se z pěti částí:

- porada týmu před začátkem sezení;
- práce terapeuta či terapeutické dvojice s rodinou, tým ji sleduje za zrcadlem;
- porada týmu;

- intervence;
- závěrečná porada týmu.

Tímto způsobem pochopitelně mohou pracovat jen velká pracoviště, kde není velký nárok na výkonnost. Přínos milánské školy může uplatnit i terapeut, který pracuje sám a nemá k dispozici jednocestné zrcadlo.

Spolu s pozdějšími narativními a „postmilánskými“ přístupy je milánská škola základním inspiračním zdrojem terapeutického přístupu popisovaného v této knize. Proto jsou její základní koncepty podrobněji probírány v jiných kapitolách v kontextu současného uvažování o rodinné terapii. Do historie patří jen částečně.

1.2 SOCIÁLNÍ KONSTRUOVÁNÍ

Sociální konstrukcionismus se stal vedle teorie systémů druhým hlavním rámcem současné terapie. **Vychází z něj jak narativní terapie, tak postmoderní kolaborativní přístup.** Chceme čtenářům zprostředkovat myšlenky, které považujeme pro terapii za relevantní, aniž bychom se snažili o jejich nadměrné zjednodušování; někomu se přesto bude zdát tato část obtížná, jiným možná nepřinese mnoho nového.

Konstrukcionisté tvrdí, že vědění o světě, jak si je lidé sdělují, vždy vznikalo mezi lidmi, v jejich společenstvích. Zabývají se tedy tím, jak lidé o skutečnosti komunikují (sdělují, domlouvají se, dojednávají), nikoli tím, co si lidé myslí (a nekomunikují) nebo co se děje (mimo svět komunikace). Společenské skutečnosti byly koneckonců někdy stvořené lidmi, dojednané v lidských interakcích, nicméně získaly status daností, objektivní reality – institucionalizovaly se. Myšlenka, že tyto pojmy lze znovu zkoumat, zpochybňovat jejich institucionální obsah, má ovšem potenciál, který je terapeuticky využíván.

Také naše identita je podle konstrukcionistů dojednávána – některé aspekty naší identity jsou dané, rodíme se s nimi, ale jejich význam neměnný není. Identita je kontemplativní, ovšem stále je vyjednávána ve vztazích, záleží tedy jak na tom, zda druzí přijímají naše sebeprezentace, tak také na zvyklostech, názorech společnosti, které vymezují naše osobní možnosti; jsme také v našem těle, naše identita je tělesná. V těchto možnostech je tedy naše identita dojednávána, má diskurzivní povahu. Čtenáři se seznámí s myšlenkou dekonstrukce, spojenou s J. Derridou, která se stala metodou využívanou také v současné terapii.

1.2.1 SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE A FAKTA

Na konferencích i v literatuře se často setkáváme s tím, že jsou proti sobě stavěny sociální konstrukce (někdy „pouhé sociální konstrukce“) a „fakta“. Příkladem faktů by mohlo být např. biologické mateřství a otcovství, nemoci s organickou etiologií, prů-