

METODICKÉ STŘEDISKO SEKCE PRO RODINNOU TERAPII
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI
D U B I

KONTEXT



BULLETIN SEKCE PRO RODINNOU TERAPII PS ČLS

rediguje MUDr. P. Boš
vychází čtvrtletně
pouze pro vnitřní potřebu členů sekce

II · 3 · 1986

K O N T E X T - bulletin pro vnitřní potřebu členů sekce
pro rodinnou terapii Psychiatrické společ-
nosti České lékařské společnosti.

Povolen výborem Psychiatrické společnosti ČLS.

Neprodejny, distribuce za úhradu podílu režijních nákladů.

Jednotlivé příspěvky neprošly redakční úpravou.

Rídí dr. P. Boš. Technická agenda: dr. J. Špitz,
dr. O. Holubová.

Distribuce: dr. O. Holubová, dr. L. Kalousová

Tisk: Severografia Teplice - Tomos Praha.

Náklad: 300 výtisků.

Příspěvky adresujte na:

Kontext (MUDr. Boš, 417 01 Dubí, pošt. př. 14.

Ročník II - číslo 3/1986
uzávěrka dne 5. 5. 1986

O B S A H :

I. Ze života sekce

- 36. vědecká schůze sekce
- vědecká schůze Psychiatrické společnosti 2. 4. 1986

II. - Informace

- Program 37. vědecké schůze
- Založení pracovní skupiny pro systémovou psychosomatiku
- V příštím čísle

III. - Studiijní text

Weeks, G. R. - L. Abate, L.: Paradoxní psychoterapie
- I. část

IV. Orig. čs. práce

Boš, P. - Špitz, J.: Deset let sekce pro rodinnou terapii

V. Uvahy - podněty - diskuse

Rieger, Z.: Je česká rodinná terapie v krizi?

VI. Excerpta

Family Process 2, 1985 (P. Adamovský)

VII. Poslední stránka: Meta-fóry

Povoleno rozhodnutím Odboru kultury ONV Teplice
č. 0350913186.

Kontext II - 3, 1986

J. Ze života sekce

36. vědecká pracovní schůze sekce rodinné terapie

Na programu 36. vědecké pracovní schůze, která se konala dne 25. března 1986 byla tři kazuistická sdělení: F. Křivák přednesl referát "Stomatodynus: Strategická a rodinná terapie", P. Adamovský sdělení "Tři kazuistiky" a M. Váňura příspěvek "Kazuistické úvahy". Moderátor P. Boš vyšel vstříc volání účastníků schůzí po kazuistických sděleních a sestavil program, který musel uspokojit ty, kteří chtějí konfrontovat vlastní terapeutické snažení se zkušenostmi druhých. Zaujala všechna sdělení, byť každé jiným způsobem.

Prvý referát zaujal především tím, jak se terapeutická technika inspirovaná postupy strategické terapie vzdaluje ^{od} biomedicínského modelu, který autor předsunul vlastnímu popisu své intervence. Brilantní zvládnutí problému glossodynus - příkazem kousnout jazyk za to, že bolí - odhaluje jakýkoli etiopatogenetický klíč jako nepotřebný či dokonce zavádějící.

Druhé sdělení zaujalo zejména tím, jak se jeho autorem podařilo zažít nejdůležitější postuláty ekosystémového přístupu a přetavit je do své vlastní práce, i do způsobu, jakým tuto práci reflektuje. Z referátu uvádím několik pregnantních formulací: "Všechny případy, které jsem v mysli probíral jako možné ilustrace rodinně terapeutického přístupu na psychiatrickém pracovišti, které běží podle medicínského modelu, končily vesměs únikem rodiny do "tradiční" psychiatrické léčby..." Mohu zcela upřímně prohlásit, že dnes chápu, proč psycholog, který se shlédl v rodinné terapii, neměl by ji vnukovat svému pracovišti, i kdyby dokonce nečetl známý Haleyho esej.

Psychiatrická léčba podle medicínského modelu a rodinná terapie jsou opravdu metaforicky řečeno, jako dvě hry s neslučitelnými pravidly. Osamocenému rodinnému terapeutovi, který se na fotbalovém hřišti rozhodne, že začne hrát házenou, každou chvíli zapískají nedovolené hraní rukou... "Říkáme-li, že případ je zasazen do kontextu, pak je nutno mít na zřeteli nedokonalost jazyka. Případ je právě tak součástí kontextu, jako je kontext součástí případu; a oddělime-li na chvíli, z různých důvodů, kontext a případ, mějme právě po tu chvíli na mysli, že případ a kontext se navzájem ovlivňují. A celá věc se ještě jednočuše komplikuje, uvědomíme-li si, že i moje mysl je v tomto kontextu a že zároveň tento kontext je v mé mysli. Anebo ještě precizněji: mysl je zrovna tak součástí kontextu, jako je kontext součástí myslí..." Myslím, že prvním krokem by mohlo být pronikavé porozumění tomu, že data lze uspořádávat libovolně. Že jakýkoli typ diagnózy je pouze způsob, jak uspořádáváme data. A druhý krok pak možná: naučit se uspořádávat data tak, aby to bylo v konkrétním kontextu nejúčinnější. A třetí krok? Uvědomovat si bez ustání, že náš způsob uspořádávání dat je součástí kontextu, který uspořádáváme. Čtvrtý krok si nedovedu představit."

Konečně poslední sdělení zaujalo odvehou prezentovat kazuistiku "neúspěšnou" a rovněž reflexí nad vztahem terapeut - supervizor. Pro svou další spolupráci se supervizorem si autor zformuloval šest příkazů, částečně adresovaných sobě samému, částečně určených potencionálnímu supervizorovi. Zde jsou:

"1. Můj supervizor není můj terapeut, aby obcházel moji rezistenci.

2. Kdykoli sám nebudu vědět, jak v terapii dál, třeba i špatně, nech mě v tom. Ty jsi nebyl v situaci s pacien-

Kontext II-3, 1986

tem a nemůžeš vědět, co ví moje nevědomá mysl, stejně tak jako já nemohu vědět, co ví moje nevědomá mysl dokud si nepočkám.

3. Já jsem terapeutický instrument a na pacienta jsem vždy sám.

4. Techniku je nejlépe derivovat z pacienta a nikoli z terapeuta.

5. Když vůbec nemám kontakt s pacientem nebo s celou rodinou, smíř mě s tím, že kde není kontakt, tam není nebo nemůže (nesmí?) být rodinná terapie.

6. Dělej supervizi tím, že ji nebudeš dělat, když ji budu chtít."

V bohaté diskusi bylo vyhlášeno založení pracovní skupiny pro systémovou psychosomatiku, která by měla sdružovat zájemce o uplatnění systémového přístupu v oblasti psychosomatické i somatické medicíny. Jejím vedením byl pověřen prim. Šavlík z kliniky pracovního lékařství Fakultní nemocnice na Vinohradech. Na závěr schůze prezentoval K. Balcar teze svého avizovaného sdělení, které by přednesl, kdyby byl býval dostatek času. Můžeme se jen těšit, že na některé příští schůzi uslyšíme m.j. kazuistiku rodinné terapie, která vlastně ani nezačala.

(Kučera)

x x x x x x x x x x x

Dne 2. dubna 1986 zajišťovala sekce program Psychiatrické společnosti v posluchárně Psychiatrické kliniky. Skladba referátů byla připravena k příležitosti desetiletého jubilea sekce. V hlavním sdělení J. Špitz prezentoval základní údaje o činnosti pracovní skupiny, později komise a konečně sekce, údaje, které se týkaly výčtu akcí, ediční činnosti, výcvikových programů apod. Kromě toho se autor re-

ferátu zabýval programovými sděleními, kterými se sekce přihlásila k systémovému myšlení v rodinné terapii a sledovala tutu epistemologickou linii v zaměření činnosti sekce. Konečně byli posluchači seznámeni s obsahovou skladbou referátů prezentovaných v průběhu 10 let na píď Lékařského domu a Psychiatrické kliniky. Referát vychází v tomto čísle.

P. Boš informoval o průběhu přípravných prací spojených s organizací kongresu rodinné terapie, v květnu 1987 v Praze. Reprezentativní výčet jmen známých rodinných terapeutů je zárukou, že kongres bude ojedinělým podnikem i v evropském kontextu.

Poslední sdělení K. Kaliny "Studie rodinné territoriality" dobře zapadlo do rámce programu připraveného k jubileu sekce rodinné terapie. Prvé sdělení na toto téma se totiž objevilo již před pěti lety a téma bylo prezentováno celkově již potřetí. Autor pedal definice základních pojmu užívaných při studiu rodinné territoriality, jako je pojem teritorium, hranice, značka, zámek, trasa, bariéra, zóna a vrstva a nabídlo vlastní, zdá se, že velice potřebný termín habitěm, definovaný jako znaková výrazová struktura vytvořená rodinou a rodinu vytvářející. Tento pojem postihuje dobře dvojí aspekt uspřádání bytového prostoru, totiž jednak jako projekce samotné rodinné struktury a jednak jako preformované struktury, která vůči rodině vystupuje jako něco, co na rodinu zvnějšku doléhá a rodinu do jisté míry determinuje. Z této dvojnosti rodinných habitémů vyplývají závažné konsekvence diagnostické na straně jedné a terapeutické na straně druhé.

(Kučera)

Kontext II-3, 1986

x x x x x x x

II. Informace

Program 37. vědecké schůze, která se koná v úterý 24. června 1986 od 14 hodin v Lékařském domě v Praze.

Program bude věnován životním výročím doc. Skály a prof. Satirové.

1. Kučerová, A.: Rodina, alkohol a Skála
2. Boš P.: Deset let s Virginíí (dia)
3. Panel: "Virginia Satirová v nás - vzpomínky, reflexe"

Založení pracovní skupiny pro systémovou psychosomatiku

Rozvoj systémově ("systemicky") orientované psychosomatiky ve světě a zájem o tzv. "rodinnou psychosomatiku" i pokusy o konstituování obecně systémové medicíny a "rodinného lékařství" přímo vybízí k tomu, aby sekce využila možnosti vytvářet si své pracovní skupiny. Pracovní skupina pro systémovou psychosomatiku, jejíž organizace se ujal prim. MUDr. Jiří Šavlík (Klinika pracovního lékařství FN Praha 10) se představí svým prvním monoteematickým programem na schůzi sekce 30. září t. r. Zájemci o tuto oblast jsou vítáni.

Oznámení: dne 6. října 1986 se koná "audioworkshop" v Dubí.

V příštím čísle

- Weeks & Abate: Paradoxní psychoterapie - II. část
- Špitz: Ekosystémové hledisko v psychosomatice
- Excerpta: Family Process, 3 - 4, 1985
- Úvahy - podněty - diskuse
- Meta - fóry

III. Studijní text

PARADOXNÍ PSYCHOTHERAPIE - I. část (výběr a překlad PhDr. J. Zíka)

Předložený text je převodem a výtahem několika kapitol z knihy

Weeks, G. R., L'Abate, L.: *Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples, and Families.*

Brunner/Mazel, Publishers. New York 1982

Využití paradoxů v psychoterapii má dlouholetou tradici. Převážně šlo o kazuistiky a ústní sdělení, že paradox vedl k pozitivní změně. Koncem sedmdesátých a začátkem osmdesátých let se objevují první pokusy uspořádat paradoxní přístupy a včlenit je do teoretického rámce. Nejvíce se to pravděpodobně podařilo Američanům G. Weeksovi a L. L'Abatemu.

Z jejich knihy jsme vyjmuli kapitoly, které popisují principy paradoxní intervence a ukazují jak využívat paradoxů ať na obecné nebo specifické úrovni. Těžiště je v metodách paradoxního přístupu.

Sami více jak rok využíváme jejich podnětů pro psychotherapeutickou práci s jednoznačně kládnými výsledky. Proto jsme se rozhodli touto rychlou cestou seznámit odbornou veřejnost s atraktivní tématikou paradoxů.

Jak pracovat paradoxně

Haley (1976) byl první, kdo explicitně formuloval to, jak pracovat paradoxně.

1. Terapeutický vztah musí být definován jako vztah, který pomůže návodit změnu. Tato "smlouva" je nebo může být implicitní.

2. Problém musí být jasně definován.
3. Měly by být stanoveny cíle léčení.
4. Terapeut nabízí plán nebo strategii. Terapeut se pokouší "predstavit" rodině svůj přístup k problému.
5. Osoba, která je rodinnou autoritou přes problém, musí být takticky diskvalifikována. Osoba, která vystupuje jako autorita nějak zesiluje problém a musí se změnit, má-li se změnit identifikovaný pacient.
6. Terapeut dává paradoxní říkoly nebo instrukce.
7. Sledují se odpovědi na instrukce a podněcuje se symptomatické chování.
8. Terapeut nepřijímá žádné zásluhy na zlepšení. Zásluhy jsou přiřčeny rodině.

Terapeut předstírá údiv, dojde-li ke změně (zlepšení), protože buď předepisuje symptom nebo predikuje relaps.

Madanesová (1980, 1981) popsal 6 kroků při paradoxní intervenci v rodině:

1. Definice problému a vytyčení cílů.
2. Pojetí problému. Problémové dítě je chápáno jako ochránce rodičů nebo rodinného systému.
3. Rodiče dostanou instrukce nebo strategie, jak dítěti pomoci. Instrukce, poskytnuté rodičům, obsahují jeden ze tří typů předpisů pro dítě. První, mají rodiče vyžadovat od dítěte, aby mělo problém. Např. rodiče požádají dítě, aby přehánělo, nebo vědomě vytvořilo symptom, a to za jejich pomoci a plného zaujetí. Druhý, rodiče požádají dítě, aby předstíralo, že má problém. Dítě je instruováno, aby předstíralo, že má symptom. Rodiče rovněž předstírají, že symptom je reálný a chovají se podle toho. Třetí, rodiče požádají dítě, aby jim pomohlo. Tato strategie dostává hravým způsobem rodiče do zjevně inferiorního postavení a dítě na zjevně superiorní úroveň.

4. Rodina má stanoveny pravidla a pokyny, podle kterých se chová v průběhu sezení, než je začne přenášet domů.
5. Plnění instrukcí se kontroluje. V dalším sezení se vyžaduje kompletní zpráva, a pak se předepíše stejná instrukce.
6. Odpovědnost za zlepšení dítěte se přenese na rodiče.

Obecná pravidla paradoxní terapie

Nejdříve je třeba porozumět konkrétnímu problému. Autoři se vyhýbají negativnímu označování (labeling) tím, že pojem diagnóza nahradili pojmem zhodnocení. V průběhu terapeutického procesu pokračuje terapeut v přehodnocování původního problému,

První kontakt

Často proběhne telefonicky. Jde o úvodní sběr informací o klientu (rodině). Důležité je vědět kdo volá. (Člen rodiny, identifikovaný pacient, někdo jiný). Volající je obvykle vysoce motivovaný a vnímá různé požadavky na terapii a pravděpodobně bude vůči ní rezistentní. Už při tomto telefonátu by měl terapeut zjistit základní problém a kdo žije v rodině. Je dobré vědět o každém, kdo je v problému zaangažován, čeho se týká a co jej vyvolává. Odpovědi volajícího je třeba zaznamenat, poněvadž dávají zpětnou vazbu o tom, jak chápe rodinu a problém. Nechce-li klient, aby se terapie zúčastnili ostatní členové rodiny, zpochybňí terapeut výsledky individuální léčby. Odmítoucí druzí kooperovat, může terapeut systémově pracovat skrze jednoho člena systému. Ovšem je to méně účinné a časově náročnější. V jádru paradoxního přístupu je systémový přístup k problému. A změny se dosáhne tak, že ostatní jsou nuceni reagovat individuálně.

Vstupní sezení

V úvodním sezení terapeut zhodnotí problém, zvolí přístup a nastíní plán léčby. Problém je třeba definovat zcela konkrétně. Paradoxní psychoterapie je zaměřena na symptom; proto, aby nastala změna, není třeba zabývat se motivací a možnými důvody vzniku.

Definice problému

1) Problém je nutné jasně a konkrétně definovat, popsat jeho současnou podobu. Důraz je kladen na to kdo, kdy, co a ne proč. Při sběru informací jsou užitečné otázky: Kdo se podílí a jak je zaangažován na problému? Kdy se chování projevuje? Jak často se projevuje? Co se děje, když prožíváte problém? Nezkoumají se prožitkové stavy (pocity). Problémy jsou opakující se vzorce chování. Tyto v zorce musí být terapeutovi zcela jasné. Současně se zkoumá i sled událostí, které vedou k problému a nebo bludné kruhy problému. Terapeut musí v rámci daného systému objevit a definovat zpětnovazební mechanismus, který problém iniciuje. Cyklickost událostí se bere jako daná, a z toho plyne, že v systému o více lidech se každý z nich podílí na problému svým způsobem.

2) Důležité je určit, co a jak problém udržuje, případně zjistit stabilizující zpětnou vazbu. Nejdůležitější tedy je porozumět tomu, jak aktuálně problém vypadá, a není třeba vědět, jak vznikl. Všimněme si několika okolností, které souvisí s přetrváváním problému. Za prvé, jde o prozkoumání a odhalení principu, že snaha o vyřešení problém jen stabilizuje, tzn. zjistit, jakým způsobem klientova snaha řešit problém překáží jeho vyřešení (např. když

- 11 -

se depresivní člověk snaží o sebepovzbuzování a vede to k prohloubení deprese). Druhým úkolem, jak významné osoby z pacientova okolí přispívají k setrvání problému. Terapeut si klade otázku: Jak druzí pomáhají udržovat problém, případně brání, aby klient věc vyřešil. Ovšem tuto otázku terapeut neklade rodině přímo. Opakovaně zkoumá interakční a transakční vzorce, které mohou problém udržovat. Pokud je rodině jasné, že je součástí problému nebo že jde o problém mezi dvěma nebo více členy rodiny, může terapeut přidělit diagnostický úkol v průběhu sezení. Není-li to rodině jasné, ptá se každého člena na jeho verzi řešení.

Historie problému

Cílem zhodnocování je dovdět se historii problému - jak problém začal a jak se vyvíjel. Důraz je opět na tom co se dělo a ne proč. Postup je stejný jako při analýze současné podoby problému. Ptáme se klienta, proč vyhledal pomoc až nyní, co se stalo, že ji vyhledal, co rozhodlo. Zda se rozhodl k léčbě sám nebo to udělal někdo jiný. V takovém případě je přítomnost toho "druhého" při léčbě nezbytná.

Pokusy & řešení

Ptáme se pacienta, co dosud dělal, jak se snažil problém vyřešit. Uvede-li, že už měl jiného terapeuta, znamená to, že nabídnutá řešení selhala.

Stanovení cílů

Cíl by měl být konkrétní nebo behaviorální. Ptáme se pacienta, jak by si přál, aby to bylo na konci léčby. Obvyklým cílem pacienta je eliminace jím definovaného symptomu. Tedy, když se ptáme na cíl, získáme informace o symptomu, o tom, co spojuje s jeho eliminací.

Stanovení cíle tak umožní hodnotit pokrok léčby i její konečný bod. Dovoluje přesunout odpovědnost za výsledek terapie na pacienta. V jádru jde o vztah podpory či pomoci, ve kterém terapeut pomáhá jinému dosáhnout cíle. Terapeut je povinen nastolit realistické cíle. Vhodnější je omezený terapeutický plán a určit počet sezení. Rovněž klient musí formulovat cíle, které jsou pozorovatelné, aby se dalo pozнат, zde byly dosaženy - musí jít o záměr zcela konkrétní a behaviorální. Podrobnosti o formulaci cílů najdeme v příručkách behaviorální terapie. U rodin, ve stavu aktuálního chaosu často není možné vymezit cíl. Důležitá je pak redukce chaosu. Nejlépe, když preznačujeme chaos a předepíšeme chaotické chování.

("Chaos je důležitý proto, aby se vače rodina dostala na vyšší úroveň.")

Někdy klient odmítne formulovat cíle, protože ve skutečnosti nechce udělat změnu nebo k ní má ambivalentní vztah. Jsou tři strategie jak se s tím vyrovnat: 1. Terapeut může pokračovat v léčbě, stanovovat cíle tak, jak přicházejí a kontrolovat je s klientem. 2. Terapeut požádá pacienta, aby se zaměřil na nejmenší možné změny, které by byly s to mu pomoci, i když jsou to jen triviální změny. 3. Terapeut použije techniky, při které proklamuje, že pacientu nedokáže pomoci, aniž by ho obviňoval.

Někdy pacient navrhuje velkolepé cíle. Pokud se nechce vzdát nereálných cílů, terapeut to přijme a vyžene ambice do extrému. Řekne klientovi, že jeho ambice jsou příliš malé a nejsou hodny člověka s tak jedinečnými schopnostmi; symptom "neschopnost mít realistické cíle" se přežene. Klient je často překvapen, šokován a stanoví si cíle reálnější. Technika přehnání je na místě i tehdy, když pacient má nerealisticky malé cíle (tj. ještě se zmenší).

Dosahování cílů, formulovaných v úvodním sezení, je třeba průběžně kontrolovat, mnohdy se musí přehodnotit a stanovit nové. Důvody bývají dva:

1. terapeut i klient konstatují pokrok, 2. terapeut používá cíle k provádění intervencí. Každá intervence by měla být spojena se splněním cíle.

Formulování, nasazování a sledování paradoxních intervencí

V každém sezení se od začátku pracuje na behaviorální změně. Důraz se klade na provádění, konání než na náhled. Použitá strategie závisí na klientu a problému. Autoři tvrdí, že kombinace paradoxních přístupů a neparadoxních procedur může být užitečná. Nejdůležitější dvě procedury: naučit klienta novým dovednostem a zadání domácích úkolů.

Podstatné je, že se klient učí novým dovednostem, až když je eliminován problém a vytvoří se behaviorální vakuum. Nezapomeňte na to. Např. pár, který dlouho bojoval, nemá schopnost normálně komunikovat. Terapeut musí eliminovat boj a trénovat pár v komunikaci. Místo symptómu je důležité nabídnout něco jiného.

Domácí úkoly: jde o strukturované získávání zkušeností. Umožní klientu, aby používal v praxi naučené dovednosti, objevoval nové a měnil staré vzorce chování.

Úkolem sezení je vytvoření podmínek pro domácí úkoly na další týden. To, co se děje v sezení, má smysl i samo o sobě a má jen malý terapeutický význam. Potřebuje-li klient cvičit nějaké dovednosti, může se s tím začít v sezení, ale hlavní část provádí doma.

Zadání úkolu

Terapeut by měl počkat až bude mít dostatek poznatků a zadat úkol až na konci sezení, které především sloužilo ke sběru informací. V průběhu sezení si formuluje hypotézy

o problému v pojmech ~~co~~ podpořit, co změnit. Paradoxní domácí úkol se zadá vždy až na konci sezení. A to z těchto důvodů: a) aby nebyl zadán předčasně a nevhodně, klient může ke konci sezení říci něco důležitějšího, b) aby terapeut neměnil úkol - to se zásadně nedoporučuje!, c) nejdůležitější - úkol vytváří dvojnou vazbu. Je-li klient uveden do dvojné vazby, není mu dovoleno komentovat ji. Aby se tomu předešlo, terapeut přidělí úkol a rychle ukončí sezení.

Paradoxní úkol je třeba formulovat jasně a terapeut by měl kontrolovat, zda klient instrukci porozuměl, v případě že ho nechtěl zmást. Na otázky týkající se úkolu neodpovídejte, nechte je otevřeny. Když klient dostane úkol, může být šokovaný, zlostný, depresivní, ~~odvzdaný~~ a často zmatený. Terapeuta by neměly ovlivnit tyto projevy, protože jsou součástí klientovy hry uniknout z vazby. Terapeut by se měl zmínit, že úkol bude diskutován v příštím sezení a že očekává od pacienta důkladný popis práce na úkolu.

Paradoxní úkol může být zadán s motivací nebo racionálem, aby byl proveden. Vysvětlení závisí na tom, zda terapeut chce, aby pacient úkolem prošel, nebo mu odporoval. Úkol můžete zadat tak, aby s ním klient bojoval. tím, že maximálně zvýšíte jeho odpor. Pro zvýšení rezistence je možné použít několika metod. Terapeut může předložit úkol autoritativně. Nebo může říci "Nemyslím, že budete schopen..." Rovněž se může využít klientův sklon k pesimismu, když se řekne, že se věci budou měnit pomalu nebo jsou beznadějně - to je vždy vnímána jako výzva.

Terapeut může po pacientu chtít, aby úkol udělal, nebo se ho pokusil udělat. V takovém případě by měla být hladina odporu minimální. Pak je namísto motivovat klienta nebo mu dát vysvětlení ještě před zadáním úkolu. Například se můžete zeptat klienta na to, jak si představuje, že věci budou vypadat za rok, když se problém nevyřeší. Vysvětlení

vždy závisí na tvorivosti terapeuta. Rohr Javgh, když předepisoval paradoxy, říkal klientu, že naučit se ovládat symptom je totéž jako obousměrná ulice. Musí se naučit symptom rozjet a obrátit, rozpoznat nefungující část - dysfunkční vzorec nebo sekvenci chování ještě před tím než zastaví. Rovněž plánoval navození symptomu (např. každé ráno být 15 minut depresivní) a vysvětloval to tak, že je lepší vyvolat si symptom sám, než čekat až se objeví spontánně. Často je také zdůrazňována důležitost učit se ze symptomického chování. Klientovi se uloží úkol a je instruován, aby se stal divákem svého vlastního chování. Má pozorovat vznik a průběh symptomu, co a jak se opakuje a reakce ostatních. Řekne se mu, aby se v chování angažoval vědomě, že se tak z něho bude učit.

Úkol lze spojit se specifickou výzvou. Aby měl šanci na úspěch, musí buď vzbudit zájem klientův nebo odpovídat jeho stylu. Vhodné je využít klientovy dovednosti - kreslit, psát atd. Např. je požádán, aby zadání schematicky nakreslil atd. Úkol musí být přidělen tak, aby se symptom nemohl objevit spontánně.

Sledování intervence

Na začátku dalšího sezení je klient požádán, aby sdělil jak úkol fungoval. Pokud pracujeme s více lidmi naráz, je důležité, abychom získali názor každého z nich. Sane se, že úkol nesplní očekávání nebo se objeví neočekávané změny. Někdy terapeut zjistí, že týden není dostatečně dlouhý na to, aby nastaly změny. Selvini Pallazoli tvrdí, že efekt se plně projeví až za měsíc. Autoři obhajují jednotýdenní interval mezi sezením. Pokud úkol nenavodí žádané změny, bere paradoxní terapeut odpovědnost za selhání na sebe. Klient není chápán jako viník. Neúčinný úkol

ukazuje, že terapeut někde udělal chybou.

Začínající terapeut může mít obtíže při zadávání úkolu. Může si pomocí dvěma způsoby: 1. pro sezení má připravené různé úkoly, 2. je dobré, když na konci sezení nedá pacientovi úkol, ale sdělí mu jej v následujícím sezení, případně mu pošle paradoxní dopis. Úkol zadáváme vždy vážně, dáváme pozor na neverbální projekty.

Principy paradoxní intervence

Symptom má pozitivní úlohu, je součástí systému a slouží funkci tohoto systému.

Principy paradoxní terapie:

1. Nové symptomy jsou pozitivně preznačkovány, restrukturovány nebo konotovány.
 2. Symptom je nasměrován také k ostatním členům systému (toto platí, pracujeme-li s párem, rodinou).
 3. Změň vektor symptomu (aby symptom "nehýbal" klientem, ale aby klient vědomě "hýbal" symptomem). Symptom je uzákoněn tak, že je záměrně rozšířen.
 4. Předepiš a sleduj paradoxní intervenci v čase, abys vyloučil znovaobjevení se symptomu. Symptomatické chování musí být paradoxně předepsáno! Jednotlivé intervence zpravidla nevyprodukuje změnu. V mnoha případech přinejvíce žádoucí efekt následující sekvence paradoxních interventioní: 1. použití preznačkování, restrukturace nebo konotace. 2. předepsání symptomu, 3. predikce relapsu, 4. předepsání relapsu.
 5. Paradoxní předpis musí donutit klienta (ty), aby nějakým způsobem provedl úkol.
- Je několik způsobů, jak pojistit aktivní angažování klienta:
- a) předepsat úkol ritualizovaným způsobem (viz metody)

- b) paradoxní předpis, že jestliže nastane "x" (nějaká událost) klient bude mít symptom
- c) poslat klientovi paradoxní dopis.

Organizace paradoxních technik

Jsou dvě možnosti jak klasifikovat všechny paradoxní techniky:

- 1) úroveň intervence:
 - a) individuální - paradox je nasměrován k jedinci
 - b) interakční - každý člen dyády dostane svůj úkol
 - c) transakční - jeden paradox je nasměrován k celému systému (systémový)
- 2) úroveň přijetí x odmítnutí paradoxu
 - a) přijetí paradoxu: klient přijme paradox (předpis symptomu) - toto je indikováno u obsesí, záchvatů anxiety a všechny ostatní případy, kdy klient se symptomem bojuje. Když klient vědomě uzákoní symptom, tak ten přestane být spontánním nebo nekontrolovatelným chováním
 - b) odmítnutí paradoxu: strategie je založena na předpokladu, že klient bude vzdorovat nebo opakovat provedení příkazu. Predikcí, že se něco stane, pomáhá terapeut tomu, aby se nestalo nic.

Přijetí paradoxu pracuje s intrapersonálním, intrapsychickým; odmítnutí paradoxu pracuje s interpersonálním.

Grinder s Bandlerem (1976) navrhli způsob manipulace s odporem klienta tak, že se využije jeho linguistický styl. Lidé totiž organizují a sdělují své zkušenosti třemi reprezentačními systémy: vizuálním, kinestetickým a auditivním. Přitom používají jeden systém více než ostatní dva. Mluví-li terapeut ve stejném reprezentačním systému jako klient, je terapie kooperativnější. Terapeut bedlivě sleduje druh sloves, která klient používá, a pak toho využívá.

Kdy pracovat paradoxně

Požadavky kladené na terapeuta: a) musí chápát symptom jako nástroj změny, b) vidět symptom ve funkčně klíčných termínech (péče, ochrana, stabilita atd.), c) rozumět jak se problém neustále opakuje uvnitř konkrétního vztahového rámce. Autoři nezastávají klasické pojetí diagnózy. Primární je snaha popsat problém, ne ho vysvetlit diagnostickou značkou.

Význam historie

Existují dva praktické způsoby zhodnocení toho, kdy je klient nebo rodina vhodná pro paradoxní terapii. První vychází z historie předešlé terapie s tím, že klient sdělí, jak probíhalo. Autoři věří, že "zabiječí" terapeutů a "oběti" terapie jsou vhodnými kandidáty paradoxní léčby. "Zabiječí" měli řadu terapeutů, ale žádný u nich neuspěl. "Oběti" žijí jen pro své každotýdenní terapeutické sezení, ze kterého nemají žádný výraznější přínos. V obou případech jde o vysoce rezistentní jedince.

Rezistence a chronicita

Paradoxní terapie je nejvhodnější u rezistentních a těžkých poruch, ale změny vyvolá i u kooperativních a mírně postižených jedinců.

Zhodnocení rezistence

Abychom zjistili ochotu nového pacienta ke změně, dáme mu úkol. Nejprve přímý a jednoduchý. Pokud jej udělal tak, jak byl uložen, není nutné pracovat paradoxně. Když ale pacient úkol zapomene, změní, nebo ignoruje, je jasné, že jde o odpor a paradoxní přístup je na místě. Dávají se nepřímé úkoly. Ovšem i u kooperujícího klienta je možné využít paradoxních technik - ušetří se tak čas k vyřešení problémů.

Paradoxní intervence u rodin

Obecně řečeno - je-li rodina ve vývojové krizi, je vhodné s ní pracovat paradoxně. Haley charakterizuje vývojovou krizi jako neschopnost přejít z jednoho rodinného cyklu do dalšího. (Např. rodina s adolescenty se nemůže dostat z předchozí úrovně a chápe dospívající stále jako děti).

Fischer doporučuje při práci s rodinou následující přístup:

1. restrukturace - symptomu je dán jiný význam. Indikováno u rodin: a) s mírným odporem, b) bez opozice, c) schopných sebereflexe, d) neorientovaných na akci, e) schopných manipulovat s frustrací a nejistotou, f) malé nebo žádné impulzívní nebo přehrávající (acting-out) chování, g) nezatížené vnějšími problémy, h) s rigidní rodinnou strukturou, i) opakující se, ale ne časté krize.
2. eskalace nebo indukce krize - předpis symptomu, zvýšení frekvence nebo intenzity krizové situace. Indikováno: a) vagní styl, b) excesivní verbální manipulace, c) opozičnost, d) silný boj, e) značný odpor, f) potřeba pohybovat se pomalu, g) dispozice pro přehrávání, h) nadměrně rigidní, i) "zablokování" chybí oblast kompromisů, j) dospělí soutěží s terapeutem.
3. přesměrování - měnění některých aspektů symptomatického projevu. Indikováno: a) individuální uzpůsobení či zaměření, b) problémy s malým dítětem, c) specifické symptomy, d) opakující se symptomy, e) vychovávačelské a vadící zaměření, f) rodina je ochotna reagovat na příkazy, aniž by sabotovala, g) neopoziční, h) celkově přijímající.

Vzorce rodinné transakce (pathologické)

1. nadměrný boj a hašteření
2. neochota ke vzájemné kooperaci a zakončování společných úkolů, kompetice

3. setrvávání na stejných vzorcích bez ohledu na typ intervence
4. rozděl a panuj
5. diskvalifikace

Kontraindikace paradoxní intervence

1. Klient není aktivně vtažený do terapeutického procesu, chybí vztah.
2. Klient je sociopat.
3. Klient je paranoidní.
4. Destruktivní chování: homicidum, siuci-dální chování. (Terapeut nikdy nepředepisuje suicidální chování, i když suicidální pokusy byly léčeny paradoxně)

Fischer uvádí tyto kontraindikace: chaotická rodina, nezralá rodina, rodina s vyjádřenou hostilitou, rodina bez rezistence. Zkrátka rodina bez struktury a odporu.

Rohrgaum uvádí tyto kontraindikace: akutní dekompenza-
ce, akutní zármutek, ztráta zaměstnání.

Přehled paradoxních technik

Účelem této části je popsat různé způsoby paradoxní intervence. V literatuře o paradoxních technikách převážují kasuistické studie, které popisují použití jedné nebo dvou specifických technik v konkrétní situaci. (Weeks a L'Abate 1975). Jen obtížně můžeme poznat vzájemné vztahy mezi těmito intervencemi. Výjimku tvoří případy předpisu symptomu, ty jsou relativně obecně platné. Dále je uveden inventář paradoxních intervencí.

Hlavní důraz v tomto přehledu technik je kladen na klinické využití. Chce-li terapeut pracovat paradoxně, musí nejprve mít důkladné znalosti různých technik, zde je uvedena celá paleta paradoxních technik. Přehled snad terapeutovi dovolí, aby si vybral vhodnou intervenční techniku. Dále je nutné znát mechanismus a specifické způsoby

intervence; ty budou popsány a ilustrovány kasuisticky. A konečně - soupis poskytne terapeutovi racionále pro intervenci. Některé paradoxní techniky jsou účinnější v jedné situaci než v jiné. Ví-li se, kdy je specifická technika produktivnější, může terapeut lépe predikovat dosažení terapeutického cíle.

Systematizace paradoxních technik je obtížný, ne-li nemožný úkol. Uspořádání se opírá o několik kritérií. Techniky, podobající se formou zadání, tvoří jednu skupinu. Např. když chce terapeut, aby klient nadsadil nebo měl symptom, říkáme tomu předepsání. Jiné techniky spojuje záměr nebo cíl terapeuta. Chce-li terapeut předejít relápsu, pak použije kontrolující (zamezující) techniku. Další techniky jsou vhodné při rezistenci. Terapeut může, nebo nemusí chtít, aby aktuálně klient provedl příkaz. Zmatek při definování a systematizaci paradoxů může pocházet z faktu, že dosud nebyly objasněny všechny vnitřní principy paradoxního přístupu. Terapie při hledání teorie naráží na nevědecké otázky. Je stejnou vědou jako uměním. Účelem této kapitoly je naznačit vodítka pro paradoxní psychoterapii a popsat intervence spočívající na tomto základě.

Paradoxní techniky jsou seskupeny do skupin a každá z nich může být použita k dosažení specifických cílů nebo rozpletení určitých vazeb, ve kterých je klient chycen jak v pasti.

Přehled technik není v žádném případě vyčerpávající. Je to začátek úsilí vydestilovat a zorganizovat různé paradoxní techniky jednak popsané v literatuře a doplnit je o původní, které vznikly v naší klinické praxi.

Restrukturalizace (Redefinice)

Watzlawick et al. (1974) chápí redefinování jako "... změnu pojetí, emocního nastavení nebo hlediska ve vztahu k situaci, která je pak prožívána v zcela jiném rámci a tím upravují se "fakta" o téže konkrétní situaci pozitivním nebo vhodnějším způsobem a mění tak její celkový význam." (Str. 95). Krátce: význam, který byl situaci připisován, je změněn. Watzlawick et al. (1974) přivedl toto pojetí do klinické praxe a využil je při předepisujících paradoxech. (Viz Watzlawick et al. 1974, kapitola 10).

Grunebaum a Chasin (1978) navrhli, aby se termínu redefinice používalo tehdy, když jde o změnu modelu, podle kterého je vysvětlováno, chápáno chování. Redefinice se týká posunu od morálního k medicínskému modelu nebo od individuálního k rodinnému modelu.

Mimoto tvrdí, že redefinice automaticky mění označení osoby. Přeznačkování ovšem vede pouze ke změně ve způsobu označování osoby, aniž by se změnil rámec vztahu. Zdá se, že pokus rozlišovat tyto dva termíny je užitečný pro posun vztahového rámce v patologii, od individua k systému. Nuže, problém identifikovaného pacienta je rozptýlen na celý rodinný systém. Psychopatologie je možné chápout jako transakční fenomén a prvním úkolem terapeuta je redefinovat problém identifikovaného pacienta jako kontextuální. Skutečně, nejobecnější použití pojmu redefinice a přeznačkování je zarámcovat problém do rodinného kontextu.

Použití redefinice tak, aby se dosáhlo systémové definice problému nejlépe popsala Selvini Palazzoliiová (1978a). Nazývá tuto proceduru pozitivní konotace. Účelem pozitivní konotace je vyhnout se vytváření dílů v rodině,

nepř. že identifikovaný pacient je "špatný" a ostatní jsou dobrí. Konotace ... "klade všechny členy skupiny na stejnou úroveň, předejde se tím vytváření aliancí a podskupin, které jsou u takovýchto systémových malfunkcí na denním pořádku." (Str. 56).

Pozitivní konotace dovoluje terapeutům přistoupit na systémový model. Selvini Palazzoli et al. (1978a) předpokládá, že i účelem patologie je konečná "stabilita a koheze skupiny." Konotace umožňuje zdůraznit homeostatický cíl rodiny jako celku. Definuje vztahy mezi členy rodiny pozitivním způsobem a přesouvá kontext terapie na systémovou úroveň. Konotací se dostává rodina do paradoxní situace. Proč rodina, která se chce udržet potřebuje "pacienta" pro dosažení cílů, které terapeut konotoval jako dobré? V kasuistice, kterou uvádí Selvini Palazzoli et al. (1978a) vznikl u desetiletého chlapce psychotický symptom, bezprostředně po smrti babičky. Terapeutova slova na konci prvního sezení demonstrují pozitivní konotaci, přeznačkování symptomu i jeho předepsání. Terapeut řekl: "První sezení ukončíme instrukcí pro tebe, Ernesto. Děláš dívrou věc. Chápeme, že považuješ babičku za nosný pilíř rodiny držela ji pohromadě, zdůrazňovala jistou rovnováhu bez přítomnosti babičky jste se obávali, že by se něco mohlo změnit, a tak jsi myslel, že přeberete její roli, snad protože předpokládáš, že rovnováha by se ve vaší rodině změnila. Nuž, pokračuj v této roli, kterou jsi přijal spontánně. Až do příštího sezení na tom nemůžeš nic změnit ..." (Str. 81). V tomto případě je jasné, že konotace byla určena k tomu, aby pomohla rodině uvědomit si, že jde o hledání stability prostřednictvím Ernesta. Zarámování Ernestova chování ovlivnilo označení a změnilo "zlé" dítě v "dobré".

Peggy Papp (1977) ukázala dlouhodobé působení pozitivní konotace v jedné ze svých kasuistik. Řekla ženě, že by měla jednat jako bezmocná a nekompetentní žena, protože jen tak dá svému muži šanci, aby ukázal jak je silný, pečlivý a ochranitelský. Varovala ji před negativními důsledky, v případě, že by se to pokoušela změnit.

Přeznačkování

Při přeznačkování jde o změnu značky, která je osobě nebo problému přidělována, aniž by bylo nutné změnit vztauhový rámec ve směru od jednotlivce k dyádě nebo systémové úrovni. Přeznačkování v paradoxní literatuře téměř vždy znamená nahrazení špatné značky dobré. Důraz je na pozitivním, adaptivním nebo normálním.

Nedávno vedly se spory o tom, jak na klienta působí označení "nemocný", "duševně nemocný" nebo i "pacient". Ukázalo se, že je mnohem snadnější přidělit jakoukoli značku, obzvláště negativní, než ji odstranit. Označení zpravidla determinuje chování člověka skrze sebenaplňující se proroctví. Což působí na druhé lidi, že jej vnímají a reagují na něj jako na nositele značky. Psychologové, ale i čelští profesionálové nejsou vůči tomuto procesu tak imunní, jak by se rádo věřilo (Rosenthal 1966). Ve skutečnosti jsou psychologové svým výcvikem vedeni k tomu, aby označovali jedince různými negativními značkami. Terapeuté by měli mnohem pružnější a diferencovanější chování, kdyby se neuzavírali do rigidního systému nosologie.

Přeznačkování je tvořivá a komplexní terapeutická technika. Navozuje změny z několika různých důvodů. Například mění klientovu fenomenologickou perspektivu. Nová značka umožňuje klientu nově uvažovat a prožívat své

vlastní chování. Pokud je značka nasměrována k chování systému, tak se mění nejen percepce identifikovaného pacienta, ale mění se i pohled systému na nositele symptomu. Navíc vedle změny vnímání problému může nová značka obsahovat to, že symptom je nástroj změny. U klienta to může vyvolat anticipující zaměření, že změna nastává. Landfieldovo (1975) označení zmatku jako předpokladu nového růstu je brillantním dokladem. Klientův zmatek je přeznačkován jako krok k procesu nového růstu. Tento postoj vede klienta k očekávání, že se bude dít něco dobrého a že to bude stále důležitější a tím se uleví od bývalé tenze, která je spojena se stavem chaosu a zmatku.

Přeznačkování symptomu téměř vždy dává klientovi větší pocit sebekontroly. Klienti jsou často více zmateni tím, že nekon troulují své pocity než samotnými symptomy. Nová značka mění směr kontroly. Symptom už nadále neovládá klienta, ale on ovládá symptom. V Landfieldově příkladu klient nadále nemusel prožívat zmatek jako nutné зло, ale mohl ho chápout jako dobrý, užitečný nebo nezbytný, proto, aby nastala změna.

Theoreticky je přeznačkování vysvětleno linguistickým principem, že jazyk není realita, mapa není teritorium.

(Bandler a Grinder, 1975). Slova nereprezentují nebo nesymbolují realitu neméně. Selvini Pelazzoli et al. (1978a) chápou tento princip jako uvolnění jedinců z linguistické tyranie: Jednáme jako bychom byli uzavřeni v určitém druhu reality, protože je to naš jazyk. Zdůrazňují fakt, že jazyk je spíše lineární než kruhový a odtud naše tendence definovat chování v termínech jednoduchých kauzálních řetězů než v systémově dynamických procesech. Interakční a transakční přirozenost živých systémů je ignorována. A navíc, jazyk zdůrazňuje digitální - dobré x špatné, černé x bílé,

normální, a abnormální. Zůstáváme tak na úrovni oběahu. Zkrátka, jazyk je jen velmi málo vhodný k tomu, aby nám dovoloval hovořit o vztahu. Úvaha je v souladu s Kellyho (1955) názorem, že existuje mnoho rozdílných a užitečných způsobů jak konstruovat realitu.

Přeznačkování může probíhat na různých úrovních, a to nejméně dvěma způsoby. Jednak jde o individuální, dyadičkou a systémovou úroveň, a dále značky mohou být pozitivní nebo negativní. Tím, že se přidělí původně negativně definovanému, nežádoucímu chování pozitivní značka, stává se z něj žádoucí, a tím se původně žádoucímu chování přidělí negativní značka by mělo znamenat, že bude přeháněno do krajnosti nebo je nedostatečně, případně nevhodně vyjadřováno. Většina prací o přeznačkování zdůrazňuje změnu negativních značek za pozitivní. Ovšem terapeuticky užitečné může být i přidělení většího množství patologických značek a navíc "dobré" je přeznačkováno na "špatné".

Landfield (1975) zdůraznil použití pozitivních značek u zjevně individuálního a izolovaného symptomatičkého chování. Uvádí několik příkladů jak je možné vidět pozitivně chování původně nahlížené negativně. Přeznačkovává rigiditu jako stálost, nezralost jako agresivní zkoumání (zvídavost) a hostilitu jako zaujetí. Rovněž Weeks (1977) nabízí mnoho příkladů, ovšem všechny od terapeuta vyžadují tvořivý přístup, ale i upuštění od obvyklých postojů přijímání a hodnocení klienta včetně stereotypního přidělování negativních značek. Příklady: samotářství - jedinec zkoumá své vlastní vědomí; plachost - péče o sebe; pasivita - schopnost přijímat věci takové, jaké jsou; nespolečenský jedinec si pečlivě vybírá své známosti; submisivita - hledá autoritu a směr, aby mohl nalézt sebe sama; necitlivost - ochraňuje sebe sama před zmatkem; atraktivnost -

hledá to, jak by upoutal druhé lidi a získal jejich přízeň; těpání - prověruje všechny možnosti; přecitlivělost - vyláděný vůči druhým, velice živě a intenzivně prožívá; kontrolující - strukturuje své okolí; impulzivní - schopný pouštět se bezprostředně do věci, spontánní; v opozici - hledá svou vlastní cestu jak dělat věci; pedceňující se - schopný připustit své vlastní chyby; pláčící - schopný vyjádřit své emoce, křičící - schopný vyjádřit zlost.

V uvedených příkladech mají všechny nové značky pozitivní konotaci a obsahují zrnka pravdy. Značky mají před klientem otevřít nové možnosti zásluhou výrazného opaku. Na individuální úrovni je obrat z negativního na pozitivní velmi populární.

Ovšem paradoxně orientovaní a rodinní terapeuté používají přeznačkování i na dyadické nebo manželské úrovni. Už v roce 1963 Haley označil přeznačkování jako obecnou terapeutickou strategii pro dvojice. Uvádí: "obecně vzato, kdykoli je to možné, měl by terapeut definovat pár, jako dvojici lidí, která se pokouší o to, aby si byli co nejbližší, ale dělají to špatně, jde tedy o nedorezumění, případně jsou ovlivňováni silami, které jsou mimo jejich možnosti."

Milton Erickson (Haley, 1973) byl mistr v přeznačkování problémů dvojic. V jednom případě měl novomanžel pověst playboje, ale o svatební noci selhal. Novomanželka byla zklamána, cítila se odmítnuta a zahořkla. Erickson přeznačkoval impotenci, udělal z ní poklonu. Řekl jim, že muž byl natolik okouzlen krásou své nastávající, že se cítil nezpůsobilý, a to vedlo k impotenci.

Tytéž principy najdeme i v práci Selvini Pelazzoli et al. (1978 a). Symptomy se redefinují tím, že se páru říká, že usiluje o stabilitu a soudržnost. Zdůrazní se např. to, že symptomy vyjadřují lásku, péči nebo ochranu.

L'Abate (1975) ukázal, jak lze pozitivnímu chování nebo motivaci přidělit negativní konotaci. Například můžeme říci manželům, že jejich vzájemná láska a ochrana jsou tak velké, že se za všech okolností snaží vyhnout konfliktu, konfrontaci, a také intimitě. Intimita (blízkost) je schépána, nahlížena jako schopnost vzájemného sblížení (L'Abate, 1977). Ze skutečnosti, že problémy páru jsou výsledkem vzájemné lásky a ochrany vyplývá, že láska a ochrana jsou negativní značky. Jistě, že je tak nebude pár. Paradoxem je to, že určitý výraz lásky a ochrany uvnitř páru je destruktivní. Aby pár mohl uniknout z této paradoxní situace, musí se naučit bojovat fér a sdílet, snášet zranění. Zjistili jsme, že tato specifická, terapeutická strategie je užitečná u těch systémů chování, u kterých má patologie pozitivní historii.

Andolfi (1979) zahrnul pod termín redefinice jak novou definici, tak přeznačkování. Podle kazuistiky jednoho děvčete, které poškozovalo svou tvář, začalo první sezení přeznačkováním symptomatického chování slovy: "Toto je první tvořivý čin v tvém životě! Vypadá to, že v tom moří komformity je to jediná tvořivá věc, kterou vidíš nebo cítíš, protože ji máš vepsánu do své tváře". (str. 71). Tato redefinice měla pomoci klientce k temu, aby si uvědomila své tvůrčí možnosti a cítila se tak méně konvenční.

Szanton (1981 b) pojednal o přeznačkování u rodin s jedinci závislými na drogách. On a jeho spolupracovníci označovali extrémně destruktivní chování jako dobře motivované. O tomto postupu hovořili jako o procesu "připisování ušlechtilých záměrů".

Grunebaum a Chasin (1978) ukázali, že i použití patologičtějších značek může být terapeuticky užitečné. Ve dvou kazuistikách popisují páry s depresivními manžely,

jejichž manželky se staly zlostné a frustrované. Ženy definovaly chování svých mužů jako špatné nebo neodpovědné. Tím, že dostali diagnózu maniödepresivita se každý pár zlepšil. Terapeuti dále neuvažovali o tom, proč byl tento postup účinný, předpokládejme, že diagnóza redukovala zlost žen, protože nabízela něco přijatelnějšího a léčitelného - nemoc. Změna značek změnila vztahový rámec - od modelu morálního k medicinskému. Při psání patologické značky je vhodné tehdy, když způsobí, aby se klient stal přístupnější změně a značka současně obsahuje možnost "léčby".

V jiném případě, Grunbaum a Chasin (1978) popsali muže, který byl psychology označen jako člověk s "atypickým vývojem". Rodiče a sourozenci ho považovali v podstatě za normálního a nutili ho do včí, které byly nad jeho možnosti. Jejich snaha vedla k psychóze s následnou hospitalizací. Po diagnóze mentální retardace a psychózy, snížila rodina své očekávání a navodila situaci, která více odpovídala jeho možnostem. V tomto případě pomohla patologická značka rodině vhodně jednat s pacientem.

Přeznačkování lze použít i na rodinné nebo systémové úrovni. Technika je v podstatě táz jako u dyády. Nejcharakterističtějším pro přeznačkování na systémové úrovni je zdůraznění pozitivního aspektu chování identifikovaného pacienta nebo normality chování. V rodinách anorektiků Minuchin snižoval význam anorexie jako izolovaného fenoménu a zdůrazňoval, že anorektici chtějí být zvláštní, případně jsou neústupní (Minuchin, Rosman a Baker, 1978). Obecně tím, že značkově definuje chování identifikovaného pacienta, spojuje ho s rodinou.

Rádi bychom poukázali na jedno velmi důležité použití přeznačkování v úvodních fázích terapie na systémové úrovni. Rodiny vyhledávají terapii, protože prožívají ob-

tíže, které souvisí s tím, že jejich řešení selhalo. Chtějí pomoc, aby eliminovali problém. Domníváme se, že jejich motivace pro vyhledání terapie je v podstatě negativní a výsledkem toho je, že velmi rychle odpadnou. Rodina totiž přichází do prvního sezení s pocitem selhání. Mají problém, který nebyli schopni řešit. Vstup do terapie je pak často chápán jako důsledek selhání nebo určitá forma sebeponížení. Členové rodiny obvykle pociťují zlost a vzájemný odstup. Problém tedy vede spíše ke vzájemnému odcizení než k jednotě, kterou pociťují lidé, mající úspěch. Proto je vhodné hned v prvním sezení přeznačkovat motivaci rodiny vůči terapii (L'Abate, 1975). Přeznačkování lze dosáhnout poukazem na to, že pouze silná rodina si může dovolit problémy nebo slabost. Skutečnost, že rodina přišla do terapie "dokazuje", že se členové rodiny o sebe vzájemně starají.

Přeznačkování je umění výzvy. Terapeut je vyzván, aby myslel dialekticky – viděl dobré ve špatném a špatné v dobrém. Tento druh myšlení vyžaduje praxi. Vyžaduje přirozené odevzdání se a uvěření, že terapeutovo nové přeznačkování není trik, ale má význam pro klienta. Někdy je až překvapující, jak klient ochotně přijímá pravdivost nových značek, i když vypadají přehnaně.

Restrukturaci a přeznačkování je možné pojmostit jako dvě odlišné techniky, ovšem ve skutečnosti se překrývají. Na rozdíl od Grunbaumova a Chasina (1978) věříme, že přeznačkování může vést k restrukturaci, právě jako restukturalizace může vést k přeznačkování. Např. anorektické dítě považuje rodiče za nemocné, což znamená, že nemají co do činění s etiologií nebo léčením problému. Je-li to možné a dítě je úspěšně přeznačkováno, např. že je tvrdohlavé, pak lze angažovat i rodiče.

No a ti ví, že se očekává, že se budou zabývat tvrdoblavým chováním, interakční agenda se tak předá rodině. Problém přestává být individuální, ale stává se systémový - tudíž přestrukturovaný.

Předepisující a deskriptivní paradoxy

Předepisování

Nejobecnější formou terapeutických nebo pragmatických paradoxů je předpis symptomu. Podle Rohrbaugh et al (1977) základem instrukce nebo paradoxní situace, kterou vytvořila předepisující intervence je: a) abyste se zbavil symptomu, musíte jej podržet anebo jej přehnát, b) symptom, který probíhal a vyskytoval se mimovolně, bude probíhat za volné kontroly. V literatuře jsou stovky příkladů předpisů symptomu na individuální, dyadicke a rodinné úrovni.

S použitím práce Miltona Tricksona a jeho modelu, Zeig (1980 b) vyjmenovává tři principy v předepisování symptomu. Jsou to: a) využití klientova vztahového rámce, b) využití klientova chování, motivace nebo kognice k provádění malých změn, c) podnícení klienta, aby využil svých vlastních zdrojů při snaze o řešení. Zkrátka terapeut řešení z klienta "vytáhne".

Mechanismy předpisu symptomu nejsou tak jednoduché jak by se zdálo. Zeig, (1980 a) zdůrazňuje, že symptom je komunikace, která má několik složek. Jde o symptomový komplex, jehož kterákoli část může být využita při předepsání symptomu. Složky symptomového komplexu klienta:

- a) kognitivní - klientovy myšlenky, když se objeví symptom
- b) afektivní - klientovy pocity, když se objeví symptom
- c) chování - klientovo chování, když se objeví symptom
- d) kontextuální - kontext ve kterém klient prožívá symptom

- e) relační - efekt, který má symptom na ostatní
- f) postojový - klientův postoj k symptomu
- g) symbolický - objekt, který reprezentuje symptom

Při formulaci předpisu může terapeut vybrat z komplexu pouze jeden element a předepsat jej. Např. kognitivní složka deprese může být předepsaná slovy: "Kdykoliv jste depresivní, věnujte bedlivou pozornost tomu, co říkáte a co říkáte o sobě. Učte se ze své deprese. Udělejte seznam všech těchto myšlenek a přineste jej na příští sezení." Rozhodnutí, kdy použít jeden element a kdy jiný, nelze specifikovat. Terapeut může použít toto schéma a pokusit se vhodným způsobem vystihnout kdy klient přemýší, prožívá atd.. problém.

V předchozích částech jsme pojednali o paradoxech založených na vyhovění a odporu. Diskutovány byly i způsoby jak "získat" klienta ke spolupráci, aby udělal úkol. Zeig (1980 a) přidal pět dalších technik, které maximalizují vyhlídky na to, že klient provede předpis. První technika, uvedou se důvody a vysvětlení paradoxu. Postup je velmi obecný a byl diskutován. Druhá technika spočívá ve využití indirektivy. Symptom se předepíše jednoznačně, jako: "Tento týden nedělejte s problémem vůbec nic, takže uvidíte, jak je to doopravdy špatné." Indirektiva mohou být použita u kterékoli slížky symptomového komplexu. Třetí technika: předepsat symptom tak, aby klient mohl odmítnout některý směr. Tato technika pracuje dobře u kontextuálně orientovaných úkolů. Terapeut může specifikovat několik kontextových podmínek pro projevení se symptomů. Klient se pak může zbavit případného odporu tím, že neudělá část úkolu. Čtvrtá Zeigova technika využívá klientovy zvědavosti. Řekne se mu, že

dostane speciální úkol až čas, místo atd. budou připravené. Poslední technika je efekt malé změny symptomu. Provádění malých změn v symptomu je třeba chápát fenomenologicky, tj. terapeut zvažuje, jak jsou pro klienta důležité určité složky symptomu. Když klient popisuje symptom, terapeut hodnotí, které z elementů jsou zdůrazňovány a které opomíjeny. Klient se může např. zaměřit na pocity, které souvisí se symptomem, ale nikdy se nezmíní o myšlenkách, které symptomu přiděluje. Odpor může být snížen tím, že se podtrhne to, co klient vnímá, a mohou to být malé periferní změny, tak se předepíší kognitivní aspekty symptomu. Těchto technik lze s úspěchem využít spolu s mnoha dalšími paradoxními postupy.

V literatuře jsou doslova tucty kazuistik uvádějících předpisy symptomů na individuální, dyadické a transakční úrovni. Demonstrují vztahy mezi technikou předepisování symptomu, druhem problému, klientem a dalšími speciálními technikami použitými při tomto druhu intervence.

Nejranější práce o předpisu symptomu jedinci publikovali logoterapeuti, postup nazvali paradoxní intencí. Tato technika, kterou vymyslel Viktor Frankl (1967), byla úspěšně využita při léčbě fobií, obsesivně-kompulzívních poruch a anxiezních stavů (Gertz, 1962, Selyom et al 1972). Technika se podobá technice předpisu symptomu. Terapeut instruuje klienta, aby se trénoval v použití symptomu v co nejkrásnější podobě, tak často jak jen může. Symptom odezní, když klient pozná jeho absurditu a získá od něj dostatečný vstup a směje se mu.

Frankl (1975) popsal začarovaný kruh symptomů, který přináší strach z opakování nebo anticipační úzkost. Anxieta provokuje symptom, který naopak posiluje anxietu

nebo strach. Technika paradoxní intence je namířena na fobikův strach a obsesivní tendenci bojovat se svým strachem. Zkrátka, klient je instruován, aby se vzdal mechanismu odporu, který má vyvinutý k vyhýbání se svému strachu, a aby byl schopen podívat se mu do tváře.

Frankl (1975) popsal případ ženy, která trpěla 15 let několika klaustrofobiemi. Měla strach z jízdy ve všech dopravních prostředcích a vstupování do budov. Byla úzkostná a měla strach, že by se udusila a zemřela by, kdyby vstoupila do těsného, uzavřeného prostoru. Součástí desenzitizační léčby bylo podněcování, aby umožnila ať se symptomy stanou tak kruté, jak jen to bude možné a měla vyhledávat místa, kde se její symptomy už dříve objevily. Během týdne byla s to jít do míst, kam dříve vstupovala pouze s určitými potížemi, už bez symptomů:

Předpis symptomu je možné použít při léčbě mnoha dalších osobních problémů, spojených s odporem. Lambová (1987) popsala případ vysokoškolačky, která trpěla krutou úzkostí ze zkoušky a omléváním. Příznaky se poprvé objevily po nevysloveném incidentu s bývalým hochem. Byla lékařsky vyšetřena a léčena specialisty dvou významných lékařských pracovišť, ale bez efektu. Studentka nejprve požádala Lambovou, svou učitelku, aby ji vyzkoušela soukromě, jinak že není schopna zkoušku udělat. Lambová popsal studentce svůj vlastní, podobný problém. Trpěla záchvaty typu grand mal a detailně popsal svůj nejhorší záchvat. A také byly tak kruté, že bylo problematické brát je vážně, až se situace stala humornou (např. rozhazovala jahody po celém vnitřku automobilu své matky, když měla záchvat). Terapeutka prohlašovala, že dokáže mnohem lépe selhat než studentka a vyzvala ji k soutěži. Řekla jí, ať jde domů a zkusí si selhání. Pokud v den zkoušky dokáže lépe selhat než učitelka, dostane za jedna. V den zkoušky

k tomu byla opět vyzvána. V průběhu zkoušky, jakmile si Lambová všimla, že studentka hyperventiluje, naznáčila jí, že by se mohla pokusit selhat. Studentka se usmála, a pak pokračovala v práci. Neomdlela ani v této ani v kterékoli další situaci.

V druhém případě, který je relevantní pro probíranou tematiku jde o klienta denní kliniky s obsesí, že může zemřít každým okamžikem a že se hodí pouze pro manuální práci. Terapeut mu nabídl řadu příležitostí pro práci doma, ale klient uvedl vždy důvody a každou odmítl. Pak mu návrhl, aby zvážil zda se stane zaměstnancem pochřební služby nebo opilcem. Smál se tomu a řekl, že je to nepříjemné zaměstnání. Nakonec mu bylo nabídnuto, aby se stal hrobařem z povolání, poněvadž, kdyby zemřel v práci, tak by padl rovnou do hrobu. Klient se smál a řekl, že práce je jediná činnost, kde by nemohl zemřít. Kdykoli byl klient konfrontován s možností smrti nebo ztráty pracovní způsobilosti, odporoval terapeutovi. Bohužel tento terapeut (Weeks) viděl tohoto klienta pouze jednou. Psychiatr, který jej léčil, pokračoval v použití této strategie a během týdne se výrazně omezily klientovy řeči o smrti a umírání.

Watzlawick et al (1974) uvedl dvě zajímavé varianty předepsání symptomu na úrovni individua. První nazval "inzerování místo skrývání". Tato metoda je použitelná u chování obvykle potlačovaného nebo když je člověk v rozpících např. řeč na veřejnosti. Klient je instruován, aby inzeroval symptom. Klientovi, který se červená je řečen, aby zesílil červenání až k jasné červení nebo nervóznímu řečníkovi se může dát instrukce, aby vypadal nervóznější. Jiná forma předpisu symptomu má pomocí k tomu, aby se skryté stalo zjevným. I tato procedura je založena na prin-

cípu, že malé změny mohou vyvolat velké důsledky. Pokud se klient bojí, že udělá chybu, tak se mu řekne, aby šel do věci a udělal v problémové situaci jednu malou chybu.

Popularita předepisování na dyadicke a rodinné úrovni vzrostla v době zvýšené obliby rodinné terapie. Pokud chce terapeut použít předpisu na této úrovni, musí velmi pečlivě zhodnotit sled chování a musí si být vědom, že kauzalita vzájemných vztahů není lineární, ale cirkulární. Předpis je nasměrován na systém. Důležité je strukturovat předpis systémově, takže nemůže zůstat neprovedený nebo nekomentovaný. Vazba musí být past, z níž není úniku, která vyžaduje "skok" na vyšší úroveň. Dodejme, že u některých případů je sice chování předepsáno, ale předpis musí být popřen, ptá-li se na něj klient. Předpis působí prostřednictvím dvojné vazby. Jedním z aspektů dvojné vazby je, že nesmí být komentována. Proto je někdy při předepsání podstatné instruovat účastníky, aby odmítli to, že mají provést předpis. Účastníkům může být řečeno, aby odmítli chápát předpis, jako zadaný úkol. Ovšem mnoho páru a rodin záhy pozná tuto vazbu. Budou se ptát jak to mají říci, že když to budou opravdu dělat, tak v podstatě dělají jíkol.

Mladý pár se nemohl dohodnout kdo co bude dělat v domácnosti. Muž neustále vyžadoval, aby žena dělala vše, co je spojené s vedením domácnosti. Ta se sice chtěla podvolit, ale pak se vždy cítila tak rozmrzelá, že kdykoli mohla "vybuchnout". Dostali následující pokyny: muž měl požádat manželku, aby udělala tři věci denně, a nichž věděl, že je dělat nechce a přitom se neměla dovědět, že jede s součástí úkolu. Ona měla reagovat na jeho požadavky touto taktikou - nevyhovět a pak mu říci "ne". Racionále poskytnuté páru, žena potřebuje získat praxi v tom, aby

dokázala říci "ne". Zatím co pro ni bylo toto tvrzení pravdivé, bylo třeba, aby se její manžel naučil poznávat její "ne", ale také na ně vhodně odpovídat. Manžel se stal také mnohem bezprostředněji zaměřený na to, že by mohl něco udělat, poněvadž jeho manželka ho mohla odmítnout s tím, že by si myslela, že od ní vyžaduje další domácí práci. Byl tak přsilován v tom, aby své požadavky formuloval velmi pečlivě. Začal cítit, že všechny jeho požadavky jsou smysluplné a odůvodněné a přestal podceňovat požadavky, které měla jeho žena.

Jsou další případy, ve kterých byla část chování předepsána včetně prvku popření. Tvorba popření má při předpisu dvojí účel. Umožnuje, aby vazba byla působivější a současně předepisuje důležitou část problémového chování.

V jedné rodině byl žádán 13ti letý chlapec, aby uklízel svůj pokoj 1 x měsíčně. Dělal to nedbale a odmítal tuto práci, vztekal se a mrzelo ho, že mu maminka říkala "Prášile". Nejdříve se předepsal sled chování, ale s jednou důležitou změnou. Chlapci se řeklo, aby svůj pokoj uklízel, ale jednu část ať nechá neuklizenou, takže matka ho "přistihne", "načapá", takže pro něj bude mnohem snažší uklízet. Matce bylo řečeno, aby dělala "vojenskou" prohlídku. Po prohlídce měla přemýšlet, co chlapec neudělal dobré. Tomu se řeklo, aby svou práci dělal velmi pečlivě, ale jedno místo, které matka jen obtížně najde, ať nechá neuklizené, např. roh, knihovnu atd. Chlapci se řeklo, jakmile matka objeví neuklizené místo, má být rozmrzelá a říci, že neuklizeno bylo něco jiného. Tím, že terapeut konstruoval odmítnutí situace, ve skutečnosti vytvářel to, co se v ní bude dít a zabránil tak boji. Chlapec mohl zvítězit nebo matku přetrumfauat tím, že udělal svou práci dobré a nechal neuklizeno místo, které jen obtížně

mohla najít.

Paradoxní předpisy jsou obvykle dávány ve formě úkolů nebo domácích cvičení. Návod na vytváření těchto úkolů po- psán výše. Domácí úkoly se používají různým způsobem.

(Dokončení v č. 4)

IV. Orig. čs. práce

P. Boš - J. Špitl: Dost let sekce pro rodinnou terapii

(předneseno na vědecké schůzi Psychiatrické společnosti ČSL v Praze 2. 4. 1986)

Staré latinské příslužní Habent sua fata libelli neplatí jen o knihách. Také myšlenky, objevy, paradigmata mají svou historii, nejen svůj vznik a své další osudy, ale i svůj vývoj a svou budoucnost. Platí to i o pracovních společenstvích lidí, kteří se kolem takových myšlenek nebo paradigmát sdružují. Společenství lidí, kteří se dali zaujmout a ovlivnit paradigmatem rodinné terapie, na své cestě urazilo právě 10 let. Jeho historie je však starší. Mezníkem v rozvoji rodinné terapie u nás byl návrh na komplexní rodinnou terapii, formulovaný Bošem na panelu psychoterapeutické sekce psychiatrické společnosti začátkem října 1964, inspirovaný jeho osobní účastí na 6. světovém psychoterapeutickém kongresu v Londýně, i když termín rodinná psychoterapie se v našem odborném tisku objevil již v roce 1954.

Dalším mezníkem pro vznik samostatné společnosti bylo založení pracovní skupiny pro rodinnou a komunikační psychoterapii při psychoterapeutické sekci psychiatrické společnosti, která začala pracovat v roce 1973. Do stejného údobi spadá zahájení seminářů o rodinné terapii na Úseku rodinné terapie v Dubí u Teplic. Tyto semináře se postupně stávaly činností výcvikovou a Úsek rodinné terapie se stal metodickým a výcvikovým střediskem rodinné terapie u nás.

Samostatná komise pro rodinnou a komunikační psychoterapii při psychiatrické společnosti ČLS Jana Evangelisty Purkyně vznikla v roce 1976. V programovém prohlášení z tehdejší doby se klade důraz na systémový, interakční, resp. transakční a komunikační přístup. Při volbě slovního označení posledního přístupu dostává zdůvodněně přednost výraz komunikační před výrazem komunikativní, protože jde o přístup týkající se komunikace a pracující s komunikací. Interakce je pojem vžitější, ale poukazuje k jednodušším dějům, transakční je přesnější. Vhodný by byl také termín systémová terapie. Rodinné pojetí je preedenční a paradigmatické, takže se časem název ustálí na nejčastěji sdělovaném tvaru "rodinná terapie". Tento tvar také byl přijat při konstituování samostatné sekce při psychiatrické společnosti v roce 1978.

Paradigma znamená sice doslova vzor, ve své současné konotaci však je to zásada, která nabývá významu východiska, základu poznání, kterému udává směr. Paradigma je souborem představ, zákonů, principů, které uznávají lidé vědy, je však zejména přeměnou chápání. U zrodu nového paradigmatu je obvykle hledání nových, z hlediska překonávaného paradigmatu paradoxních idejí. Skutečnost má totiž paradoxní ráz. Pro Dürenmatta paradox není absurdní, v paradoxu se jeví skutečnost. Graham Greene to viděl tak, že kde není paradox, je zjednodušení. A něco podobného má na myslí Chesterton, když říká: Hvězdářský dalekohled zmenšuje vesmír, mikroskop ho zvětšuje. Henri Poincaré prohlašuje za nejprůspěšnější kombinace ty, jejichž prvky jsou vzaty z nejvzdálenějších oblastí. Každá teorie, která má vědu osvobodit od paradoxu, musí být paradoxní.

Paradigma ve svém vývoji prochází třemi stadii - v prvním je nepřijatelné, protože je považováno za absurdní.

V druhém je uznáno a proniká, ve třetím pak je čas je vy-
střídat. Na rozdíl od Thomase Kuhna, tvůrce pojmu paradigmata
v jeho uvedeném smyslu, uvažuje Suchotin ve své knížce
Paradoxy vědy, která vyšla před několika dny a z níž zde
citujeme, že pravděpodobnější, že nové paradigmata sice od-
mítá předcházející, nezříká se však pravdy, která v něm
byla obsažena, ale vystupuje na nový stupeň, postupuje
k další, vyšší pravdě, možno říci překonává je. Přeměna
paradigmatu je skutečná přeměna, nespokojující se roubová-
ním nových idejí na staré, je to však vždy přeměna, která
nechává něco pro budoucnost.

K tomu, aby se nové chápání mohlo rozšířit, nestačí
jen sama jeho velikost a význam, jak to vyjádřil Hemingway:
Velké ideály nepotřebují jen křídla, ale i terén, odkud
by mohly vzlétnout. A takovým terénem pro rodinnou terapii
je její společenství. Koncepční východiska a program sekce
v roce 1978 se ještě více přiblížuje systémovému pojetí a to
spíše Ashbyho a Batesonova než Bertalanffyho. Program se
přihlásil k východisku antropologickému, vztázenému až ke
Gregory Batesonovi, který zařadil do antropologie a behavio-
rálních věd teorii logických typů, kybernetickou epistemolo-
gií a systémové hledisko. Vedle hlediska pragmatického
nebo utilitárního bylo v programu sekce vyjádřeno hledisko
esenciální, integrální či koncepční, jímž se tehdy jevila
nejspíše sociální ekologie, aplikovaná na klinickou oblast,
tedy oblast symptomatickou nebo patologickou. Rodinu bylo
možno považovat za elementární humánní ekosystém. Této kli-
nické sociální ekologii odpovídá spíše označení ekostrukturální,
kontextuální, systémové terapie, která je důslednější
než v roce 1973 navrhovaná transakční systémová psychoterapie.
Zpracovaný tehdy program sekce zahrnovel následující cíle:

integrovat a konfrontovat aspekty dílčích, historicky vzniklých a podmíněných oborů a z hlediska systémové, ekologické, komunikační a interakční orientace vytvářet platformu pro setkávání odborníků z různých rezortů a pracovníků různých oborů, sbírat zkušenosti z praxe a hledat nové cesty na úrovních koncepčních i v oblasti praktické aplikace.

Teoretická východiska rodinné terapie shrnul tehdy Kučera do základních postulátů, mezi něž zařadil 8 axiomů (cit.): "1. Axióm ekologický - člověk jako součást svého sociálního prostředí, rozšiřující tradiční pohled na vliv sociálního kontextu, 2. axióm systémový, podle něhož je rodina definována jako systém, 3. axióm homeostatický, uvažující dynamickou rovnováhu tohoto systému, 4. axióm morfogenetický, konstatující vývojové úkoly rodinného systému, 5. axióm funkcionálnícký, dle něhož prvky rodinné struktury a projekty členů fungují směrem k uchování rodinné jednotky, 6. axióm antinatalogický, který chce vyjádřit symptomatické chování jako ekosystémovou vlastnost, 7. axióm komunikační, podle něhož je komunikace základní charakteristikou rodinného systému a konečně 8. axióm ekvifinality, který postihuje nové pojetí kauzálních vztahů ve smyslu cirkulární kauzality. Pro oblast aplikace pak byl vyjádřen převod těchto axiomů do stejnojmenných algoritmů rodinné terapie, jejichž prostřednictvím je možno využít teoretické postuláty v praxi." (Kučera 1981)

A to už nastává v životě sekce období práce, která navazuje na vytčené koncepční a programové vyhlášení, období práce, která je nejen systémová, ale hlavně systematická, tedy cílená, soustavná, rozvíjející.

Za dobu své činnosti uspořádala sekce pro rodinhou terapii celkem 36 vědeckých schůzí, 36 setkání sekce a na řadě dalších se podílela nebo je připravovala (jako jsou např.

schůze psychiatrické společnosti, na nichž sekce dostává jednou ročně prostor, jak je tomu právě dnes). Těch 36 setkání sekce je možno hodnotit z řady hledisek, mezi něž patří hledisko objemu, který představují a účasti, kterou vytváraly, dále hledisko šíře záběru, který obsahly nebo hloubky, do jaké byla vybraná téma počítána, ale také hledisko smyslu, který dávají, podnětů, které přinášejí nebo směru, kterým ukazují. Z hlediska objemu činnosti je to celkem na 140 přednášek nebo sdělení a 4 panelové diskuze. To představuje více jak 120 hodin přednáškového času. Na přednáškách a sděleních participovalo 62 autorů nebo autorských týmů, z nichž 31 vystoupilo pouze jednou, ostatní přednesli od 2 do 19 sdělení. Návštěvnost akcí byla povětšině vysoká, nezřídka přesahující 100 účastníků. Svědčí o zájmu, který činnost sekce vzbuzuje a na němž se dosti rovnoměrně podílejí manželští poradci, psychologové pedagogicko-psychologických poraden a pracovníci ze zdravotnictví, zejména z psychiatrických pracovišť. Oblasti, kterých se sdělení týkala, představují velmi široký záběr od terapie, diagnostiky, psychologie, sociologie, ekologie, kybernetiky, teorie rodiny, teorie komunikace, teorie her, až po matematické modelování. Z hlediska obsahové analýzy to byla sdělení čistě teoretická i prakticky zaměřená, souborné referáty, zpracovávající vyčerpávajícím způsobem některou oblast, sdělení koncepčního rázu i čistě informativní, exkurzy historické i ze současného vývoje, sdělení prognostická, zaměřená na budoucnost anticipačně nebo programově, referáty o účasti na mezinárodních aktivitách, téma diskusní i konfrontačního rázu. Poměrně málo bylo dosud sdělení o vlastních zkušenostech a teprve v posledním roce se objevují sdělení kasuistická.

Od volně řazených, tématicky od sebe vzdálených sdělení bylo postupně přistupováno k celkům, zaměřeným buď monotématicky nebo z nějakého hlediska jednotně nazírajícím a zaměřeným na určitou problematiku. V časové posloupnosti to byly takto tématicky zaměřené trsy sdělení: komunikace a rodina, práce s rodinnými příslušníky, rodinná diagnostika, smrt a rodinný systém, neuropsychologický podklad komunikačních terapií, rodinná teritorialita, neverbální a nesdělitelné v rodinné terapii, problémové dítě v systému rodina - škola, suicidium a rodina, krize a rodina, nové modely v rodinné terapii, moc a vliv v rodině, drogová závislost a rodina, metoda rodinné terapie při skupinové práci v manželském poradenství. Panelové diskuze proběhly na téma: životní cyklus rodiny, ^{od} psychoterapie k rodinné terapii, fungující rodina a žena v současné rodině.

Neméně významná je i ediční činnost sekce, která započala přípravou jednotlivých studijních textů, jichž bylo vydáno přes 30. Mezi nimi dominující místo zaujímá řada prací Jay Haleyho. Od 2. symposia v roce 1984 je pro vnitřní potřebu členů sekce připravován k jednotlivým vědeckým schůzím sekce bulletin Kontext. Dostávají se do něho informace, zprávy ze života sekce, originální československé práce, vybrané přeložené studijní texty a excerpta nejdůležitějších článků ze světových časopisů o rodinné terapii.

Milníky na cestě sekce pro rodinnou terapii jsou národní symposia, která se organizují od prohlášení sekce v r. 1978 v tříletých intervalech. První symposium bylo uspořádáno v Teplicích v r. 1981 s příznačným podtitulem Východiska - vývoj - zkušenosti. Na symposiu bylo shrnuto 30 let vývoje rodinné terapie ve světě a začátky jejího vývoje v socialistických zemích. Toto symposium bylo první v socialistických

zamíří s již na něm se objevila myšlenka konstituovat, oracovní společenství rodinných terapeutů socialistických zemí.

V koncepčním sdělení o rodinné terapii u nás a ve světě bylo v roce 1982 orientováno myšlení i praktická činnost na uplatňování kybernetických a systémových paradigm tak, jak byla tématizována pod názvy ekosystémová a ekosstrukturní epistemologie. Rodinná terapie je pak považována v aplikovaných podobách za terapii poruch vývoje rodinného ekosystému v horizontálních (sociálních) i vertikálních (transgeneračních) kontextech. Přitom je třeba využívat všech modelů, které v průběhu času vyvinuly jednotlivé školy rodinné terapie, ať už kladou důraz na proces (a to cirkulárně, rekurzivně pojímaný) a používají přístup interakční a strategický nebo na strukturu a hovoří o strukturální orientaci anebo konečně na kontext a používají paradoxních strategií. Východiska jsou však vždy jasná a zakotvena v kybernetickém a ekosystémovém paradigmatu.

Tato šíře možností a přístupů se zdůrazněním významu kontextu vývoje a tím také kontextu terapie vedlo k rozhodnutí dát 2. symposiu o rodinné terapii, které se konalo v prosinci 1984 opět v Teplicích, výstižný podtitul Kontexty a alternativy. Význam tohoto sympozia byl hodnocen v tom, že bylo po stránce obecnové sevřenější a ucelenější, všeobecně srozumitelnější. Bylo patrné postupné sjednocování odborného jazyka, napomáhající k lepšímu porozumění. V rámci sympozia se sešla také schůzka účastníků ze socialistických zemí, která dos�elo ke společné dohodě, že je vhodné započít s mezinárodní spoluprací v oblasti rodinné terapie a byly k tomu dojednány přípravné kroky.

Čas však mezitím pokročil natolik, že stojíme před přípravou třetího národního sympozia a co víc, vznikla odézna myšlenka, uspořádat v tomtéž roce I. mezinárodní kongres

o rodinné terapii v Praze; citovali jsme v úvodní části myšlenku Henriho Poincaré o tom, že nejprospěšnější kombinace jsou ty, jejichž prvky jsou vzaty z navzájem nejvzdáleňejších oblastí. Čím vzdálenější jsou vztahy mezi dvěma skutečnostmi, které sbližíme, tím mocnější bude obraz, říká Pierre Reverdy. Györfyi Polya soudí, že čím vzdálenější jsou oblasti, které sbližujeme, tím větší obdiv zaslouží hledání souvislostí mezi nimi. Neboť tyto souvislosti jsou něco jako stavění mostů přes propast. Nebo něco jako hledání toho, co nás spojuje - "patterns which connect."

V. Úvahy - pojednány - diskuse

Zdeněk Rieger

JE ČESKÁ RODINNÁ TERAPIE V KRIZI?

(Osobní úvaha, věnovaná 10. výročí sekce pro rodinnou terapii v Čechách)

Otázku v nadpisu kladu záměrně vyhroceně. Záměrně proto, že se jako manželský terapeut potřebuji vypořádat s otázkou, jejíž naléhavost ve mně pozvolna roste již 5 let - tedy po celou dobu, co nám tu čest (a jsem na to hrdý!) se hlásit k sekci pro rodinnou terapii. A záměrně také proto, že bých rád alespoň touto krátkou úvahou vyprovokoval mezi odborníky diskusi, která by mně - praktikovi, působícímu na poli manželské, ale i jiné terapie v provinčních podmínkách - pomohla ujasnit si pro mě stále komplikovanější pohled na problematiku terapie poruch v rámci párového a rodinného soužití.

Proto hned stručně popíši 5 symptomů, které podle mého názoru mohou být signály možné krize české rodinné terapie.

Na prvním místě je to pověst rodinné terapie v Čechách tak, jak se s ní ve své praxi a z řečí kolegů a známých setkávám jako ředitel manželský terapeut. Podle těchto zvěstí bých musel usoudit, že se rodinná terapie (tak, jak ji známe z literatury a referátů, případně z některých ukázk) v Čechách realizuje minimalně. V těchto zvěstech mě utvrzuje i sdělení kolegů pedopsychologů a dlouholetá účast na Balintovských skupinách, pořádaných Kabinetem PK pro psychoterapii, v nichž jsem si často kládal otázkou, proč se v různých referovaných případech zapomíná na možnosti rodinné terapie

Utvíruje mě v tom i zkušenosť, kterou jsem získal při svém působení ve středočeském kraji: nemám prakticky kam poslat celou rodinu na intenzivní rodinnou terapii, zkusil jsem to jednou, ale pak jsem se od té rodiny dozvěděl, že dítě bylo hospitalizováno (jistě indikovaně) a s rodiči proveden rozhovor, podobný rozhovoru v pedago-gicko-psychologické poradně (kde byli také). Víc že se nic nedělo ... O rodinné terapii se dost hovoří, ale téměř nikdo ji vlastně neviděl, říká se mezi kolegy, takže sice jsme velmi kvalitně informováni o řadě jmen, přístupů a technik, ale o realizaci práce s rodinou máme mlhavé představy. To tvoří ostatně i předpoklad pro zvěsti, o nichž jsem se zmínil

2. Na to navazuje otázka další (a pro mne samozřejmě velmi významná): Jak je to vlastně se vztahem rodinné a manželské terapie? Doc. dr. S. Kratochvíl, CSc. hovořil na II. symposiu o rodinné terapii v r. 1984 ve svém referátu "Rodinná a manželská terapie: shody a odlišnosti"

o tom, že se mezi těmito dvěma formami speciální psycho-terapie (s různými východisky, cíli i historií) u nás stírají hraniče, zatímco MUDr. P. Boš naopak v 1. čísle Kontextu 1986 při hodnocení 33. schůze sekce tento názor, jestli jsem tomu dobře porozuměl, nepřijímá a považuje rodinnou a manželskou terapii za nesouřadné přístupy. Pro oba názory je možné nacházet argumenty jak v literatuře, tak i ve vlastní praxi. A tyto argumenty mě zne-jištují: do kdy dělám "čistě manželskou" a od kdy "čistě rodinnou" terapii? Co když opomenutím hranič mezi těmito přístupy opomíjím i některé důležité terapeuticky významné problémy? Dodnes jsem nenašel na tyto nejistoty uspokojující odpověď, takže dodnes nemohu zodpovědně prohlásit, kdy jsem se ve své praxi dostal a kdy nedostal za hraniče, které jsou mezi přístupy rodinné a manželské

terapie (jsou-li moži níži nějaké hranice). A tak mohu říci, že jsem z hlediska "čisté rodinné terapie" pracoval asi v pěti případech a z hlediska "čisté manželské terapie" (s pocitem, že jsem samozřejmě také zasáhl do rodinného systému a transakcí, v něm probíhajících) jistě mnoho a mnohonásobně častěji.

3. To vyvolává otázku další: Jaká jsou teoretická východiska rodinné terapie u nás v Čechách? Tady nacházím - a jistě to není originální pohled - dva základní přístupy: 1. přístup, směřující za individuální a skupinový model, vycházející z paradigm rodinné terapie a jejich komplexní orientace, např. transekčně-systémové a jiné z hlediska řady axiomů a modelových algoritmů a podobně, reprezentovaný hlubokými ponory do struktur, různými vzorci a konstrukty, jejichž jazyk je často zatížen složitým pojmovým aparátem; a 2. přístup, směřující k symptomů a k pacientovi a zaměřený na technologii terapeutické práce s rodinou, tj. na terapeuta a jeho dispozice a umění. Tento přístup reprezentují řady často velmi čtivých kazuistik, příkladů a popisů, aniž by nabízel nějaký ucelenější teoretický model činnosti takto orientovaných terapeutů. Reprezentanti 1. přístupu píší složité práce, jejichž porozumění si vyžaduje mnoho znalostí z pojmového aparátu z oblasti filosofie, medicíny, kybernetické matematiky a dalších věd (klasickou ukázkou takového přístupu, dosud - jak věřím - živou ve vzpomínkách účastníků II. symposia o rodinné terapii, je vystoupení dr. J. Baue-ra: "Model samoorganizujícího rodinného systému v kontextu sociální adaptace", (zatímco reprezentanti 2. přístupu píší zajímavé a často inspirující (ale nenepravidelné) kazuistiky bez nároků na teoretické vyplňání, nebo elegantní a mnohdy krásné eseje (i z tchoto přístupu mám v paměti některé referáty z II. symposia, např. dr. P. Adamovského "Mělčiny života a těsně rodinné terapie - či naopak?"). Je jistě dobře, že vidíme problematiku rodinné terapie

teoreticky v plné šíři (a na tom má nesmírnou a úctyhodnou zásluhu celé vedení sekce pro rodinnou terapii), ale co má dělat člověk, až po krk vězící v rutinní praxi, který nemá dost času na to, aby se orientoval v celém komplexu teorie rodinné terapie? A zvláště v Čechách, kde sice existují 3 - 4 pracoviště, o nichž se dá říci, že se rodinnou terapií zabývají (zvláště Úsek rodinné terapie v Dubí, DKP FDL Praha - Motol - a ILF Praha), ale kde se rodinná terapie běžně pravděpodobně neprovádí - a možnosti každého z rutinních terapeutů navštěvovat tato pracoviště jsou omezené? To neovoříme o tom, že u nás dosud nevyšla žádná monografie o rodinné terapii, tak jako např. v SSSR a NDR, a že není jednoduché sehnat literaturu o rodinné terapii, vycházející v zahraničí. Vychází sice bulletin sekce pro rodinnou terapii "KONTEXT", jehož úroveň je velmi dobrá, ten však ve mně, praktikovi, vyvolává spíše další a další složitější otázky, než aby mi nabízel odpovědi. Nemám nic proti hledání, ale nalézáni prozíváním ve své praxi s příjemnějšími pocity ...

4. S tímto problémem velmi úzce souvisí další argument pro to, co nazývám "symptom krize české rodinné terapie". A tou je slovník a jazyk teorie rodinné terapie, tak, jak se projevuje u nás (a jak je, zdá se mi, i prosazován). Teoretický slovník, jazyk dnešní rodinné terapie u nás na mě působí jako nesmírně těžký, zabřemeněný složitými cizími pojmy a definicemi, těžícími i z oblasti vědeckých přístupů mimo oblast věd o člověku (vzpomeňme jen vystoupení představitelů rodinné terapie u nás dr. P. Boše a dr. J. Špitze na vědecké schůzi Psychiatrické společnosti v dubnu 1986, které bylo vlastně spouštěčem těchto mých úvah). Kladu si otázku, není-li smyslem tohoto složitého, pro mne někdy těžko srozumitelného slovníku,

- 50 -

spíše vytvořit jakýsi obranný (nebo útočný?) val (bariéru), znemožňující nejen porozumění, ale i náhled na současný stav rodinné terapie u nás. Je to jistě částečně můj problém (neorientuji se dostatečně v pojmovém aparátu řady nejnovějších přístupů), ale věřím, že budete toto moje přiznání a vyznání zároveň přijímat s porozuměním. Kladu si prostě otázku: Proč tak často nerozumím tomu, o čem je řeč, když se mluví o rodinné terapii? Je to více ve mně? Nebo ta řeč něco signalizuje? Nechci, abychom zvolili druhý extrém: jazyk, zcela cíproštěný od běžných odborných a některých nových, přiléhavých pojmů (jako je třeba "habitěm" dr. K. Kaliny), ale rád bych, abychom se v našem odborném jazyce mohli dobře orientovat my všichni, působící v oblasti terapie (a nejen rodinné) - a aby náš jazyk neodlidštil naše myšlení. Protože chtě - nechtě je jazyk nejen ukazatelem naší rovně a naší schopnosti dohovořit se a porozumět si mezi sebou, ale i svědectvím o naší schopnosti porozumět lidem vůbec (a e to nám jistě jde).

5. Ještě bych chtěl poukázat na jednu z příčin mých úvah, jestli či není česká rodinná terapie v krizi. A to na otázku přípravy rodinných terapeutů. Rozpak vyvolává již sám obsah studia na příslušných katedrách vysokých škol. Studenti medicíny, psychologie a pedagogiky se s problematikou rodinné terapie při studiu setkávají, pokud jsem dobře informován, jen okrajově (nemají-li sami dostatek aktivního zájmu a zdravé ctižádosti). Možnosti vzdělávání a výcviku v rodinné terapii po ukončení studia je také velmi málo (a navíc neexistuje forma výcviku ucelených terapeutických párů nebo týmů). Chybí nejen příležitost, ale i systematičtější přístup v rámci všech forem vzdělávání (supervize!). A tak tento nedostatek často nahrazujeme výcvikem ve skupinové terapii (také těžko dostupným), která je něčím zcela jiným, než terapie ro-

dinná. A která pak může při ojedinělé realizaci rodinné terapie vnášet do terapeutického procesu, jak všichni víme, prvky nežádoucí.

Co dodat na závěr? Že bych byl rád, aby tento můj hlas - hlas, vycházející ze zkušeností běžné práce provinčního psychoterapeutického pracoviště, které někdy nestačí zvládat klientelu tak, jak by si přálo - byl chápán jako pokorná prosba o pomoc. Třeba se myslím ve svém názoru na situaci v současné české rodinné terapii - pomozte mi tedy korekcí, která ujasní moje zmatky. Co když se rodinná terapie, o jejímž významu nelze pochybovat, nachází u nás v období sebeuvědomování - a co když je můj hlas jedním z projevů "prvního vzudu" konstituující se disciplíny? A co když se vůbec nejedná o krizi české rodinné terapie, ale o krizi moji - možná jsem se dostal na hranici, kdy cítím, že i v manželské terapii bez přístupu rodinné terapie nemohu pracovat a s ještě neumím a neznám (resp. neměl jsem možnost poznat). Možná, že nejsem sám, kdo to teď cítí, to neví. Ale zcela jistě nejsem sám v přesvědčení, že rodina skutečně patří k těm třem nejdůležitějším objevům psychoterapie 20. století. Takže by se už mělo pro ni začít něco konkrétně dělat.

duben 1986

VI. Excerpta

Připravil Petr Adamovský

F A M I L Y P R O C E S S , č. 2, 1985

Lee COMBRINCK-GRAHAM (M.D.)

Vývojový model pro rodinné systémy (A Developmental Model for Family Systems)

Tento článek přezkoumává historický kontext konceptů vývoje a některé z problémů využívání těchto konceptů pro rodinné systémy. Dále autor předkládá model vývoje rodin-

ných systémů, který klede důraz na změny v rodinném tvaru (family shape) během cyklu individuálního života. Jsou také uvedeny příklady na klinické využití tohoto modelu.

Fam Proc 24 : 139 - 150, 1985 (2)

(L.C-G.; Director, Master of Family Therapy Program, and Clinical Associate Professor of Mental Health Sciences, Hahnemann University, 230 North Broad Street, Philadelphia, Pennsylvania 19102).

Autor konstatuje, že revoluce, která se ve 20. století odhrála v biologii, nabízí mnoho koncepčních příležitostí pro budování nových modelů a revize starších. Vývojové pojmy bývají konzistentní s nutkáním uspořádávat všechny hierarchicky a vycházejí z představy, že existují vzestupné a sestupné úrovně moci a hodnoty. Kdežto ekologie, jakožto moderní biologická orientace pracuje s koncepty jako: vzájemné vztahy, vzájemná závislost, navzájem se propojující řetězce bytí. Ty mohou fungovat bez hierarchie. A naše činy se stávají součástí vzorce, jehož tvar a účinky běžně překračují naši chápavost. Máme méně kontroly nad osudem vesmíru, než bychom chtěli mít.

V části článku nazvané Modely vývoje autor nejprve připomíná lineární modely vycházející z modelů vývoje dítěte či formované kolem představy biologických hodin, které svým chodem, obrazně řečeno, vyznačují jednotlivé po sobě jdoucí fáze vývoje. Aplikuje-li se podobný model na rodinu, vývoj lze popsat pouze termíny individua, generačních subsystémů anebo jejich směsi.

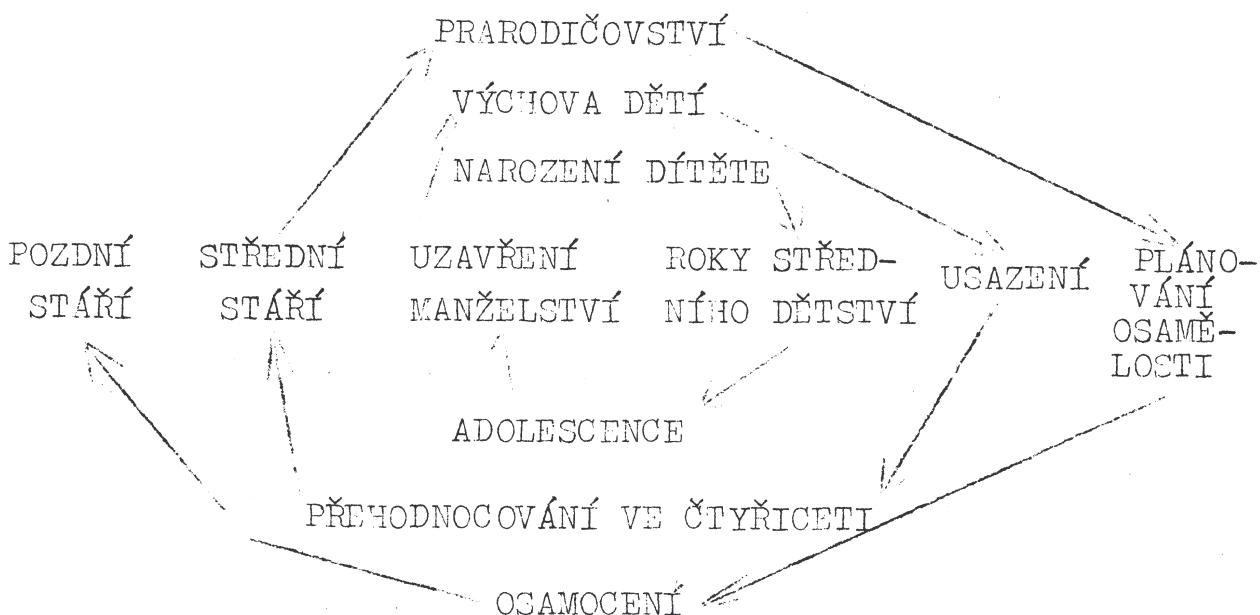
Autor zkoumá příspěvky sociologů a kliniků s jejich chápáním složitosti rodinného vývoje. Je tu diskutován model opírující se šesti stadii cyklu rodinného života, který navrhly Carterová a McGoldricková. Autor ukazuje na obecný problém takovýchto modelů: každé ze stadií je definováno problémy jedné generace nebo jednoho rodinného člena. Přitom jsou ovšem některé procesy definovány tak, že se počítá s vlivem na rodiče i na potomky. Pojmenovávání stadií však má tendenci obmezovat popis a pozorování pouze na malou subskupinu systému, který nazýváme rodinou. Celék zůstává opomíjen.

Dále jsou probírány pokusy některých rodinných teoretiků vysvětlit, jak rodina ve vývoji podstupuje změnu. Terkelson např. pracuje s třemi koncepty: elementy struktury, změna prvního řádu a změna druhého řádu. Změna (prvního řádu) se odehrává v každém jedinci i subsystému a ovlivňuje změny druhého řádu, které se zase odrazí v celém systému vyvolávajíce kaleidoskopická přeskupení částí.

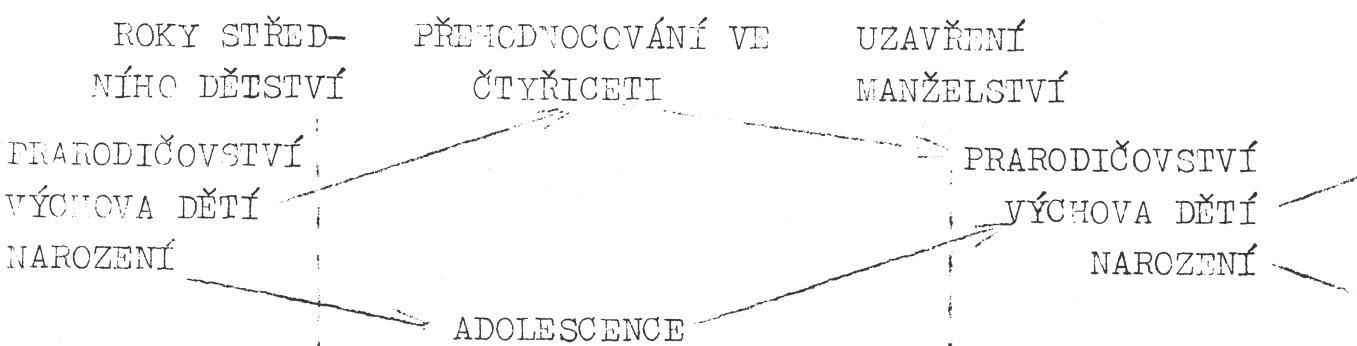
Hoffmánové dále obohatila Terkelsonovy myšlenky; tvrdí, že se mohou náhle objevit více funkčně organizované vzorce, které prostě předtím neexistovaly. Není možné predikovat časování nebo povahu vývojových posunů, i když můžeme predikovat problémy a směr. Elementy změny mohou být tak komplexní, že je není možno analyzovat a změna se může udát diskontinuálně.

V závěru této části článku ještě Combrinck-Graham uvažuje o možnosti aplikovat Kaganovy myšlenky o náhlém objevení kognitivních struktur u dětí na náhlé vynoření nových struktur v rodinném systému.

V části nazvané Spirála rodinného života autor podrobně probírá cyklické a oscilační aspekty cyklu rodinného života, které takto graficky znázorňuje. Na prvním obrázku je spirála rodinného života, na druhém obrázku systémová oscilace:



obr. 1



obr. 2

Rodina projde třemi oscilacemi během průměrně dlouhého života jednotlivce. Jsou to: narození a adolesence dítěte, narození a adolescence dětí dítěte a pak narození a adolescence vnoučat dítěte.

V dalších částech článku se autor věnuje specifickým problémům, které vyvstávají v jednotlivých fázích oscilace. Pro centrifugální po rodu je příznačné oddělování částí rodiny a jsou pro ni charakteristické zretevnělě individuální krize. Znovubudování struktur vyznačuje pohyb směrem k centripetální periodě. V té pak je důraz na spjatost v rodinném systému. Potom dochází znova k pohybu směrem k centrifugální periodě, k otevírání. Tak celý systém osciluje mezi centrifugálním a centripetálním stavem. Tato oscilace poskytuje příležitosti pro rodinné členy v rodinném kontextu propracovávat a znova propracovávat problémy intimity a sebeaktualizace. Autor posléze uvažuje nad různými variacemi, kdy se rodina různě odlišuje od ideálního modelu, jak ho podává obrázek 1. Tam jde o rodinu o třech generacích, které se vydělily přibližně během 25 let.

Předložený model představuje výzvu výzkumníkům rodinných systémů. Výzkumy se dosud vesměs zaměřovaly na jedno vývojové stadium. Důležité je m. j. si uvědomovat, že různé charakteristiky nabývají různého významu v závislosti na vývojové periodě systému. Autor to ukazuje na příkladech, z nichž je také zřejmé, k jakým nedorozuměním a omyleům v terapii může docházet, když se tře nebere v úvahu.

Combrinck - Graham vidí rodinný systém jako neustálé pulsování, ve kterém se systém nevyhnutelně opakovaně otvírá a zavírá.

Mony ELKAÏM (M.D.)

Od obecných zákonů k singularitám (From General Laws
To Singularities)

Tento článek se skládá z několika částí. První je věnována vysvětlení řady pojmů vycházejících z prací Ilyi Prigogina a jiných v oblasti otevřených systémů daleko za rovnovážnými stavů. Díky této práci autor může postoupit od tradičního přístupu používaného v rodinné terapii, který pracuje s otevřenými systémy ve stavu rovnováhy (teorie Ludwiga von Bertalanffy). Druhá část popisuje klinický příklad opředený o elementy blízce spjaté s Prigoginovými teoriemi. Ve třetí části autor rozvíjí přístup, který - ačkoli se ustavíčně přibližuje Prigoginově práci - mnohem těsněji se pojí k bádání, které v minulých letech prováděl autor s Félixem Guattarim. V této části se autor pokouší studovat úroveň, která podle jeho názoru byla příliš často ponechávána mimo oblast zkoumání: úroveň párování mezi "singularitami" členů rodinného systému a terapeutem. Je prezentován klinický případ, ve kterém tato "sémiotická" úroveň, jak to označuje Guattari, je využívána společně s úrovní "intrinských pravidel" systému. Nakonec autor navrhuje několik cest pro pátrání a zkoumání na bázi předložených konceptů.

Fam Proc 24 : 151 - 164, 1985 (2)

M. E.; President of the Institute for Family and Human Systems Studies, Square des Nations 5, 1050 Brussels, Belgium.)

V první části autor konstatouje, že Bertalanffy se soustředí mnohem více na uchovávání konstant systému v určitých normách než na změnu. Fluktuace z rovnovážného stavu však mohou, za specifických podmínek, být amplifikovány do takového stupně, že se systém počíná rozvíjet do nové, kvalitativně odlišné, organizace. Na tento proces se zaměřuje tento článek.

Autor pak na příkladech Benardovy instability v zahřívané kapalině a periodického shlukování améby *Dictyostelium discoideum* objasňuje tyto pojmy: dissipativní struktura, kritická hodnota, fluktuace daleko mimo stav rovnováhy, bifurkace, náhoda a evoluční zpětná vazba. Dále Elkaïm vymezuje rozdíly mezi fungováním systémů v rovnováze a systémů daleko za stavem rovnováhy. Chování systému ve stavu blízko rovnováhy se řídí obecnými zákony (Bertalanffyho přístup). Daleko za rovnovážným stavem je vývoj systému spjat s intrinsickými vlastnostmi tohoto systému, např. povahou interakcí mezi jeho elementy. Může vzniknout nestabilní stav a dojít k specifické bifurkaci, která abruptně oddělí dva odlišné mody chování. Tak je otevřený systém daleko za stavem rovnováhy způsobilý, za vhodných podmínek, k vývoji k odlišným způsobům fungování, ale "volba" mezi odlišnými mody závisí na historii systému.

Podle autora ovšem znova uvádění historie do systémového konceptu neznamená znova uzavádění lineární kauzality nebo zřeknutí se vize systémů, ve kterých podobné prvky mohou být spjaty s různými iniciálními událostmi. Jde spíše o to, brát v úvahu diachronní aspekt systému, a tento aspekt se nedá redukovat na kauzální čas. Historie systémů daleko za stavem rovnováhy záleží v následnosti bifurkací.

Tak může historie systému být historií, ve které určité sekvence mohou být spojeny deterministickým způsobem, kdežto v jiných chvílích nemusí náhodná amplifikace fluktuace dovolovat zachovávání kauzálních spojů.

V druhé části článku je jako klinická ilustrace líčen případ, ve kterém se terapeut omezuje na poráhání systému, aby už dále nefungoval jako dosud, takže pomáhá uvolnit jiné cesty a rozšiřovat oblast možného. Každá intervence terapeuta je promyšlena tak, aby zabránila rodinnému systému v osvojování transakcí těsně napojených na symptom. Terapeut však neví, jaké následující stádium rodinného systému bude. Takže musí znova použít sebe v terapeutickém systému tak, aby poskytl větší flexibilitu pravidel rodinnému systému.

Přeloženo do terminologie nerovnovážné termodynamiky: terapeut se pokouší pohnout systémem daleko za rovnováhu tím, že mu zabraňuje používat staré zpětnovazební smyčky a pak doufá, že budou amplifikovány fluktuace vhodné pro rodinný systém, amplifikovány do takového stupně, že systém bude s to vyvíjet se k novému modu fungování, který se sám vyvine procesem ustavování vlastní evoluční zpětné vazby.

Ve třetí části článku Elkaïm popisuje, jak začal přenášet myšlenky Ilyi Prigogina do své činnosti v rodinné terapii. Líčí podrobně, jak on a Guattari spolu dospěli k tomu, že pochopili, že fluktuace, která je amplifikována, není utvořena sigulárním elementem, nýbrž spárováním dvou nebo více singularit patřících jak terapeutovi, tak rodině. Je to amplifikace téhoto páru nebo uzlů, co nás uschopňuje porozumět blokování situace či změně. V případě, který je uveden jako ilustrace, autor pracoval jak na úrovni intrinsických pravidel regulujících systém, aby změnil zákony vývoje, tak na úrovni amplifikace řady singularit vzájemně se propojujících na různých úrovních.

Čtvrtá část je nadepsána: Individuum: entita? Autor tady zdůrazňuje ten moment, že pro to, zda se udá změna, nebo ne, nedále není rozhodující individuum nebo systém tvořený interagujícími individui, nýbrž měnící se páry či uzly velice pestrých různorodých elementů. Tyto elementy nelze redukovat na zjevné komponenty systému, v němž jsou zahrnuty, a zejména ne na biologicky ohraničená individua.

Na podporu autora, vedle citací úvah Batesona a Varely, uvádí i tento citát z Guattariho: "Koncept individuální jednoty mi připadá zavádějící. Dělat si nárok na základě těkoté jednoty na schopnost soustředit systém interakcí mezi projevy chování v cházející ve skutečnosti z heterogenních komponent, které nelze jasně lokalizovat, v jedné osobě, to mi připadá iluzorní."

Naším cílem, podle autora, není nahrazena jednotek utvářených individui jinými jednotkami, nýbrž zabývání se vzájemnými propojenostmi či "uspořádáními" elementů rozmanité povahy, které se mohou objevovat z jednoho okamžiku na druhý.

Autor se nedomnívá, že složitost tohoto typu analýzy, který je tu navrhován, povede k paralýze. Je ovšem potřeba pokračovat ve studování systémů, ve kterých participujeme, v termínech jiných, než jsou ty příliš exkluzívni, jako význam nebo funkce.

John R. JORDAN (Ph. D.)

Paradox a polarita: Tao rodinné terapie (Paradox and Polarity: The Tao of Family Therapy)

Taoismus představuje čínskou duchovní tradici, jejíž ústřední metafore se týkají polarity, paradoxu a přirozeného procesu změny. Taoistické představy nabízejí zvláště užitečný rámec pro pochopení paradoxních intervencí, postoje paradoxního terapeuta a nové epistemologie, která se hlásí

o slovo. Článek nabízí diskusi o relevanci tří taoistických metafor: polarity, cyklické změny a wu-wej (nezasahování).

Fam Proc 24 : 165 - 174, 1985 (2)

(J. R. J.; Family Therapy Supervisor, Kennedy Memorial Hospital for Children, 30 Warren Street, Brighton, Massachusetts 02135.)

V úvodu autor stručně obeznamuje čtenáře se základními myšlenkami taoismu. (Českého čtenáře je možno odkázat na publikaci V. Čecháka a kol. "Co víte o starověké a středověké filozofii", Praha 1983.) Největší úsilí je třeba věnovat pochopení klíčového hesla wu-wej, což lze přibližně přeložit termínem "neaktivita". Tu ovšem nutno chápat v tom smyslu, že jde o to, nedělat nic, co je kontrární vůči přirozenému chodu vesmíru či cestě Taa. Taoisté jsou přesvědčeni, že přirozený, v rovnováze se udržující tok mezi opačnými poly byl narušen, když člověk nadměrně zdůraznil jednu stranu polarity bez reciprokého uznání jejího protikladu. Tak lidé svými zásady do přirozeného toku věcí vytvářejí patologii.

Jordanovi jde o pokus integrovat tři základní taoistické metafore s řadou konceptů z teorie rodinných systémů. Lze si představit, jak ve složitých systémech fungují části v koordinovaných protikladech vůči sobě a spolu navzájem, aby regulovaly a vybalancovávaly systém. Načměrné pokusy kontrolovat přirozený tok v systému mají tendenci vyvolávat protiakci, jejímž výsledkem je opak žádaného efektu. Změna v systémech je přirozeně sebechraničující, jestliže není narušována přehnanými nebo umělými pokusy kontrolovat proces.

Dále autor konstatuje, že mnoho rodinných teoretiků psalo o reciprocity roli, kterou lze vidět mezi rodinnými členy. Dále se popisuje, jak se opačné styly dvou ro-

dinných členů vzájemně ovlivňují. Většina rodinných teoretiků se shoduje v tom, že to není fakt polarity samotný, co je v rodinách problematické, nýbrž ztuhnutí přirozené tekutosti systému v jedné zvláštní konfiguraci reciprocity, co vede k dysfunkčnosti. Analogicky Watzlawick pozoroval, že to nejsou ani tak potíže rodiny, co tvoří problém, jako spíše vytrvalé pokusy rodiny o vyřešení potíže. Tak teoretik rodinných systémů i taoista shodně vidí, jak trvání na pokusném řešení je zdrcjcem rigidity v systému.

Dále je diskutována metapolárita živých systémů, kde póly jsou změna a nezměna. Rodinní terapeuti hovoří o morfostatických a morfogenetických silách, homeostatických a transformačních tendencích, persistenci a změně apod.

Jeví se, že rodiny, které se uzamkly v extrémní pozici "nezměny", téměř vždycky to učinily proto, že podstoupily extrémní možství změny. V této souvislosti Jordan porovnává východní a západní pohled na smrt. Vypadá to, jako by rodiny, které se nedokážou změnit, byly neschopné vintegrovat smrt do svého fungování. Taoistický pohled se jeví jako užitečný při srozumitelném popisování téměř kteréhokoli rodinného přechodu (kdy stoupá míra nebo množství změn).

Co se týče wu-wej, Lao-c' podotýká, že vědi lze nejlépe změnit tím, že se s nimi spojíme a aktivujeme jejich vlastní sebeohraničující nebo vracející se odezvy. Tak vypadá vzorec wu-wej. Taoisté jsou přesvědčeni, že svět je v neustálém pohybu, a pojem totální inaktivity či nehybnosti je pro ně vlastně nemyslitelný. Wu-wej pak znamená objevení "směru" pohybu událostí a připojení se k tomuto směru v pravý moment. Klíčovým elementem je tu akceptování energie oponenta, místo stavění se proti ní, takovým způsobem, že on ohraňuje své vlastní chování.

Jordan také srovnává wu-wej s paradoxní intervencí. Tak jako na klienta centrováný individuální terapeut předává klientovi paradoxní poselství: "Pomohu vám změnit se tak, že vás budu akceptovat takového, jaký prostě jste," i paradoxní intervence v rodinné terapii lze pochopit jako sdělování jakési systémové empatie, která vysílá poselství: "Pomohu změně systému tak, že budu systém akceptovat, a dokonce podněcovat jeho fungování takové, jaké je." Tak se jako společný element všech paradoxních intervencí jeví princip, který lze označit jako "moc povolnosti" ("power through yielding"). Postavení se na stranu nezměny evokuje v systému klient - terapeut polární vyrovnávací odczvu.

Nakonec se autor zamýší nad podobnostmi mezi taoismem a novou epistemologií. Nejpozoruhodnější paralelu shledává mezi taoistickými představami a Stantonovým novým geodynamickým balančním modelem rodinného fungování. Zřetelné podobnosti s taoistickými metaforami nachází též v pracích Boppa a Weekse, Weekse a L'Ábateho a Weekse a Wrighta. Zmiňuje se také o rávrhu Hoffmanové nahradit koncept paradoxu konceptem polarity. Jako na (podepřené) houpače reaguje na terapeutův tlak klient vyrovnávajícím pohybem.

Je možno se také taoistickým pohledem podívat na spor mezi tzv. pragmatickým a estetickým důrazem v terapii. Autor v dialogu mezi oběma tábory cítí příchuť věčného tance mezi vesmírnými aspekty jin a jang. Jang je znázorněno aktivitami takovými jako vedení, dominování, měnění a utváření. Je s ním spjata oddělenost věcí a "epistemologie moci". Jin implikuje následování, čekání, poddávání se a přijímání. Spojuje se s ním předpoklad jednoty, kde neexistuje nic ke kontrolovaní a kde změna je vždy cyklická či rekurzivní.

Capra napsal, že skoro ve všech aspektech západní vědy a kultury od počátku newtonovské fyziky převážně prevládaly jangové hodnoty. Ukazuje se, že to, co se děje v tomto století, je vyrovnávající, cyklický posun zpět k jinovým hodnotám implicitním v "objevu" moderní fyziky, že vesmír je neviditelná síť vzájemné vztažnosti. Stoupenci estetického přístupu (jin) v terapii chtějí, aby chom uznali duchovní aspekt v naší práci. Tento článek je jistě napsán v podobném duchu. Jenže taoismus podotýká, že pravda leží **za** rozlišeními, dokonce i za rozlišeními mezi jednotou a odděleností.

Ann SIGAFOOSOVÁ (Ph. D.), David REISS (M. D.), Jessica RICHOVÁ, Errol DOUGLAS

Pragmatika měření rodinného fungování: Interpretativní rámec pro metodologii (Pragmatics in the Measurement of Family Functioning: An Interpretive Framework for Methodology)

Tématem tohoto článku je problém srovnávání konceptů, které stojí za různými metodami popisu rodinného fungování. Bylo provedeno empirické zkoumání dvou metod hodnocení rodiny. Zkoumání se soustřeďuje na zvažování funkcionálních či pragmatických aspektů odpovědí subjektů. Je porovnávána zpráva o sobě s observační metodou, přičemž koncepty v obou přístupech se jeví jako obdobné. Pozornost je věnována tomu, že očekávaná spojitost na základě podobnosti pojmu se příliš nepotvrdila. Je rozvinut interpretativní rámec, ve kterém výsledky srovnávání empirickou metodou mohou být účelně uvažovány v termínech pragmatických aspektů odpovědí subjektů nebo podle způsobu, jakým subjekty možná využívají těchto odpovědí. To se opírá o jejich sdělení o interpersonálním kontextu spjatém s každou metodou.

Fam Proc 24 : 189 - 203, 1985 (2)

(A.S.; Center for Family Research, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, George Washington University School of Medicine, 2300 Eye Street, N. W., Washington, D. C. 20037)

K článku je připojen komentář Davida H. Olsona: "Struggling with Congruence across Theoretical Models and Methods", který je uveden Saxeovou parabolou o slepcích a slonu. Hlavní myšlenkou komentáře je, že můžeme předpokládat, že najdeme větší kongruenci příčně mezi teoretickými modely, když užijeme podobnou metodologii. Naopak můžeme předpokládat menší kongruenci při použití odlišných metodologických přístupů.

Svoji odpověď na komentář nazvali Anna Sigafoosová a David Reiss "Counterperspectives on Family Measurement: Clarifying the Pragmatic Interpretation of Research Methods". Autoři konstatují, že ačkoli pojmy, které použili k popisu rodin ve svém výzkumu, znějí u obou užitých metod podobně, těmito metodami se nepodařilo odhalit přesvědčivou souvztažnost, která se nabízela. Trvají však na tom, že plauzibilní vysvětlení tohoto selhání nespočívá jednoduše v tom, že tyto metody jsou odlišné, nýbrž trvají na svém argumentu, že tyto metody ustavují radikálně odlišné vztahy mezi pozorovatelem a pozorovaným.

Lawrence FISHER (Ph. D.), Ronald F. KOKES (Ph. D.), Donald C. RANSOM (Ph. D.), Susan L. PHILLIPSová (M. A.), Pamela RUDDOVÁ (Ph. D.)

Alternativní strategie tvoření "vztahových" rodinných dat
(Alternative Strategies for Creating "Relational" Family Data)

Hlavním problémem, před nímž stojí rodinní klinici a výzkumníci, je vytváření dat, která budou reflektovat rodinu jako jednotku. Autoři, kteří se chtějí vyjádřit k tomuto problému, předkládají rámec pro hodnocení rodiny postavený na třech strategických měření: hodnocení individuálního rodinného člena, vztahovém rodinném hodnocení a transakčním rodinném hodnocení. V tomto kontextu autoři prezentují několik kategorií metod pro kombinování dat individuálního rodinného člena s "vztahovými" skóry, které reflektují pár nebo rodinu jako jednotku. Jsou uvedeny problémy a přínosy každé z metod a je navrženo, aby bylo bráno v úvahu, že volba metody musí být závislá na obsahu hodnocení, teorii, na níž obsah stojí, a na statistických vlastnotech skórů individuálního rodinného člena.

Fam Proc 24 : 213 - 224, 1985 (2)

(L. F.; Chief, Psychology Service, Veterans Administration Medical Center, Fresno, California, and Professor Of Psychiatry, Family, and Community Medicine, University of California, San Francisco, Fresno - Central San Joaquin Valley Medical Education Program, 2615 East Clinton Avenue, Fresno, California 93703.)

Melvin POLLNER (Ph. D.), Lynn Mc DONALD-WIKLERová (Ph.D.)
Sociální konstrukce nereality: Případová studie rodiny,
která přisuzovala způsobilost těžce retardovanému dítěti
(The Social Construction of Unreality: A Case Study of
a Family's Attribution of Competence to a Severely Retarded
Child)

Některé rodiny rozvíjejí neobvyklé nebo extrémní verze reality a trvají na nich vzdor záplavě ostentativně diskreditujících a nepotvrzujících informací. Zatímco psychologická dynamika a funkce takových sdílených konstrukcí byly obširně zvažovány, málo je známo o rutinních transakcích, jimiž se tyto neobvyklé verze reality vytvářejí a udržují. Tato studie zkoumá "realitní práci" rodiny, která přisuzovala vysokou úroveň výkonnosti a kompetencii těžce retardovanému nejmladšímu dítěti. Sledování videozáznamu interakce mezi rodinnými členy a dítětem odhalilo praktiky, které předpokládaly, "dokumentovaly" a potvrzovaly rodinnou verzi o způsobilosti dítěte. Jsou to praktiky podobné těm, které charakterizují interakci mezi dospělými a nemluvněty. V článku jsou diskutovány implikace této podobnosti pro analýzu případu folie à famille.

Fam Proc 24 : 241 - 254, 1985 (2)

(M. P.; Associate Professor, Department of Sociology,
University of California, Los Angeles, California 90024)

Po článku následuje zasvěcený komentář Davida Reisse
"The Social Construction of Reality - The Passion within
Us All."

(P.A.)

M E T A - F O R Y

"Kus kamene může být proděravěn a nemusí být přitom oslaben, má-li díra uvážený rozměr, tvar a směr. Je-li provedena podle pravidel oblouku, může blok zůstat stejně pevný.

První díra v hmotě kamene je objevem. Spojuje jednu stranu s druhou a okamžitě dává bloku větší prostorovost. Díra může nést stejně mnoho tvarových významů jako pevná hmota. Vzdušná skulptura vzniká tehdy, má-li kámen pouze takovou díru, která je zamýšlena a chápána jako forma."

HENRY MOORE

"Když máte co činit s některým složitým sociálním systémem ... pak nemůžete jen tak přijít a začít opravovat: naděje na skutečnou pomoc by tu byla nepatrnná Cokoli navrhnete ze svého zdravého selského rozumu, téměř nevyhnutelně stav spíše zhorší než zlepší. Nemůžete se plést zvenčí do jedné části komplexní soustavy, aniž riziku-jete neočekávané zkázy v jiných, odlehlych částech téže soustavy. Chcete-li něco spravit, musíte tomu nejdřív do detailů rozumět, to jest rozumět celému systému I pak se zdá nejbezpečnějším postupem držet se jen poblíž a lomit rukama, ale nedotýkat se. Zasahovat je nejjistější cesta, jak způsobit malér. Místo abyste se snažili někam vstoupit a začít věci kolem dokola napravovat, pokuste se tam jen tak zlehounka sáhnout a vytáhnout toho, kdo tam zasahuje, přesněji kdo se tam plete a systém se postupná sám."

LEWIS THOMAS

"...Vzal jednoho ze svých stolovníků a pobíl ho k oknu:

"Jaký se v tamto mraku rýsuje tvar?"

Druhý se dlouho díval a nakonec řekl:

"Ležící lev."

"Ukaž ho tady těm."

A otec rozdělil přítomné na dvě skupiny a první pobídl k oknu.

A všichni skutečně viděli ležícího lva, kterého jim první svědek vykreslil prstem.

Potom je otec poslal stranou a pobídl k oknu dalšího:

"Jaký se v tamtom mraku rýsuje tvar?"

Druhý se dlouho díval a nakonec řekl:

"Usmívající se tvář."

"Ukaž ji tady těm."

A všichni skutečně viděli usmívající se tvář, kterou jim druhý svědek vykreslil prstem.

Pak otec odvedl přítomné daleko od oken.

"Snažte se dohodnout na tom, jaký obraz ten mrak představuje", řekl jim. Ale oni se jen bez užitku hádali, protože ta usmívající se tvář i ten ležící lev byly pro jeden i pro druhé příliš samozřejmé!

"Stejně tak ani události," řekl jim otec, "nemají jiný tvar kromě toho, který jim dá tvůrce. A všechny tvary jsou stejně pravdivé."

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

(vybral P.B.)