METODICKÉ STŘEDISKO SEKCE PRO RODINNOU TERAPII
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI
DUBÍ

KONTEXT

BULLETIN SEKCE PRO RODINNOU TERAPII PS ČLS

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

II · 4 · 1986

K O N K U R Z

Sekce pro rodinnou terapii vypisuje tímto konkurz na místo administrativně-vědecké sekretářky organizačního výboru Mezinárodního kongresu o rodinné terapii 1987 v rámci vedlejší pracovní činnosti se souhlasem zaměstnavatele v rozsahu 0,12 úvazku / t.j. max. 21 hod. měsíčně/, na období od 1.září 1986 do 31.května 1987.

Podmínky : nelékařka, dobrá pasívní znalost angličtiny ev. dalších jazyků, schopnost psát na stroji ev. pracovat s diktafonem, možnost dojíždět do metodického střediska sekce v Dubí u Teplic v průměru 2x měsíčně na 1 pracovní den /nebo 4x měsíčně na 1/2 pracovního dne/, schopnost samostatně vést zadanou agendu. Sazba 8.70 Kčs/hod.

Zájemci, hlaste se obratem na adr.:Kontext, 417 01 Dubí, pošt. přihr.14, tel. /9417 / 72392 - MUDr Boš.

Organizační výbor ICFT 1987

K O N T E X T - bulletin pro vnitřní potřebu členů sekce pro rodinnou terapii Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti.
Evidenční číslo ÚVTEI 86 037.
Povolen odborem kultury ONV Teplice pod č. 0350913186.

N e p r o d e j n ý , distribuce za úhradu podílu režijních nákladů.

Jednotlivé příspěvky neprošly redakční úpravou.
Řídí Dr. P.Boš. Technická agenda: Dr. J. Špitz, Dr.O.Holubová.
Tisk: Severografia Teplice - Tomos Praha.
Náklad: 300 výtisků
Příspěvky adresujte na: Kontext - MUDr. Boš, 417 01 Dubí, pošt. př.14

Ročník II - číslo 4/1986
uzávěrka dne 20.7.1986

O B S A H :

I. Ze života sekce str.2
- 37. vědecká schůze sekce

II. Informace str.3
- Program 38. schůze
- Plán činnosti sekce na rok 1987
- III. symposium o rodinné terapii v Teplicích 13.-15.1.1987
- Prague International Congress on Family Therapy 11.-15.5.1987

III. Studijní text str.6
Weeks, G.R. - L´Abate,L.: Paradoxní psychoterapie - II.část

IV. Orig. čs. práce str.34
Špitz, J.: Ekosystémové hledisko v psychosomatice dětského věku

V. Úvahy - podněty - diskuse str.44
Adamovský, P.: Tři úvahy

VI. Excerpta str.55
Family Systems Medicine 2,1984

VII. Poslední stránka: str.72
Meta - fóry

Kontext II - 4, 1986

I. Ze života sekce

37. vědecká pracovní schůze

37. vědecká pracovní schůze se nesla v duchu osobních vzpomínek na dvě osobnosti, které v letošním roce oslavují své sedmdesátiny. O obou lze říci, že díky své vitalitě a zaujetí pro věc nám stále mají co říci.

Prvé sdělení, věnované doc. MUDr. Jaroslavu Skálovi, CSc., zahájila A. Kučerová přiznáním jubilanta, že pokud by měl možnost začít znova, zaměřil by se především na práci s rodinou a na rodinnou terapii. Autorka pojala svůj příspěvek jako řadu ohlédnutí na svá setkání s doc. Skálou, která ovlivnila její vlastní profesionální vývoj. Neomezila se přitom jen na svou osobní zkušenost, ale pokusila se zasadit svá ohlédnutí i do kontextu vývoje rodinného hnutí, zejména do rozvoje rodinné terapie v našich podmínkách. Jubilant svou momentální situaci charakterizoval slovy zralého muže: " Je dobré být v centru dění a nepřekážet."

Druhý příspěvek byl reminiscencí P.Boše na setkání s prof. Virginií Satirovou, D.S.S., první dámou rodinné terapie v generaci zakladatelů rodinného hnutí. Účastníci schůze si při sledování množství diapozitivů mohli zavzpomínat na návštěvu jubilantky před sedmi lety v Československu. Kromě toho se posluchači seznámili s řadou biografických údajů, i se zajímavými informacemi, které zůstávají spíše " pod pokličkou". Referující se ovšem neomezil jen na popis událostí zachycených objektivem fotoaparátu, ale podělil se i o osobní zkušenost s recepcí myšlenek i metod práce " Velké Matky", jak byla Virginia nazývána v prvém období vývoje rodinného hnutí. Bylo to vlastně setkání P. Boše s V.Satirovou, které stálo u zrodu seminářů, které se již řadu let konají v Dubí. Všichni, kdo v 70. letech tyto semináře absolvovali, měli v jejich moderátorovi autentického interpreta Virginiina stylu práce s lidmi. Schůze kulminovala oznámením, že Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně udělila prof. Satirové diplom - čestné uznání jako výraz vděčnosti za její zásluhy o rozvoj rodinné terapie v Československu./ Kučera/

Kontext II - 4, 1986

II. Informace

Program 38. vědecké schůze, která se koná v úterý 30.září 1986 od 14 hodin v Lékařském domě v Praze.

Program zajišťuje pracovní skupina pro systémovou psychosomatiku, koordinuje MUDr. Jiří Šavlík.

Téma: Ranná ontogeneze, zdraví a nemoc.
Účastníci panelu: J. Lier, V. Mikota, J. Šavlík, J. Špitz a j.

Plán činnosti sekce na rok 1987

13.-15. ledna 1987: III. symposium o rodinné terapii, Teplice
16. ledna 1987 : pracovní schůzka rodinných terapeutů socialistických zemí / Teplice/
4. března 1987 : program vědecké schůze Psychiatrické společnosti od 15.00 hodin v posluchárně Psychiatrické kliniky v Praze
11.- 15. května 1987: Mezinárodní kongres o rodinné terapii, Praha
29. září 1987 : 39. vědecká schůze sekce od 14.00 hodin v Lékařském domě v Praze
24. listopadu 1987: 40. vědecká schůze sekce od 14.00 hod. v Lékařském domě v Praze

Individuální i skupinové konsultace a supervize v Metodickém a studijním středisku v Dubí na základě osobní dohody
3. ročník IV. uzavřeného cyklu seminářů dle interního rozpisu.

III. symposium o rodinné terapii bude uspořádáno pro členy sekce ve dnech 13.- 15. ledna 1987 na téma

" Hledání spojitostí - kongresová prolegomena"

Symposium se bude konat opět v lázeňském sanatoriu J.Fučíka v Teplicích v Čechách pro omezený počet do 100 účastníků a bude intenzivním pracovním soustředěním členů sekce před pražským kongresem. Přednostně budou akceptovány přihlášky aktivních členů sekce, vyzvaných lektorů a uchazečů o prezentaci na květnovém mezinárodním kongresu. Další písemné přihlášky budou přijímány

nezávazně v pořadí. V průběhu symposia je plánováno pokračovací večerní praktikum kongresové angličtiny, zaměřené na terminologii oboru.

Na 16. ledna je dále předběžně plánován posymposiální regionální program pro manželské terapeuty a poradce, a dále zasedání Pracovní skupiny rodinných terapeutů socialistických zemí. Do 18.1. bude pokračovat soustředění členů organizačního výboru kongresu.

Tematické okruhy symposia:

- S p o j i t o s t i rodinné terapie a: psychoterapie, manželského poradenství, pedagogiky, sociální práce, psychiatrie, somatické mediciny,
- Československé zkušenosti, možnosti, specificita / pracovní prezentace sdělení, přihlášných na kongres/,
- Systémová psychosomatika,
- Ekosystémov. /systemické/ paradigma a biomedicínský model,
- Varia

Symposium bude zahájeno v úterý 13. ledna 1987 v 9.00 hodin ve Společenském sále sanatoria J. Fučíka. Registrace a ubytování účastníků v sanatoriu začne v pondělí 12.1. v 16.hod. Ukončení akce je plánováno na čtvrtek 15.1. večer.

Ubytování a stravování zajišťují Čs. státní lázně Teplice.

Účastnický poplatek 40 Kčs pro členy České lékařské společnosti, 80 Kčs pro ostatní bude uhrazen složenkou, která bude zaslána těm, jejichž přihláška bude přijata, spolu s dalšími informacemi.

Objednávku noclehu a stravy lze zrušit nejpo ději 1 měsíc před začátkem konání symposia, t.j. do 13. prosince 1986. Po tomto datu může být nezrušená objednávka účtována provozovatelem v plné výši.

Přihlášky k ubytování, stravování a aktivní účasti by měly být 15.9.1986 registrovány na adrese: Kontext - úsek rodinné terapie, 417 01 Dubí, pošt. přihr. 14. Pozdější přihlášky mohou být registrovány pouze nezávazně. Oznámení o konání akce rozesílala Psychiatrická společnost ČLS podle svého adresáře řádných členů ve 3. čtvrtletí t.r.

Kontext II - 4,1986

PRAGUE INTERNATIONAL CONGRESS ON FAMILY THERAPY

" The Patterns Which Connect"

Mezinárodní kongres o rodinné terapii pod záštitou Světové federace pro duševní zdraví a Světové asociace sociální psychiatrie, ve spolupráci s Institutem ANTHROPOS - Athény, Řecko, byl oznámen v Kontextu II-2,1986. První oznámení rozesílala v ČSSR Čs. lékařská společnost J.E.P. dle jí dostupných adresářů členům České a Slovenské psychiatrické společnosti v průběhu dubna - června t.r. Druhé oznámení, které bude obsahovat již podrobnější a konkrétnější informace, bude rozesíláno v říjnu t.r.
V současné době je přihlášeno přes 500 účastníků ze 30 zemí, další přihlášky průběžně docházejí.
Registrační poplatek pro čs. účastníky je předběžně stanoven na 350 Kčs.

Veškerou korespondenci, týkající se Vaší účasti na kongresu, adresujte na: Čs. lékařská společnost J.E.P. - ICFT 1987, pošt.př. 88, Vítězného února 31, 120 26 Praha 2.
Uzávěrka přihlášek k aktivní účasti bude 30.12.1986

Kontext II-4, 1986

III. Studijní text

G.R. Weeks - L.LAbate: Paradoxní psychoterapie - II. část

Haley (1973) uvádí jeden Ericsonům případ rozbití těsné patologické vazby mezi matkou a synem. Syn se v noci pomočoval. Popuzená matka přivedla syna k Ericksonovi, který oběma zadal úkol. Matka měla vstávat mezi 4. a 5. hodinou ranní a měla kontrolovat synovu postel. Když byla mokrá, měl syn vstát a za matčiny kontroly se měl cvičit v psaní. Byla-li postel suchá, měla ji přesto zkontrolovat. Chlapec prováděl úkol i v tomto případě, protože matka by z toho mohla mít menší potěšení než on. Chlapec se přestal pomočovat, hezky psal obdivován matkou a otec o něj projevil větší zájem a začal si s ním více hrát s míčem.

Hare-Mustin (1975) použila podobnou strategii u čtyřletého chlapce, který měl časté a úmyslné výbuchy vzteku. Instruovala chlapce, aby pokračoval ve výbuších vzteku, ale pouze ve speciel-ních výbuších a na určitém místě v domě. Dítě a jeho rodiče se dohodli na lokalizaci. V dalším sezení si dítě vybralo denní dobu, kdy bude mít záchvat. Při třetím sezení se záchvaty snížily na minimum. Hare-Mustin vyjádřila starost o rychlou změnu a požádala dítě, aby si vybralo den pro záchvat v následujícím týdnu. Dítě nemělo už další záchvaty.

De Shazer uvedl výborný příklad úkolu, který umožnil zdůraznit funkci symptomu v rodinné interakci. Rodina přivedla svého 14 letého syna, který kradl. Terapeut vytvořil z otce a syna tým, který skryl pět dolarových bankovek okolo domu. Pokud syn odolá krádeži peněz po jeden týden, bude moci přijít na dříve odmítnuté soukromé sezení s terapeutem. Jinak přijde celá rodina. Hoch přišel sám a dostal instrukci, aby ukradl dvě bankovky, ale odložil své obvyklé dramatické přiznání až do příštího rodinného sezení. V této fázi chlapec velmi dramaticky prožíval pocity viny a hříšnictví a získal tak plnou pozornost rodiny; v této době už byla všem známa otevřená spoluúčast otce. Ten si byl s to uvědomit svou spoluúčast na synových zlodějských epizodách. Stejně tak si to uvědomili i ostatní členové rodiny.

De Shazer (1978 a) navrhuje, aby se paradoxní předpisy používaly při určitých typech vztahů. Použil Jacksonovu typologii vztahů (1968). Jsou to: stabilní uspokojivý, nestabilní uspokojivý, stabilní neuspokojivý a nestabilní neuspokojivý. Uspokojivý vztah je takový, když jedinci odpovídají na předpis tak, že bojují více s cílem bojovat méně. Neuspokojivý vztah odpovídá lépe typu paradoxu, který popíšeme později.

Dále je uveden přehled několika způsobu Madanesové (1980) předpisů chování v rodině, když je dítě identifikovaným pacientem. Jde o předpisy " mít problém", dovolit, "aby byl problém" a " předstírat pomoc rodičům". Předstírání využívali paradoxní terapeuté méně často, přesto se zdá, že jde o dobrou techniku pro navození změny. Nejjednodušší je požádat klienta, aby měl problém. Tento požadavek dovolí klientovi, aby získal kontrolu nad symptomem, který byl původně definován, že je buď částečně nebo plně mimo kontrolu. Klient tak dostane svolení, aby měl prostřednictvím pozitivní konotace symptom.

Pěkný příklad " povolení" uvedl v kazuistice " Malý moderní Hans" Haley (1976). Aby terapeut zbavil chlapce fobie ze psa, dovolil mu, aby se bál svého nového miláčka (psa).

V jednom z našich případů cítil manželský pár, že je bezmocný vůči tchýni. Rodiče manželky jim stále dávali dary a dělali na ně mírný nátlak. Byli proto instruovány, aby od svých rodičů žádali více a více (viz Watzlawick et al., 1974, str.116-119). Dále bylo apelováno na jejich ochotu předstírat bezmocnost a dětinskost. Druhý úkol byl velmi zdůrazněn, protože šlo o nezralý pár. Při předstírání dětinskosti si stále více uvědomovali své chování, ale (jak byli instruováni) mnohem více je to poutalo k sobě při přípravě na to, jak budou dětinští, aby úspěšně mohli provést tento paradox.

Andolfi (1980) uvedl jiný postup pro předepsání pravidel systému. Ilustrujme to na jednom z našich případů. Rodina měla implicitní pravidlo nebojovat a nedělat závěry. Bylo jim řečeno: " V průběhu příštího týdne se stane něco, co způsobí, že budete mít na sebe zlost a vy budete chtít tyto pocity volně vyjádřit v otevřeném boji. Rodinné pravidlo nebojovat je dobré,

protože kdybyste bojovali, tak by to mohlo nepříznivě působit na rodinu. V budoucnosti boj náhodou vznikne, ale vy se mu budete chtít vyhnout tím, že každý odejdete do svého pokoje. Budete-li mít vztek, tak se ho snažte skrýt nebo jej popřít, i kdyby se Vás na něj někdo ptal. " Všimněte si, jak je tento předpis formulován pravidlem nebojovat a nekomentovat pravidlo. Avšak poselství obsahuje, že lidé budou zlostní a že o tom nebudou mluvit. Paradox také vytváří hra: " uhodnu, zda má vztek a nemluví o tom."

Selvini Palazzoli et al (1978 a) popsala techniku, která se zdá být totožná s Andolfiho (1980) metodou předpisu pravidel. Hlavní rozdíl je v tom, že přístup S.P. je víc formální a specifický. Popisuje techniku nazvanou rodinný rituál. Tato metoda se předepíše tehdy, když má rodina vytvořený mýtus, který je pro ni destruktivní. Rodinný rituál je určen ke změně pravidel hry, a proto i rodinné epistemologie, aniž by se cokoli vysvětlovalo, kritizovalo nebo použilo jiných verbálních intervencí". Rodinný rituál je sám o sobě vysoce formalizovaný. Předepíší se všechny činnosti rodiny: čas, místo, frekvence, co bude řečeno a pořadí, v jakém budou členové mluvit. Některé rodinné rituály se provádí opakovaně, jiné jen jednou.

S.P. uvádí techniku nazvanou ritualizovaný předpis pro rodinný systém, když identifikovaným pacientem je dítě. Ritualizovaný předpis nemá obsah, nadiktuje se pouze omezená formální stránka rodinného chování. Ritualizovaný předpis lze použít u různých rodin, nepředepisuje se specifické chování. Forma ritualizovaného předpisu je: v sudé dny týdne - úterý, čtvrtek a sobotu od zítřka až do dalšího sezení, vždy ve stejnou dobu mezi hodinou x a y (ujistíme se, že celá rodina bude v této době doma) ať cokoli z tohoto z dělá (jméno pacienta následované seznamem jeho symptomatického chování), bude otec rozhodovat sám podle svého uvážení co se z udělá. Matka se bude chovat, jako by tam nebyla. V liché dny týdne - pondělí, středa, pátek ve stejnou dobu může z dělat cokoliv, pak bude mít plnou moc matka, aby rozhodla co podnikne vůči z. Otec se bude chovat, jako by

tam nebyl. V neděli se musí všichni chovat spontánně. Každý rodič ve dnech, které mu byly vyhraženy musí zaznamenat do diáře jednak jakékoliv zasahování do činnosti partnera nebo předpis, podle kterého se očekává, že se bude chovat, jako by tam nebyl. (V některých případech dostane za úkol zaznamenávat možné chyby dítě, které může hrát roli zapisovatele, případně je-li pro to vhodné, i rodiče samotného). Tento předpis má několik cílů. Za prvé, zabraňuje rodičům, aby si vzájemně zasahovali do činnosti s dítětem. S.P. předpokládá, že část problému spočívá v neschopnosti rodičů spolupracovat. Za druhé, rozbíjí se obvyklé transakční vzorce nebo trojúhelníky. Team doufá, že tento předpis povede k soutěži mezi rodiči, kdo z nich může více pomoci dítěti. Za třetí, úkol je prostředek shromažďování informací pro terapeuty, zvláště, když není-li úkol chápán jako předpis. Stejně jako ostatní úkoly je i ritualizovaný předpis diagnostickým prostředkem a současně předepisuje proces nebo vzorec interakcí mezi členy rodiny.

Předpisy vztažené k času

Předpis může být časově vázaný a podmíněný jistými vnitřními událostmi jako jsou pocitové stavy a činy ostatních.

Důležitým relativně populárním předpisem je tzv. symptomový rozvrh (Newton, 1968). Klientovi se určí doba a délka provádění symptomu. Při plánování symptomového rozvrhu se klientovi obvykle dá nějaké vysvětlení,abychom ho získali. Např. takto: " Nejdříve se musíte naučit si to vyvolat než budete schopen to zastavit," nebo " bude to nějak probíhat, takže tomu budeme věnovat trochu pozornost". Pak je určen symptom. Klient může být instruován, aby každý den v určenou dobu věnoval určitý čas symptomu.

Anxiózní a chronicky trpící klientce se řeklo, aby šla každý den na 1 hodinu do ústranní a trpěla. Pak byla požádána, aby trpěla celou dobu,protože se vždy vyhýbala přemýšlení o problémových záležitostech a nedělala důsledně nikdy žádné změny. Posléze se jí řeklo, že se musí stát kompetentním trpitelem, pokud chce mít nějakou naději, že se někdy zbaví úzkosti. Efektivní trpění zname-

nalo, že musela myslet na to nejhorší a pořídit vyčerpávající seznam všech myšlenek, nápadů, které ji mohly soužit v době "trpění". Měla celou hodinu trpět, i kdyby cítila, že se jí už před uplynutím této doby daří lépe.

Většina klientů, kteří budou používat tuto metodu zjistí, že první dva dny jsou bolestivé. Budou trpěl úplně celý předepsaný čas. Po několika dalších dnech to budou chtít ukončit, zkrátit a úkol budou nést nelibě. Uvedou, že už dále nebudou trpět a že " všechno to utrpení" bylo absurdní.

Podle potřeby může být předepsána i denní doba při plánování symptomu. Rozvrh by měl respektovat dobu, kdy se symptom spontánně objevoval a nabídnout ji jako dobu typickou, v průběhu, které se symptom objeví. Později má terapeut různě rozvrhovat symptomy, nejdříve ráno, pak před spaním, uprostřed noci a v průběhu prvních pěti minut či deseti každé hodiny. Avšak časový rozvrh symptomu nebývá vždy nejlepší strategií. Podmíněné je to vždy vhodností či přiměřeností předpisů pro duševní stavy (úzkost, deprese,strach) a myšlenky nebo obsese. Jinými slovy, vzniknou-li určité pocity, je klient instruován, aby " v tom zůstal" danou dobu a přehnal je jak jen to bude možné.

Jiná varianta této metody nepředepisuje délku trvání, ale instruuje klienta, aby zvětšil (zesílil) pociťovaný stav. Muži, který čas od času prožíval deprese, bylo řečeno, aby věnoval pozornost momentu, kdy se začíná cítit lépe a aby prodloužil depresi o 15 minut než si dovolí " cizít se lépe". Účelem bylo posílit klientovu schopnost kontrolovat svou náladu. Obvykle se klient, který provádí tento předpis uvede do nežádoucí nálady, protože použije pokynů k tomu, aby se udržel v náladě déle. Současně když se učí zůstat v náladě déle, se také učí, co má dělat, aby jí ovládl. Zabýváme-li se specifickým chováním, je lepší předepsat zvýšený výskyt chování a vyžadovat, aby bylo přehnáno. Např. začínající terapeut si myslí, že musí stále studovat a číst, aby se stal dobrým terapeutem. Když ho jeho terapeut požádal, aby na sezení přinesl všechny své knihy, že by si je rád prošel, poznal, jak je jeho zaměření absurdní a přestal obsesivně studovat.

Kontext II-4,1986

Popisné paradoxy

Když je něco popsáno, zároveň také to předepisuje mít určité vlastnosti. Popis jevu je tvrzení, jak něco existuje, čemu věříme a co musí ostatní sdílet. Popis se stává předpisem pro ostatní, aby přijali náš způsob vidění jevu. Popisná sdělení, která dáváme klientům, jsou obvykle psaná a mají tři části. Dvě části sdělení jsou známé paradoxní techniky, třetí část je původní technika. Většina popisných paradoxů se použila u párů nebo rodin.

Sdělení je obvykle složeno ze tří části: a) pozitivní konotace, b) dialektický popis vztahu, c) skryté nebo omezující tvrzení. Nejdříve sdělíme páru nebo rodině, jak nás potěšil, že jsme rádi, že mají vzorec chování nebo symptomatologii, kterou mají. Obvykle říkáme něco jako: " Jsme rádi....." Chceme vám blahopřát.." nebo " Máte skutečný talent, schopnosti... atd". Zkrátka negativní chování je přeznačkováno na pozitivní. V druhé části sdělení dialekticky popisuje přirozenost rodinných vztahů. Zdůrazní opozice, rozpory nebo polarizace ve vztahu (např. když je manžel nebo jiný člen rodiny nahoře, je dobrý nebo správný, ostatní, co musí být dole, jsou zlí nebo špatní). Jinými slovy - přítomná polarizace uvnitř systému je popsána a přehnána. Aby bylo sdělení efektivní, musí být dobře pochopena dynamika systému.Zkušenosti ukázaly, že dysfunkční rodinné systémy jsou charakterizovány polarizací. V rodinných systémech nacházíme mnoho různých typů polarizací. Velmi dobře je popsali L 'Abate (1976), Stierlin (1974) a Boszormenyi-Nagy and Spark (1973). Třetí složka sdělení je otázka, která se týká rodiny a vzorce jejího chování. Obvykle se ptá na to, zda je rodina skutečně šťastná v popsané situaci a může se požádat, aby se "divila" různým způsobům vzájemných vztahů, případně aby navrhla různé způsoby vztahů. Třetí sdělení může také potlačovat změnu. Klientovi (klientům) se řekne: neměnit, nebo: je to příliš riskantní měnit se. Následující dopisy objasní psaná paradoxní sdělení: Vážený . . .

Kontext II - 4,1986

Jsem hluboce dojat tím, jak jste se odevzdal manželství a péči, kterou si vzájemně poskytujete. Každý z Vás si velice váží prožitků a myšlenek toho druhého a zřejmě si nechcete navzájem ublížit.

Domnívám se, že je velmi chvályhodné, že o sebe vzájemně tak pečujete a že chcete být jako Váš partner. Každý z Vás chce být závislý na tom druhém, abyste se tak vyhnuli konfrontaci osobních rozdílů. Umožnilo Vám to, abyste dosáhli harmonického vztahu a bylo by velmi riskantní jej nyní měnit. Proč se plést do dobré věci?

Vážený . . . .

Bylo správné přiznat si, že Eddy je zvláštní dítě. Část jeho jedinečnosti pochází z toho, že roste pomaleji než jeho vrstevníci a jeho reflexní cucání palce souvisí s jeho potřebou být mladší než je. Dříve než dosáhne úrovně svých vrstevníků, projde obdobím nezralosti, jehož součástí je i takové chování jako cucání palce.

Rádi bychom Vás požádali o Vaši spolupráci, abychom mohli pomoci Ediimu růst tak rychle, jak jen bude moci. A protože je pro jeho vývoj cucání palce důležité, dovolme mu ho, resp. podněcujme jej, aby cucal dostatečně. Abychom ho pojistili, žádáme Vás, abyste Eddimu zdůraznili, že musí palec cucat minimálně 10 až 15 minut, a to jak ve škole, tak i doma. Zdůrazněte to, kdykoliv zpozorujete cucání palce.

Může se stát, že se Eddy pokusí rebelovat a odmítne cucát palec. Stane-li se to, připomeňte mu, jak je pro něj třeba, aby přiměřeně cucal.

Děkujeme Vám za porozumění a žádáme Vás, aby si Eddy přečetl tento dopis společně s Vámi a aby o něm věděli doma i ve škole.

Třetí dopis ukazuje současné použití popisného paradoxu a předpisu symptomu. Dále dopis vtipným způsobem znázorňuje využití metafory. V psaní jsou obsaženy četné sexuální metafory, neboť každý z manželů z tohoto páru si ztěžoval na početné sexuální úchylky u toho druhého.

Kontext II -4,1986

Vážení . . .

Při sezení nás opravdu dojal Váš mistrný a rutinérský způsob boje. Jen zřídka se můžeme sejít s párem, který propracoval svůj boj s takovou dokonalostí. Dobíráte si jeden druhého velice jemným a senzitivním způsobem a provádíte pronikající útoky a protiútoky s precizností dobře naolejovaného stroje.

Jsme přesvědčeni, že Vaše pevná a stálá oddanost boji je způsobem, jímž si vyjadřujete vzájemnou lásku a péči. Kvůli čemu jinému by dva lidé, kteří se rádi vidí, věnovali tolik času naříkání, sebeobětování a sebetrýznění? Váš boj také umožňuje udržet vztah v perfektní rovnováze - ani příliš těsné ani příliš volné. Bohužel, něco se událo, co porušilo rovnováhu - pravděpodobně jste se pokusili udržet ji příliš v úzkých a pevných mezích. Což může být nebezpečné pro Váš vztah, který je tak delikátně vyvážený. Proto, aby se navodila opět harmonie, se spolehněte na prověřenou a správnou metodu, kterou jste již vytvořili: bojujte mezi sebou, i kdybyste měli boj předstírat.

Rozhodněte se, proti našemu úsudku, pokusit se o vzájemné sblížení, ale neděejte to příliš rychle. Věříme, že je tu pro Vás jen jeden bezpečný způsob, jak to v současné době provést. Niku, chcete-li být co nejblíže Doře, zkuste si hrát na bezmocného, zmateného, popleteného a impotentního. Doris, jakmile uvidíte, že to Nik dělá, měla by jste mu pomoci, pečovat a starat se o něj, organizovat, ale současně by jste neměla nabízet jakoukoliv skutečnou pomoc, vždyť víte, že je to hra. Doris, když Vás to bude nutit, abyste se k Nickovi přiblížila, tak udělejte pravý opak. Měla by jste mu zakázat jakýkoliv sbližovací pohyb dopředu až do okamžiku, kdy už to nebude moci vaše svědomí více snášet. Snažili jsme se napsat tento dopis tak, aby nebyl pro Vás zcela jasný a aby vyzněl neobvykle. Oba byste si jej měli přečíst během dalších dnů několikrát, až mu začnete rozumět.

Kontext II 4,1986

BRÁNĚNÍ

V psychoterapii existuje mýtus, že terapeut by měl vždy posilovat nebo podněcovat změnu. Očekává se od něj, že do budoucnosti hledí opitimisticky a že bude podporovat a pomáhat. Pokud terapie neprobíhá hladce, pak terapeut nepracuje dostatečně pilně. Ovšem ten se může problémem zabývat i více než to dělá klient. Takovýto přístup může vést i k závislosti na terapeutovi, který tu sehrává roli zachránce. Tradičně, když je každému jasné, že žádná změna neprobíhá nebo nenastala, tak to terapeut s klientem probere nebo ukončí léčbu s odvoláním na toto.

Bránění je metoda, která umožňuje vyhnout se právě popsanému druhu problémů. Používáme tento termín velmi široce k označení skutečnosti, že terapeut brání, brzdí změnu. Rohrbaugh et al. (1977) prosazuje, že základní sdělení při zbrzďujícím tvrzení je "Aby jsi se změnil, zůstaň týž nebo se vzdej". Je velmi mnoho způsobů, jak bránit změně. Tyto metody brždění lze použít v různých okamžicích terapeutického procesu s tím, aby se usnadnily nebo zdůraznily změny ustavené. Použití brzdících technik bylo pravděpodobně v literatuře o paradoxní terapii podhodnoceno, zvláště v přehledech paradoxních metod. Jak jsme zdůraznili dříve, nejčastější a my věříme, že jedním z nejefektivnějších postupů je sled paradoxních metod: pozitivní konotace, předpis a konečně zbrzďující sdělení.

Terapeut může použít brzdící strategii v raných fázích terapeutického procesu, aby odvrátil problém, který je zakořeněný v psychoterapii. Klienti, kteří vyhledali terapii dobrovolně, zřejmě předpokládají, že se chtějí změnit. Proč je ale změna tak těžká? Proč existuje odpor? Ve změně je obsažena ztráta totožnosti nebo stálosti. Obsahuje psychologické riziko, nebezpečí nebo přizpůsobení. Změna u jedné osoby způsobí v systému další změny. Klient není schopný predikovat příští chování systému, když se začne měnit. Homeostatický ideál systému je v sázce. Stálost je forma obrany ega. Překvapí pak, že klient je vůči změně ambivalentní?

Kontext II -4,1986

Negativní důsledky změny

Jedna z procedur, jak řešit klientovu ambivalenci ke změně, je pomoci mu polarizovat a krystalizovat důsledky změny a tak jej motivovat . Lze ji použít u mnoha případů, ale pravděpodobně nejužitěčnější bude u dlouho přetrvávajících problémů a tam, kde je značný odpor. Ve skutečnosti jsou všechny zbrzďující metody vhodné pro vysoce rezistentní klienty. Tato procedura může být použita po úvodním zhodnocení problému a po stanovení cíle. Klientovi je řečeno, že změna může mít jak dobré, tak zlé důsledky. Dříve než bude terapeut souhlasit s tím, že pomůže klientovi navodit změnu o kterou stojí, musí si být jist, že změna je pro klienta hodnotou. Terapeut by se měl připravit na použití této metody, měl by zvážit všechny možné "negativní" důsledky, které by mohly nastat, jestliže klient dosáhne cíle, který si přál. Ve skutečnosti jsou právě tyto "negativní" důsledky pozitivní nebo užitečné změny, ale jsou rámovány negativně. Je-li to možné, měl by terapeut vyčerpávajícím způsobem uvažovat o nejrozmanitějších oblastech klientova života.

O léčbu požádal klient s dlouhou historií deprese. Léčen byl po mnoho let jinde, ale bez jakéhokoli efektu. V prvním sezení se uvažovalo o možných " negativních" důsledcích změny. Před sezením jsme sestavili seznam možných důsledků a v jeho průběhu jsme ho požádali, aby nám poskytl své vlastní. Následuje náš nástin "negativ":

Negativní důsledky zbavení se deprese

1. Společnost. Tento muž žil samotářsky, byl plachý a měl velmi málo přátel. Jeho sociální síť se skládala z nemocné matky, manželky a terapeutů. "Negativní" důsledky - v případě, že by se zbavil deprese, dokázal by navazovat přátelské vztahy, a to je ovšem zatěžující a často to vede ke konfliktům a odmítnutí.
2. Rodiče. Otec mu zemřel před rokem. Matka, něco přes 80 let, byla depresivní od svých dvaceti. "Negativní" důsledky- zbavíme-li se deprese, může se na něj dívat jeho matka jako na neloajálního. Jak by mohl být šťastnější než ona?

3. Manželství. Klientova manželka byla podmaňující, sebeprosazující žena, která byla vždy"na koni". Dále byla rigidní, obsedantní a neustále pozorovala manžela, kdy už zase přijde další epizoda deprese. " Negativní" důsledky - když se zbaví deprese, tak se bude chtít více prosadit a vzít v manželství na sebe větší díl odpovědnosti. Tento fakt by jistě vyvolal souboje a deprimoval by manželku. A co by si se sebou počala?
4. Já. Klient sám posiloval svou depresi, aby mohl být závislý na druhých. Sebe sama definoval " depresivní muž". " Negativní" důsledky - když se vzdá deprese, mohl by se stát nezávislým. Mohl by odhalit toho, kým byl kdysi.

5. Děti. Klient měl dvě dospělé děti. Málokdy je vídal, protože odmítal cestování. Jednou upadl do deprese na výletě. Měl pocity viny, že děti dostatečně nepodporuje a snažil se to napravit horlivým poskytováním finanční podpory, kterou si ovšem nemohl dovolit. " Negativní" důsledky - kdyby se zbavil deprese byl by schopen užšího vztahu s dětmi. Lidé v jeho okolí by jej znali. Cítil by, že se více prosazuje a mohl by říci ne, když je požádán o peníze, a to by mohlo vyvolat konflikt.

Když terepeut postupně předkládá " negativní" důsledky, zdůrazňuje nebo zdůvodňuje proč by mohla mít změna špatný dopad. Terapeut by také mohl říci " Jste si jist, že jste připraven jít na věc?" Zdá se mi to riskantní nebo nebezpečné. " "Žil jste s tím po velmi dlouhou dobu, promyslel jste pečlivě proč se toho zbavit?"

Tento postup vybízí klienta ke změně. Provokuje, když radíme tak, abychom zvýšili odpor a poukazujeme na ne-měnění. Pokud klient nediskutuje s " negativním" důsledkem, může být negativní rámec nadsazen nebo zvětšen. V tomto zvláštním případě klient řekl: " Jsou-li toto špatné věci, které se mají stát, pak chci, aby se staly.

V jiném případě se starší pár pokoušel sblížit od té doby, co poslední dítě opustilo domov. Ačkoliv chtěli vytvořit několik východisek, stalo se hlavním pouze jedno: Intimita.

Kontext II - 4,1986

Pokaždé, kdykoli měli zisk, rychle upadli do relapsu. Byl jím poslán následující dopis, který obsahoval: a) pozitivní konotaci, b) předpis (t.j. formu paralelního manželství a c) pět negativních důsledků změny. Negativní důsledky v tomto dopise byly přesně paradoxní předpovědi událostí, které se mohly stát, kdykoli se sblížili. Pár odpověděl na tento dopis dvojnásobnou snahou po sblížení. Nesouhlasili s pěti body seznamu. Dopis byl odeslán poté, co bylo páru řečeno, že chtějí-li být spolu, musí se nejprve oddělit.

Drahý Marku a Betty

Je po vašem sezení a já mám mnoho myšlenek a tak přicházím s následujícím závěrem.

Je mi jasné, že o sebe navzájem pečujete. Opakovaně jste demonstrovali svoji péči a sdíleli úspěchy na společné cestě a až později se vracíte k vašim obvyklým já.

Co mě nejvíce dojímá na Vašem vztahu je to, jak mnoho se obětujete jeden pro druhého. Zdá se, že je důležité, ne-li klíčové, klást důraz na určitý vzájemný odstup s tím, abyste ochránili vztah a přežili jako individua. Začínám pochybovat, zda je vůbec možné být tak těsně spolu. Pokaždé, když se ještě těsněji sblížite, je konečný výsledek pro Vás špatný.

Snad by jste mohli změnit cíle a zavést paralelní manželství.

Věřím, že důsledky těsného soužití budou:

1. Bolestné období opětného překonávání překážek. Způsob, kterým definujete svoje manželství, by se mohl drasticky změnit - nakonec snad do žádného manželství.
2. Může se objevit období deprese. Vy se pak budete ptát, proč jste neudělali tyto změny už dřív a možná, že budete mít pocit, že jste ztratili část svého života.
3. Intenzivní období sebeprověřování. Mohli byste prozkoumat důvody proč jste se tak mnoho obětovali pro manželství, a pak se rozhodnout, co každý sám za sebe chcete. Vzájemně se chráníte před děláním osobních rozhodnutí po mnoho let.

4. Pravděpodobně by jste začali mít silně citově zabarvené argumenty.
5. Pravděpodobně by jste pociťovali, jak ten druhý zvítězil.

Chci, aby jste tento dopis četli jeden po druhém, a to každý večer až do našeho dalšího sezení. První noc ať Mark po přečtení okamžitě zhasne. Další večery nediskutujte o tom déle než 30 minut. O dopise, pokud budete chtít, budu s Vámi diskutovat v našem příštím sezení, ale ne dříve.

Tlumení a odmítnání změny

Tlumení a odmítání změny jsou jiné dvě techniky používané k vyrovnávání se s odporem ke změně. Potlačování změny v podstatě znamená jít pomaleji než jak si klient myslí, že by se mohlo jít. Při tlumení změny říkáme: "Neměňte se rychleji než můžete". " Když se musíte změnit, dělejte to pomalu a opatrně." Proč chcete měnit takovou dobrou věc?" Watzlawick et al. (1974) obvykle zdůrazňuje důležitosti toho " jít pomalu" od začátku léčení. Když vzroste odpor, zdůrazňuje význam postupných malých změn.

Odmítání změny je další krok při brždění změny. Existují dva obecné způsoby odmítnutí změny. První z nich nazval Watzlawick et al. (1974) " povolení". Klientovi se řekne, že má symptom povolen, a pak se mu předepíše. Pro odmítnutí změny používáme následující racionále: " Chtěl bych Vám povolit . . . (jméno symptomu) " nebo " Váš (jméno symptomu) se Vám snaží říci něco, co je pro Vás důležité. Chtěl bych, abyste se pokusil o experiment. V průběhu příštího týdne se vzdejte všech pokusů zastavit symptom a všímejte si a zaznamenávejte, co se s Vámi děje těsně před, v průběhu a po odeznění Vašeho ... (název symptomu). Chci od vás úplnou zprávu příští týden."

Jiný způsob odmítnutí změny je direktivnější. Klientovi se řekne, aby se neangažoval v tom chování, se kterým chce pomoci a u něhož žádá změnu. Tato technika se stala puncem sexuální terapie, ačkoliv se málo sex-terapeutů hlásí k paradoxní terapii.

Ve většině případů se klientům zakáže, aby měli styk. (Mastera, Johnsonová, 1970). Pak se jim řekne, aby měli pohlavní styk pouze za předepsaných podmínek. Hlavním důvodem pro tento příkaz je redukovat výkonovou úzkost, která je často základem sexuálních obtíží. Často pouhý zákaz ne-dělat stačí k tomu, aby umožnil změnu podle klientova přání. Často dojde k zázračnému vyléčení, ale i k relapsu, pokud se nepokračuje s brzdící strategií.

Milton Erickson často používal odmítnutí změny. Zdůrazňuje: No vidíte, takové jsou cesty lidských bytostí. Jakmile začnete někoho něčím deprivovat, tak bude tvrdit, že jste mu to povolil. Když dám pocientovi příkaz, aby něco udělal, tak bude mít pocit, že mu to nařizuji. Chce po mně, aby zůstal nešťastný s tím, že selhal. Proto také ode mne bude vyžadovat aktivní roli, abych přikazoval. A když mu v pravou chvíli přestanu poroučet, tak pak přestane dělat věci pro mne a bude je dělat pro sebe. Ovšem on nepozná, že mě nahradil (Haley 1973, str.70).

Erickson použil tuto techniku k vylákání odpovědí od vzpurného klienta. Mohl říkat klientovi ne, pokud mu říkal věci, na které byl připraven, nebo svého klienta mohl stále přerušovat. Odpor zvládl tím, že ho předepsal.

Prohlášení o beznadějnosti

Nejextrémnější formou jak naložit s klientovým odporem ke změně je prohlásit, že změna je nemožná. Klientovi se řekne, že se nedá nic udělat pro to, aby se symptom změnil. Situace se charakterizuje jako beznadějná. Tato strategie je poslední možnost. Když klient neodpoví na ostatní strategie změny, včetně jiných typů brzdění, tak už má terapeut jen malý výběr. Jediný způsob, jak zvládnout klientovo odmítání nebo neschopnost ke změně, je situace, když se prohlásí, za beznadějnou.

Selvini Palazzoli al. (1978) popsala použití této metody u rodin. Podle ní musí terapeuté říci rodině, že nejsou s to, aniž by svalovali vinu na rodinu. Zkrátka terapeuté tvrdí, že jsou to oni, kdo chybují pro svůj zmatek atd. Terapeuté mohou diskutovat své pocity beznaděje a svalovat vinu na sebe, ale nikdy ji ne-

připisují rodině. Terapeut přijímá jednosměrnost a diskvalifikuje jejich roli, jako původců změny. Obecně reagují rodiny na tuto situaci provedením " spontánní " změny.

Strategie prohlášení terapeutické neschopnosti se v literatuře nepopisuje často. Důvodem je, že zřejmě není potřeba tak často. My jsme použili tuto proceduru až jako poslední možnost, nebo když nám klient předložil zcela beznadějný obraz. Strategie utlumení, odmítnutí a prohlášení neschopnosti mohou být užitečné u tzv. " ano, ale" klientů. Když na všechny návrhy odpovídá " ano, ale", tak aktivně bojuje s terapeutem. Prohlášení o neschopnosti může být užitečné u párů a rodin, které při pokusu o změnu selhaly nebo očekávají od léčby příliš mnoho. Následující dva příklady ukazují použití procedury.

Léčili jsme mladý pár, který zpočátku udělal jakési změny, ale pak se zhoršil a selhal v provádění domácích úkolů a úloh z minulého měsíce. A protože byli zaměřeni na minulost, nedokázali si pro sebe stanovit cíle. Konfrontovali jsme pár s tím, čeho jsme si všimli a řekli jim, že ve snaze pomoci jim jsme se pokusili o všechno, co jsme znali. S depresivním tónem hlasu jsme jim sdělili naši bezmocnost a beznadějnosti situace. Vylíčili jsme velice ponurý obraz minulosti, přítomnosti a budoucnosti páru. Konečně jsme jim řekli, že by nebylo pro ně užitečné, kdyby pokračovali v léčbě u nás. A dodali jsme, že by jim snad někdo jiný mohl pomoci a že snad potřebují přerušit terapii.

Jakmile jsme jim to řekli, zpozorovali jsme, že se dívají vztekle, zvláště žena. V sezeních byla žena zpravidla velmi klidná a neasertivní. Její afektivita byla téměř vždy uhlazená. Když jsme ukončili svůj monolog, bylo dlouhé ticho. Pak se manželka prosadila a řekla, že věci nebyly tak zlé jak jsme uvedli, že některé úkoly dělali a léčení nechtějí ukončit.

Po chvíli váhání a dohadování jsme souhlasili s tím, že se ještě jednou uvidíme, když udělají nějaké změny v nadcházejícím týdnu. Jestliže se jim to nepodaří, ať zavolají, pokud ano, tak ať přijdou. V případě neúspěchu je toto poslední se-

zení. Popřáli jsme jim hodně úspěchů při řešení jejich problémů. Skutečně jsme byli rozhodnuti ukončit to, pokud v průběhu týdne neudělají změnu. Ovšem případ bychom dále sledovali, abychom viděli, zda někdy v budoucnu budou přístupnější ke změně.

Uprostřed příštího týdne telefonovala manželka a sdělila, že jsou připraveni na další sezení. Bez zabíhání do detailů - pár udělal dramatické změny v intervenčním týdnu. Oba přišli na sezení a vypadali lépe než před týdnem. Náladu měli zcela optimistickou a reagovali na sebe pozitivními emocemi. Žena začala sezení způsobem, který se lišil od jejího dřívějšího reagování, řekla, že měla na nás po minulém sezení vztek. Afekt byl kongruentní, poprvé byla hlasitá a sebeprosazující se. Sdělila, že s manželem strávili mnoho hodin mluvením o problému, s nímž byli konfrontováni minulý týden. Uvedla, že použili některé dovednosti, které jsme jim řekli a provedli některé starší domácí cvičení.

Tento případ došel k úspěšnému závěru. Bodem obratu bylo naše prohlášení o naší beznadějnosti v tom, jak jim pomoci. Pár začal být motivovaný ke změně a zaměřil se na své cíle.

Druhý případ ukazuje variaci této metody. Opět bylo obtížné stanovit terapeutické cíle, protože partnerská dvojice nevěděla o žádném způsobu, jakým by mohli vyřešit problém. Šlo o to, že každý z nich chtěl zvítězit. Hledali ideální řešení pro svůj komplexní a vrstevnatý problém. Ríše a Marie spolu žili dva roky. Marie se poprvé vdala, když jí bylo 19 let, ale po roce se rozvedla. Sdělila, že v manželství hrála dětskou roli. Ríša se také záhy oženil. V manželství, které skončilo po 12 letech rozvodem, měl dvě děti. Měl poměr s druhou ženou(v době, když se od něho odstěhovala první žena) a bylo z toho neplánované dítě. Tento vztah neměl nikdy naději, že vydrží a jakmile Ríša zjistil, že je milenka těhotná, měl pocit, že je chycen do pasti, a opustil ji kvůli Marii. Ríša s Marií hledali pomoc, protože je trápilo " bytí a nebytí" jejich vztahu. Oba zdůrazňovali, že chtějí vztah, který by byl v pořádku,

ale zdálo se, žě stále spolu bojují a vzájemně si vyhrožují, že odejdou.

V několika prvních sezeních si pár vytyčil krátkodobé cíle a při domácích cvičeních jich úspěšně dosahoval. Zlepšila se jejich komunikace, přestali "číst" myšlenky toho druhého a co je nejdůležitější, zjistili, že i ve vztahu může být každý sám sebou. Předtím každý z nich cítil, že na prvním místě byl vztah a každý z nich až na místě druhém.

Ve čtvrtém sezení dostal pár za úkol, aby si vytyčil sérii dlouhodobých cílů pro sebe i vztah. V průběhu týdne prožili několik krizí a Marie požádala Ríšu, aby opustil domácnost. V dalším sezení vyplaval skutečný problém páru. Marie cítila, že vztah nemá žádnou budoucnost, protože se Ríša dosud vídával s Annou - dřívější partnerkou. Ríša měl pocit, že je chycen v pasti. Rozhodl se, že bude otcem ročního chlapce, kterého měl s Annou, ale ta nechtěla, aby se s ním viděl mimo její dům. Uváděl, "pokud řeknu Marii, že jdu za synem, tak se bude cítit odmítnutá a oklamaná a jestliže jí to neřeknu, tak to pravděpodobně zjistí, když budu opouštět Annin dům." Oba o tomto problému hovoří nějakým způsobem téměř každý den, ale nikdy nejsou spokojeni. Radili se s přáteli a právníky a konzultovali i přátele psychology.

Způsob, jakým pár předváděl problém, ukazoval, že prožívají i beznaděj a že hledají správnou odpověď, o níž se domnívají, že musí být. První použitou taktikou byli požádáni o nejmenší změnu, která by mohla řešit problém. Nedohodli se o žádné změně, která byla přijatelná pro oba. Když terapeut zjistil, že je taktika neúčinná, začal přetvářet situaci. Zdůraznil, že mu situace připomíná drama, ve kterém má každý člen stálou roli. Dále uvedl, že jsou vzájemně spojeni hroužádný nemůže očekávat své vítězství. Nakonec terapeut ukázal, že některé situace jsou prostě nezměnitelné a musí být trpěliví, jak jen to je možné. Sezení bylo ukončeno doporučením, aby se partneři dohodli, zda zůstanou spolu i za cenu těchto podmínek - každý z nich souhlasil. Když terapeut nenabídl ani řešení ani nepovzbudil, pár opouštěl sezení.

Zpětná vazba, získaná na začátku následujícího sezení, ukázala na velké změny, které proběhly minulý týden. Ríša řekl, že mu konečně došlo, že není žádné jednoznačné řešení problému. Takže mohl přestat hledat ideální řešení, o kterém si myslel, že musí existovat. Cítil se lépe než dříve, protože zjistil, že je v bezvýchodné situaci. Zkrátka - jeho problémy se zlepšily tím, že změnil postoj. Neděsilo ho, že věci jsou takové, jaké jsou. Ríša uvedl, že změna postojů proběhla v prvních několika hodinách pro sezení. Diskutoval svůj náhled s Marií a ta to cítila stejně jako Ríša. Ríša se rozhodl, že by mohl říci Marii, když se půjde k Anně podívat na svého syna. Marie zjistila, že může přijmout jeho návštěvy, aniž by měla pocit, že není milována a že je odmítána. Ríša se začal i více prosazovat, když byl s Annou. Odmítl zabývat se problémy, které vytvořila, aby jej udržela v domě. Rovněž Marii řekl o některých problémech, které má s Annou. Na konci tohoto sezení byli oba plní naděje, že to bude dobré a Marie řekla, že cítí, jak se Ríša v jejich vztahu plně angažuje.

Tento případ ukazuje, jak je pro terapeuta při práci s klienty důležité, aby nehledal ideální řešení problému.

Terapeut musí klientovi pomoci, aby našel realistické řešen. i když v některých případech " nepomáhá".

De Shazer (1978 a) popsal jiný typ brzdící strategie, který je vhodný pro určitý typ vztahů. Uvádí, že tato metoda je užitečná, zvl. když se zabýváme tím, co Jackson (1968) nazval stabilně - neuspokojivý a nestabilně-neuspokojivý vztah. Podle De Shazera nedovolují tyto vztahy vyjasnit nebo vytyčit vzájemné cíle. Páry pak mají tendenci k vzájemně se vylučujícím cílům nebo trvají na tom, že je to ten druhý, kdo by se měl změnit. Aby pomohl těmto systémům nastolit cíle De Shazer přijímá a zesiluje odpor. Zabývá se problémem tak, že získává informace o detailní historii každého problému s tím, že je to pro terapeuta důležité a dává záruku, že pár nebude popoháněn k dělání jakýchkoliv změn až dokud se vše nevyjasní.

De Shazer sledoval všechna " vedení" vhodně, aniž by cokoli ukončoval. Tento proces zvětšuje zmatek a konflikt cílů uvnitř systému a tak jej posiluje nebo přesměrovává k jasnosti a jednotě.

Predikce relapsu

Na závěr budou diskutovány pravděpodobně nejdůležitější typy brzdících strategií. Mají také nejčastější využití při " paradoxní" praxi. Predikce relapsu je základem většiny paradoxních postupů. Obecně - nejprve je dán paradoxní předpis a je-li úspěšný, symptom náhle zmizí. Další krok je predikovat relaps. Klientovi se řekne, že se symptom náhle objeví znovu. Při predikci relapsu se klient dostává do terapeutické dvojné vazby. Když se symptom objeví znovu, terapeut to predikoval, takže je pod jeho kontrolou. Když se znovu neobjeví, je pod klientovou kontrolou. Symptom byl definován tak, že už nemůže být dále chápán jako nekontrolovatelný nebo spontánní.

Co se stane, když se symptom znovu objeví? Terapeut má mnoho možností. Může dát jiný předpis. Ve většině případů je znovuobjevení méně silné a lze s ním zacházet prostřednictvím následných predikcí relapsů až do doby, dokud se symptom úplně neztratí. Po dobu, co je symptom definován tak, že je pod něcí kontrolou, méně obtěžuje, případně méně vyvolává úzkost. Klient má více energie, kterou může investovat do situace, která vytváří problém. Pro mnoho klientů je predikce relapsu výzvou. Pouze způsob, který terapeut prověřil jako špatný je bez relapsu.

Obecně - kdykoliv se klient v paradoxním přístupu zlepší, měl by se terapeut divit, co se stalo a na změnu reagovat pesimisticky. Aby si terapeut pojistil sílu predikovaného paradoxu, může i hovořit o tom, co by měl klient dělat, aby nastal relaps. Terapeut může vypadat, že je per - plex, zmatený, dotčený, když nastane změna. Může se divit, když jsou věci jinak, zda se klient nezměnil příliš rychle nebo příliš brzy, případně jak zapůsobí tato změna na druhé. Může predikovat, že záhy budou věci pravděpodobně tak jak byly, anebo se příští týden ještě zhorší.

V jednom případě si mladý pár stěžoval, že příliš často v průběhu týdne bojují o tři "věci". Dostali předpis, aby bojovali dál a příští týden dvojice sdělila, že už nebojovali vůbec. Terapeut předpověděl, že během dalšího týdne budou mít pravděpodobně ne tři, ale nejméně šest střetů, tedy alespoň o tři navíc. Požádali jsme je, aby počítali množství bojů. Zasmáli se tomu a řekli, že se pokusí splnit naši předpověď. Jak řekli, tak se stalo. Když se problém takto vytratil, klidně terepeut sdělil klientovi, že problém zvládl ještě dříve než se do něho pustil.

Předepsání relapsu

Předepsání relapsu je poslední formou brzdění změny. Někdy je vhodnější předepsat relaps než jej predikovat. Případně je možné stupňovitě využít oba postupy.

Nejprve předepíšeme na zkoušku znovuobjevení se symptomu. Chování se předepíše v extrémní podobě s vysvětlením, že je někdy užitečné dívat se na staré vzorce a učit se z nich. Když se na zkoušku provede chování ve všech složkách zahrnutých v problému, pak je méně pravděpodobné, že se objeví znovu. V některých případech jsme léčené problémové děti požádali, aby se začaly chovat jako rodiče a ty ať se chovájí jako děti (Johnson, Weeks a L´Abate, 1979). Rodiče i děti chápou úkol jako zkoušku.

Za druhé - předpis relapsu je vhodný pro rodiny jednak k tomu, že pomůže odpoutat od dítěte a současně umožní rodičům, aby se vyrovnali se svým manželským problémem. Jakmile jednou začnou rodiče kooperovat, tak mnohem snáz uvidí, že využívali dítěte a jak ho využívali. Předepsání relapsu jim také pomůže k tomu, aby si uvědomili, že kdykoli mohou upadnout zpět do stejných vzorců, ale také k tomu, aby našli prostředky, které to znemožňují. Např. můžeme dítě instruovat , aby mělo symptom kdykoli jsou rodiče zlostní a nemluví spolu. Jakmile v budoucnu začne dítě relapsovat, nutí to rodiče k zamyšlení nad svým podílem na celé věci. Přepis relapsu usnadní, když požádáme

dítě, aby předstíralo, že má symptom (viz Haley,1976, str. 249).

Použití brzdících strategií vyžaduje pečlivé načasování a nasazení. Začínající terapeut bude pravděpodobně příliš váhat při aplikaci brzdícího tvrzení. Obecné pravidlo: jakmile začné probíhat změna, můžeme klientovi dát brzdící pokyny. Při načasování je rozhodující klinický úsudek. Podobně klíčové je nasazení brzdícího zákroku. Často se nás ptají: " Jak udržíte vážnou tvář, když říkáte takové věci?" Brzdící instrukce má mnohoúrovňový význam. Podstatou sdělení je: " Abychom se změnili, musíme zůstat stejní." Nonverbální doprovod může a pravděpodobně často i diskvalifikuje verbální výzvu. Je jasné, že brzdící zákrok nelze vyjádřit agresivně, hostilně, uštěpačně, sarkasticky či zlostně. Jistě by bylo zajímavé zkoumat neverbální chování terapeutů, když používají brzdící strategie. Ovšem dosud se tím nikdo nezabýval systematicky. Věříme, že nejlepší je nonverbálně vyjádřit zájem vřelostí a empatií. Víme-li, že zbrzďující tvrzení ve skutečnosti vyvolá opačný efekt, tak je to nejlepší rádce, když je říkáme klientovi.

Utváření pozice. (Přetváření, Positioning).

Utváření pozice, terapeut přijímá a nadsazuje pozici klienta nebo jeho asertivitu (Rohrbaugh et al.1977). V mnoha případech je klient v opozici jak vůči ostatním lidem, tak vůči terapeutovi. Utváření pozice je ideální způsob, který dovoluje pracovat s klientem, hrajícím " opoziční hru". Opoziční hra je hrou slov, kterou je možné rozšířit na chování. Když se klient ve své hře utká slovně s terapeutem, ten mu vnutí, aby udělal odlišnou behaviorální odpověď. Tedy, klient je veden k tomu, aby na slovní úrovni setrvával v opozici, takže nastane behaviorální změna.

Klientka přišla jednou na schůzku a tvrdila, že ji všichni nenávidí. Řekla, že by pro ni snad bylo nejlepší, aby zůstala bez přátel a žila v lese. Zjevně byla zmatená a zlostná. Když mluvila, tloukla pěstí o desku stolu. Terapeut vyjmul arch papíru a požádal ji, aby mu řekla, co jí dělají lidé, když ji nenávidí. Společně sestavili seznam 24 způsobů jak ji lidé nená-

vidí.
Asi od 15 položky ji musel terapeut podněcovat, protože už si nemohla spontánně vzpomenout. Terapeut pak začal tvrdit, že ostatní klienti uvádějí od 50 do 100 způsobů a přitom nebývají tak zmateni jako ona. Jakmile byl seznam kompletní, terapeut souhlasil, že by s tím něco měla dělat. Když svůj seznam nahlas přečetla, souhlasila, že život v lese bez jakéhokoli lidského kontaktu by pro ni nebyl tou nejbezpečnější věcí. Klientka seděla tiše a hleděla na podlahu. Vzhlédla a řekla, že se právě teď cítí jako malé kůzle. A dodala, že má starosti s jednou známou. Sezení skončilo klientčiným smíchem a žertováním.

Nepřímé a skryté paradoxy.

Paradoxy mohou být dány přímočaře, snadno srozumitelným způsobem. Informace je zcela jasná. Klient na kognitivní úrovni přesně ví, co se od něj požaduje. Ovšem paradoxní instrukce může mít různý stupeň jasnosti a direktivnosti a variuje i s mírou klientova uvědomění ve chvíli, kdy přijímá paradoxní pokyn. Některé paradoxy mohou být skryté a bývají formulovány nepřímo. Obsahují vágní nebo ambivalentní termíny, nedefinované vztahy, kontradikce, dvojí významy a řadu dalších lingvistických prostředků, které dělají interpretaci obtížnou.

Skrytá nebo nepřímá sdělení mají mnoho výhod. Za prvé - mohou být velmi užitečná u klientů terapeuticky zkušených nebo i u terapeutů. Za druhé - jsou užitečná u intelektualizujících nebo u " kompjútrů". Poněvadž jsou skrytá sdělení terapeuticky zkušeným nebo intelektualizujícím pacientům nejasná, nedovolí jim to, aby je ignorovali, oponovali jim, případně byli vůči nim rezistentní. Za třetí - skrytá sdělení jsou velmi důležitá pro klienty léčené příliš direktivními paradoxy a přímočarou konfrontací. Za čtvrté - většina skrytých paradoxů donutí klienty přemýšlet o tom, co bylo řečeno a porozumět tomu. Mohou takto prozkoumat řadu alternativních pohledů na věc. Za páté - skrytá sdělení jsou nasměrována k nevědomí. A konečně - u skrytých sdělení se jen obtížně pozná, že jde o pokyn nebo příkaz.

Takže, když změna vyplyne z použití skrytého manévru, tak se zvýší klientův pocit kontroly či moci,při současném snížení moci a důležitosti terapeuta.

Milton Erickson byl mistr v používání skrytých nebo nepřímých výzev. Erickson konstatoval, že pacient je osoba, která se bojí být přímá (Beahrs,1977), Beahrs dodává: " zdravý člověk je přímý - definuje problém, uvažuje, promýšlí alternativy, vybírá řešení, která jsou pravděpodobně nejvhodnější k dosažení výsledků. Dělá to, co si přeje, pohlíží přímo na překážky stojící mu v cestě. Kdežto poněkud neurotická nebo narušená osobnost se bojí toto udělat. Způsoby neurotiků jsou velmi nepřímé, schizofrenici ještě více a Erickson je hluboce přesvědčen, že dostat se k narušenému jedinci je možné jen přes jeho pojmy. Když působíte na tohoto pacienta přímo, bude klást odpor ze stejných důvodů z jakých to činí ve svém životě" (str. 57-58).

Obecně je vhodné využít skrytého sdělení k navození zmatku. Tato technika je odvozena z postupu vyvolávajícího v hypnotizovaném zmatek (viz Haley, 1967). Při hypnotické indukci se dá rychle za sebou více příkazů matoucí povahy. Když chce pacient uniknout těmto matoucím výzvám, ustoupí nebo regreduje do tranzu. Techniku lze využít i terapeuticky. Terapeut může hodně povídat (psychologické žvanění je v tomto případě užitečné) a když se blíží ke konci svého monologu, vloží do něj přímé nebo paradoxní sdělení. Klient může být tak zmaten, že jakékoliv sdělení, které má smysl, nabývá pro něj zcela speciálního významu. Dále je uvedeno několik příkladů. Jsou sice příliš vágní, aby měly plný smysl, ale páry, které je dostávají jako součást dopisů, spotřebují velmi mnoho času na to, aby je společně rozluštili, protože jsou nějak spojeny s jejich problémem.

Příklady:

1. Váš vztah je velice pěkně komplementární, ale protože může být pouze tím, čím ostatní být nemohou, tak nemůžete být opravdu sami sebou ....

2. Zraňuje mně, že jak se zdá máte pocit, že se každý musíte buď zabývat zadaných rozvrhem, nebo se zcela uzavřít a plně se soustředit na sebe sama a na druhého. Překvapilo by mě, když bych zjistil, že jste se zabývali tím, jak zvládnout svůj problém nebo žití?
3. Dojalo nás jak jeden druhého podporujete, aby se rozvíjela jeho schopnost milovat nehledíc na manželství a rodinu. Pokračujete v této vzájemné ochraně, ochraně individuality a rozvoje, pokračujte v pomalém pohybu ve směru utváření nově integrovaného vztahu a čdení úkolům manželství a rodičovství.
4. Chceme Vám poblahopřát k tomu, že jste takový zvláštní pár, který nikdy nedopustí, aby mezi Vámi došlo ke vzájemnému nedorozumění. Zdá se, že oba máte hluboké porozumění pro pocity toho druhého. Zřejmě je to proto, že tomu věnujete příliš mnoho pozornosti. Konečně - cítíme, že Vaše jemné porozumnění Vám umožní, abyste mohli pokračovat ve stejném rozsahu vzájemného sdílení pocitů.

Poslední způsob, jak být nedirektivní, je použití met for. Jak může být metafora chápána paradoxně? Za prvé- paradoxní metody jsme definovali široce s tím, že obsahují jakoukoliv techniku pro změny druhého řádu. Za druhé - metafora je slovo nebo myšlenka, která je pouřita místo jiného slova nebo myšlenky. Použití metafory dovolí změnu z jedné senzorické modality na jinou (např. písek je hlasitý, to chutná jako hedvábí) (Koen, 1965).

Toto pozorování je v souladu s myšlenkami Bandlera a Grindera (1975, 1976), že lidé nakládají s problémem v odlišných senzorických modalitách. Tvrdí, že problém, který je zarámován v jedné modalitě, bude snáz řešitelný, jakmile se jím budeme zabývat v jiné modalitě, která nechá osobu klidnou. Takže metafora může usnadnit změnu. Půjde o změnu druhého řádu změněním reprezentačního rámce. Technika, která vyplývá přímo z těchto úvah:klient se požádá, aby formuloval problém ve všech senzorických modalitách, t.j. např. " Jaký to vyvolává pocit, zvuk, jak to vypadá?"

Metaforický postup dovoluje klienty konfrontovat s obtížemi a úkoly, které produkují úzkost v jiném kontextu, a to tak, že se navodí situace, v níž je osoba kompetentní. Např. klient byl velmi úzkostný v souvislosti s nástupem do nového zaměstnání. Terapeut požádal klienta, zkušeného horolezce, aby pojednal o různých aspektech horolezectví (např. co si bere, co má na sobě, kde leze, čemu se vyhýbá, s kým leze). Terapeut střídal mezi schopnostmi, které může využít v horolezectví a těmi, které jsou použitelné v novém, nastávajícím zaměstnání. Propojení těchto dvou "zjevně" nespojených úkolů pomohlo klientovi přenést vědomosti z jedné oblasti do druhé a redukovat tak úzkost z nového zaměstnání.

V průběhu terapeutického sezení může terapeut manipulovat s prostorem a s objekty, aby symbolizoval vztahy. Rodinní terapeuti často žádají klienty, aby se pohybovali po místnosti a symbolizovali tak určité složky vztahu. Dobrým příkladem je Satirová (1967), která použila "zprostornění" tedy využití prostorových vztahů metaforickým způsobem.

I objekty mohou být metaforicky využity. Mladý pár neměl klid, nedokázali jasně hovořit o svých potížích a udržovali vzájemný emoční odstup. V průběhu sezení seděl každý na opačném konci, terapeut dal mezi ně křeslo. Pár pochopil tuto konkrétní metaforu a začal hovořit o svých věcech zcela specifickým způsobem.

De Shazer (1980) nedávno zkoumal použití nepřímých symbolických sugescí. Uvedl úspěšné experimentální léčení tří mužů pociťujících erektivní dysfunkci. Tito muži byli léčeni hypnoterapeuticky. V jedném případě šlo o architekta. Po indukci tranzu mu byla popsána vysoká budova. De Shazer zdůraznil, že stavba má dobré základy, je funkční a proporcionální a dovoluje přistavovat stále více a více podlaží, která jsou kruhová a tyčí se vzhůru. Další příklad. Šlo o důstojníka ve výslužbě, který dostal prostou direktivu: " Nyní, když jste ve výslužbě, můžete ještě, pane B., mít velmi dobrou pozornost teď i v budoucnu." Muži v těchto případech se rychle

zlepšili, i když nedostali sugesce na zjevné úrovni adekvátní jejich problému. Tento postup byl účinný u několika mužů, ale nepracoval u těch, kteří měli erektivní problémy, které souvisely s manželským konfliktem.

Zeig (1980 a) popsal jak Milton Erickson použil metaforu v předepsání symptomu. V konfliktním manželství dostal muž i žena symbolický úkol. Ona měla vystoupit na kopec a on zajít do arboreta. Pak si úkoly prohodili. Úkol dal každému z nich příležitost, aby poznali své typické vzorce chování. Uvědomili si, že lezli na "neplodný kopec" manželského nesouladu po dobu několika let a rozhodli se pro rozvod.

Použití metafory v psychoterapii je omezeno pouze terapeutovou imaginací a tvořivostí. Nejznámnější Ericksonovou metaforou je, když si se svými klienty povídal o společné večeři, a pak ji předepsal. Šlo o způsob zvládnutí sexuálních problémů. Největší výhoda v použití metafory je, že dovolí klientovi, aby se změnil " spontánně" (Haley, 1973, str. 26). Není potřeba žádného vhledu nebo interpretace.

Vhled redukující paradoxy

Od dob Freuda byl vhled chápán jako cíl, ne-li jako základní cíl psychoterapie. Freud definoval vhled jako intelektuální porozumění - poznání "proč" má člověk neurózu. Pro humanisticky orientované terapeuty např. Rogerse je vhled zvědomění a přijetí pocitů a postojů. Většina terapeutů od Freuda až do současnosti se snaží u svých pacientů vytvořit vhled (náhled) tím, že reflektují to, co klient verbalizuje, případně tím, že interpretují.

Vhled, který vytvořila paradoxní intervence je jiný než ten, který je důsledkem reflexe nebo interpretace (t.j. slov). Většinou je vhled vytvořen terapeutovou verbalizací a jeho vliv na klienta je problematický. Věříme, tomu že většina vhledů není nic jiného než poznání, tedy myšlenky o zjevném chování. Paradox na druhé straně může vytvořit pragmatický vhled. Tento druh vhledu se vytvoří za systematické manipulace klienta te-

rapeutem, ale jde o sebegenerující vhled. Terapeut poskytuje pouze strukturu pro zkušenost - ne interpretaci této zkušenosti. Vhled je perceptní reorganizace založená na klientově vhodné zkušenosti. Jeho pravda je naprosto usvědčující a nelze z ní utéci. Vhled je tak silný, že klient může při jeho objevení upadnout do tranzu. Dodejme, že použití termínu pragmatický k popsání tohoto typu vhledu je v souladu s pragmatickou teorií pravdy Williama Jamese (1907). Pro Jamese se pravda vztahuje k tomu, zda myšlenka působí, a to, zda nějaká myšlenka působí, závisí na formě činnosti, která vede ke zkušenosti.

Haley (1976) zdůraznil, že vhled není nutný k tomu, aby v terapii nastala změna. Je pouze rekvizitou změny, ať už osoba dělá úkol zadaný přímo nebo paradoxně. Haley oponuje na vhled orientovaným psychoterapeutům a většina jeho úkolů není specificky zaměřena na vytvoření vhledu. Ovšem vhled mnohdy vznikne, aniž by se o to terapeut snažil.

Jindy terapeut může použít paradox vyvolávající vhled z mnoha důvodů. Za prvé - použije takovýto paradox u klienta, který očekává a chce vhled. Za druhé - proč ne? Jestliže paradox vyprodukuje žádané behaviorální změny, pak je vhled jednoduše přídavkem. Vhled může klientovi pomoci, aby si více uvědomil ostatní pocity a chování, a tím se disponuje pro příští změnu.

Základní forma paradoxu, která nepřímo navozuje vhled, je: " Kdykoliv cítíte, myslíte, slyšíte, vidíte atd., chci abyste.... (předpis nějakého konkrétního chování)". Když osoba dělá předepsané chování, automaticky je spojuje s pocitem atd. Obsaženým v paradoxu. Např. " Kdykoliv budete mít pocit, že jste ignorován, bojujte s ....". Varianta této struktury není plně zaměřena na vhled: " Příště Jene až budete ..., chci abyste (předpis symptomu)" Ovšem tento podtyp často pomůže vhlédnout do vlivu jiné osoby, která působí na klienta. Např. " Příště až vaše manželka s vámi začne vážně diskutovat, chci abyste našel něco, co vám umožní vyvléci se z diskuse tak rychle, jak je to jen možné." Watzlawick et al.(1974) Při tomto typu paradoxu jde o to, aby se skryté stalo zjevným. Takovýto paradox, který umožňuje vhled, lze nazvat " když - pak - paradox".

Kontext II - 4,1986

Závěr

Paradoxy, které byly popsány na těchto stránkách, představily mnohé z technik uváděných v literatuře o paradoxní psychoterapii a připojeno bylo několik původních. Začínající paradoxní terapeut bude mít pravděpodobně sklon spoléhat se při intervenci na tyto techniky. Použití hotových technik zjednodušuje terapeutův úkol. Ovšem ten by se na ně neměl příliš spoléhat. Mohou jej zaslepit a odvést pozornost od celkové léčebné strategie. V principu jde o to, aby se jedinec naučil pracovat paradoxně. Techniky by měly plynule vycházet z principů popsaných v úvodní části. Terapeut může použít techniku, kterou používají jiní, případně vytvoří techniku novou, která může působit stejně magicky jako u Ericksona. Intervence jsou tvořivá vyústění, která vyplynula z interakce terapeuta, klienta a problému. Žádné dvě intervence si nejsou zcela podobné, i když principy, na základě kterých byly formulovány, dovolují vědecky podložená tvrzení a hodnocení.

Kontext II - 4,1986

IV. Orig. čs. práce

Jan ŠPITZ: Ekosystémové hledisko v psychosomatice dětského věku

(Verze přednášek na 14. klinicko-psychol. dni 11.1.1982 a na sekci psychoterap. 2.11.1982, upravená pro otištění v Kontextu 4/86).

Psychosomatických poruch v dětství přibývá. Je to patrně způsobeno jednak skutečným vzrůstem frekvence, odpovídajícím rostoucí psychosociální zátěží dětí, nepochybně však také tím, že jsme k nim citlivější a umíme je lépe rozlišovat a lépe jim rozumět. Tato citlivost není jen věcí psychiatra a psychologa, ale zejména úkolem pediatra a každého odborného lékaře v jeho oboru. V základní pediatrické péči se ve světové literatuře uvádí 5-40 % návštěv pro psychosociální problémy, tedy v dosti širokém rozmezí výskytu podle typu a zaměření pracoviště a výskyt 8-10 % psychosomatických problémů, tedy poměrně rovnoměrný výskyt bez ohledu na typ pracoviště.

Mluvíme-li o psychosomatice, je třeba mít na zřeteli, že i v dětském věku musíme rozlišovat dva pojmově zásadně odlišné okruhy její problematiky. Prvním z nich je psychosomatické hledisko nebo orientace v lékařství, označované také jako psychosomatická medicina, která se zabývá souvislostmi mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory při řešení otázek zdraví a nemoci obecně.

Její přední soudobý teoretik Kimball (1978) postuluje potřebu nových hypotéz vedoucích k jednotné teorii s vlastním jazykem, vlastním pojmovým aparátem, který by překlenul nedostatky dosavadního překládání na př. jazyka fyziologie do jazyka psychologie, jehož rizikem je redukcionismus. Prvními kroky na této cestě je chápání korelativního, souběžného kauzálního působení, dále pochopení cirkulární, cyklické kauzality se zpětnovazebními mechanismy, nebo přijetí existence nepravidelných sekvencí s možností obousměrného vývoje. Příkladem takové - kdysi posvátné - ztrnulé sekvence je představa, že sociální vlivy mají své psycho-

logické důsledky a tyto psychologické projevy jsou provázeny fyziologickými reakcemi, které se pak mohou fixovat jako symptom poruchy.

Dále je to vícedimenzionální model, umožňující paralelní uvažování řady proměnných při vzniku nemoci a hlavně hledisko časové, které si v dětství uvědomujeme více než v dospělosti, jako vývojový faktor. Namísto fixovaných vztahů se uvažují vztahy otevřené, vyvíjející se v průběhu nemoci, takže význam biologických a psychosociálních faktorů se v průběhu udržování nemoci stále mění. Původní Alexandrův septet posvátných psychosomatických nemocí byl rozšířen na všechny nemoci vůbec. V psychosomatické orientaci tedy vlastně paradoxně psychosomatická porucha jako taková nebo v užším slova smyslu neexistuje, protože všechny nemoci a poruchy mají vždy zastoupeny nějakými způsobem všechny tři roviny, jsou tedy psychosomatické. Psychosomatická orientace se tedy zabývá otázkami vzniku nemoci a jejího udržování. Weakland 1977 říká, že cirkulární kauzalita se zpětnovazebními smyčkami znamená, že nezáleží ani tolik na tom, jak problém začal, ale jak a čím je v přítomné situaci udržován.

Na této obecné rovině se na př. ukazuje, že role nemocného v dospělosti je už pouze replikou časné zkušenosti s nemocí v dětství, tedy že dospělý stůně tak, jak stonal když byl dítětem. V psychosomatické orientaci se ve vztahu k dětství uvažuje také otázka časné separace a ztráty blízké osoby v dětství pro vznik nemoci v pozdějším věku. Brown (1966) v klasické už studii prokazoval větší výskyt somatických, psychologických i sociálních poruch u dětí, které prožily ztrátu blízké osoby do 15 let a největší výskyt patologie nacházel po ztrátě obou rodičů do 8 let věku.

Druhý pojmový okruh se týká psychosomatických poruch v úžším slova smyslu dle Lipowského. Index medicus na př. vedle pojmu psychosomatická medicina pojem psychosomatické poruchy vůbec neuvádí a řadí je pod sběrný pojem psychofyziologických poruch. Pojem psychosomatický byl tradičně užíván jako synonymum pojmu psychofyziologický, psychovegetativní, kortikoviscerální a pod. Tento pojmový aparát, poplatný jazykům svého vzniku, se týká poruch,

které při svém vzniku, udržování nebo léčení nezbytně zahrnují i psychosociální faktory. Základním postulátem patogeneze těchto poruch není podle Hoffa a Ringela snaha vysvětlovat je pouze psychickými nebo sociálními faktory, ale spíše chápat je multifaktoriálně.

Guntern (1980) rozlišuje v transakcích organizmu s fyzickým a sociálním prostředím 4 aspekty: fyziochemický aspekt (na př. zvýšení hladiny noradrenalinu, vazokonstrikci, svalové kontrakce a pod), kognitivní aspekt (na př. hodnocení situace ohrožení, rozhodovací procesy, strategie zvládání situace - coping a pod), afektivní aspekt (emoční prožitky), a transakčně-komunikativní aspekt (na př. typická mimika úzkostného jedince, únik nebo útok a pod).

Nelze dobře podat a nemělo by smysl chtít podávat výčet poruch, které se řadí mezi tzv. psychofyziologické nebo v užším smyslu psychosomatické poruchy. Ermann (1980) považuje za psychovegetativní poruchy takové, u nichž chronické psychické napětí vede k symptomatickým poruchám funkce orgánů a k poruchám vegetativní regulace. Patří k nim na př. tenzní bolesti hlavy, žaludeční a střevní potíže, srdeční potíže, ale i úzkostnost, inhibovanost, ochablost, únava a poruchy spánku. Mangold zjistil častý výskyt akutních záchvatů dušnosti v poslední době. Sami pozorujeme často řadu poruch, málo v literatuře popisovaných, zejména chronické febrilní a subfebrilní stavy, kolapsové stavy a různé formy respiračních dysfunkcí.

Od těchto projevů pak Ermann odlišuje na jedné straně neurotické poruchy konverzního rázu s tělesnými projevy a na druhé straně strukturální orgánové změny, spojené s vlastními psychosomatózami (to je termín užívaný v západoevropské kulturní tradici s německým jazykem), jako je ulcus, astma a pod.

Podobně Certcov a Calvo (1973) rozlišují 5 situativních modelů: 1. funkční (psychický) symptom jako automatický důsledek emoce (na př. zažívací potíže podmíněné strachem), 2. psychosomatickou poruchu způsobenou fixací, perpetuizací a generalizací (např. průjem při panice se objevuje i při nepatrné emoci),

3. psychosomatickou poruchu s organickou bazí (na př. vředová nemoc), 4. konstituční somatizaci (novorozenec, který bude vždy neuropatickým) a 5. so -izaci v psychopatologickém kontextu (na př. hysterická, konverzní somatizace).

Není náhodné, že se zde ocitají na jednom kontinuu protikladné formy poruch. Citlivý bod zde představují otázky dichotomického rozhodování, otázky typu buď anebo. Jde o somatickou nebo psychickou poruchu, jde o neurozu nebo o psychosomatickou poruchu a pod. Jsou to otázky poplatné původní dualistické koncepci, které v systémovém pojetí postrádají smyslu. Mohou být dokonce zavádějící a v praxi přímo škodlivé, protože nastolují pseudoproblémy typu: komu " patří pacient", kam "patří" - na psychiatrii nebo na pediatrii, namísto otázek po dělbě úkolů při práci s dítětem a rodinou, otázek po kooperaci a optimální volbě garanta a koordinátora dalšího postupu v té určité dané fázi vývoje problému a pod. Je zde nebezpečí, že se dostaneme do pozice rodiny popsané Huertou, kde se otázka buď - anebo stala rodinnou kulturou kolem psychosomaticky nemocného dítěte. Otázka: je to tělesné nebo psychické onemocnění? tu oznamená: je to třeba brát vážně nebo si to jenom vzal do hlavy, simuluje, je to osud nebo náhoda nebo jsme za to odpovědni, zavinili jsme to sami a pod. Přitom ani jedna odpověď nepřináší řešení a úlevu, první znamená potvrzení role nemocného a perpetuizaci poruchy, druhá znamená konfliktovou situaci a eskalaci problémů. Je to způsobeno tím, že ani jedna odpověď z těchto dvojic není správná, protože takto nelze vůbec klást otázky.

Psychosomatika dětského věku má svá specifika, své zvláštnosti. O souvztažnostech bio-psycho-sociální jednoty člověka, vyjádřených v moderním pojetí osobnosti, nejsou již prakticky pochybnosti. Kdy je však tato jednota vyjádřena nejvýrazněji, nejintimněji, kdy je nejužší jejich provázanost a také největší možnost interakce mezi těmito třemi stránkami? Bez velkého rozvažování lze říci, že je to tím více, čím mladší je jedinec, kterého uvažujeme. Vždyť vývoj je také diferenciace a to platí i o bio-psycho-sociálních stránkách lidské existence. Čím mladší je dítě, tím více mluví tělem, tím více koresponduje psychické vzrušení

s tělesnými projevy, tím více ovlivňují sociální faktory tělesné funkce a pod.

Z toho tedy vyplývá, že psychosomatické poruchy v dětském věku vznikají snadno, snáze než v dospělosti. Finch a Hansen (1980) pedopsychiatr a pediatr, řadí mezi psychofyziologické nebo vegetativní poruchy takové, u nichž je význačná interakce somatických a psychosociálních složek (různě vyvážených). Tyto poruchy jsou precipitovány a udržovány psychologickými nebo sociálními podněty, které mají charakter stresu. Strukturální změny při nich mohou být různě vyjádřeny, dosáhnou-li stupně nezvratnosti, ohrožují pak i život. Do jejich mnohotné etiologie jsou zahrnuty jak dispozice genetického nebo konstitučního rázu, tak i vývojové psychologické determinanty nespecifického charakteru a precipitující události, které nabývají významu stresu vysoce individualizovaně. Konfliktní situace jsou disponujícím faktorem. Prakticky nikdy nejde o specifický typ osobnosti, který by bylo možno přiřadit jednotlivým konkrétním poruchám.

Důležité je hledisko vývojové. Čím je dítě mladší, tím globálnější a méně diferencované poruchy vznikají. Další charakteristikou psychosomatiky dětského věku je skutečnost, že čím dříve v životě dítěte vznikají podmínky, které se podílejí na vzniku a udržování psychofyziologických poruch, tím závažnější je problém. Emoční a fyziologické faktory působí souběžně a čím časněji se porucha vyvíjí, tím větší je pravděpodobnost, že to bude porucha vážná. Finch tu analogizuje se symbiotickou a autistickou psychózou ve srovnání s pozdější schizofrenií.

Mangold (1981) v souboru 1000 psychosomaticky nemocných dětí z Rakouska zjišťuje často náhlý, dramatický začátek psychosomatické reakce v prepubertě a pubertě. Svědčí to však pouze o tom, že v době vývojové krize kolem puberty propukají do té doby potlačené vývojové problémy. Častý je emoční blok jako výraz porušeného afektivního a sociálního vývoje před touto dobou. Mangold považuje za podklad psychosociální poruchy problém individuace a pubertálního osamostatňování v souvislosti s rodinnou konstelací.

Kontext II - 4,1986

Shrneme-li, co bylo zatím o zvláštnostech psychosomatiky v dětství řečeno, pak 1. psychosomatické poruchy vznikají v dětství snadno, 2. jsou globálnější a méně diferencované, čím je dítě mladší, a 3. jsou závažnější a hlubší, čím dříve v životě dítěte nastupují. Někdy se tato závažnost projeví teprve později, protože v časných stadiích probíhají skrytě.

Tím se dostáváme ke čtvrté specifické charakteristice psychosomatiky v dětství - 4. ekosystémovému hledisku, reprezentovanému v dětském věku nejvíce rodinným systémem.

Ekosystémové hledisko psychosomatických poruch v užším smyslu vychází z několika premis. První a nejdůležitější z nich, hlavní aspekt této ekologie, jak zdůrazňuje Meissner (1977), je emoční angažování v rodinném systému. Dalším důležitým předpokladem je, že v rodinné interakci se vytvářejí podmínky k tomu, aby se určité faktory projevily efektivně, jsou tedy nezbytnou, nikoli však postačující podmínkou pro vznik určité poruchy. To je v souladu s tím, že četné patogenetické faktory jsou ubikvitní, vyvolájí však poruchu jen u určitých lidí (Weiner,1977). Sholevar (1980) uvažuje o tom, že základní psychologická insuficience psychosomatických rodin se týká integrativně-expresivní funkce ve smyslu Parsonse a Balese, to jest funkcí, sloužících regulaci napětí a uspokojování afektivních potřeb. Adaptivně-instrumentální funkce, týkající se prestiže a sociálního postavení rodiny zůstávají neporušeny nebo trpí teprve druhotně. Sholevar postuluje dosti mechanisticky pro chronické psychosomatické poruchy třígenerační trvání rodinné dysfunkce a při akutních psychosomatických reakcích a u mladších dětí dvougenerační.

Jak upozorňuje správně Wirsching, nebyl dosud rodinný kontext psychosomatické poruchy v dospělém věku nikdy nikým zkoumán, všechna dosud existující zjištění jsou tedy založena jen na zkušenostech z práce s rodinami s psychosomaticky nemocným dítětem.

Již ze studií, založených na individuální psychoterapii, byly získány některé údaje o těchto rodinách. Tak na př. pro astmatiky bylo považováno za typické odmítání dítěte dominantní matkou,

maskované nadměrnou protektivitou, zatímco otcové astmatiků i dalších psychosomaticky nemocných dětí jsou pasivní a periferní. Ulcerativní kolitida bývá provázena kompulzivní strukturou osobnosti rodičů s emoční chladností a izolací afektů a nadměrnou závislostí se strany dítěte. Kanner popsal už v r. 1948 dítě jako " orgán rodičovské hypochondrie", se symptomatickou obstipací, alternující mezi matkou a dcerou.

První rodinní terapeuti viděli psychosomatickou poruchu z hlediska konceptu tzv. reciproční patologie, kdy se protichůdně zlepšovala nebo recidivovala psychická porucha jednoho z psychosomatická jiného člena rodiny. Jackson si všiml rigidních homeostatických mechanismů " restriktivního" rázu v rodinách s psychosomatickým členem.

Současná praxe rodinné terapie přináší několik teoretických koncepcí psychosomatické poruchy v rodině. Weakland (1977) navrhuje pro tuto rodinnou psychosomatiku název "family somatics".

Psychodynamicky orientovaná teorie Bowenova (1978) koncipuje " rodinný projekční systém", v němž je psychosomatická porucha interpretována jako mechanismus, jímž méně zralí členové rodiny kontrolují emoce a vztahy blízkosti mezi členy rodiny. Je to důsledek nerozřešeného symbiotického vztahu matky a dítěte a z toho plynoucí funkční bezmocnosti, nacházející vyjádření v psychosomatické poruše. V této souvislosti Bowen mluví o fyziologické reciprocitě v rodinném systému. Někdo musí zůstat zdráv, aby udržoval nemocného v jeho roli. Matka se často stává rodinnou diagnostičkou, rozhodující o tom, kdo je nemocen.

Nejobecnější je strukturální model Minuchinův (1978). Funkčními charakteristikami rodinného systému v rodině generující psychosomatickou poruchu, jsou: 1. Propletení, při němž rodinné interakce probíhají za extrémní blízkosti členů rodiny mezi sebou se slabými hranicemi a nízkou osobní diferenciací, takže jedinec se ztrácí v rodinném systému. 2. Protektivita, znamenající nadměrný zájem členů rodiny o sebe navzájem. Pro druhé se dělá zejména to, co by si měli zařizovat sami, čímž se brzdí vývoj osobní zdatnosti a autonomie, zejména u dětí. 3. Rigidita rodinné

interakce, trvání na navyklých formách i v dobách, kdy jsou již vývojově nepoužitelné. Tak vznikají problémy právě v uzlových bodech vývoje, kdy změna je nezbytná, např. při dospívání dítěte. 4. Neschopnost řešit konflikty, které jsou buď popřeny nebo bagatelizovány a rozmělněny, takže v rodině nelze nesouhlasit a chybí efektivní metody řešení konfliktů. Ty se proto udržují a ohrožují znovu. 5. Zatažení dítěte do partnerského konfliktu rodičů. Účast dítěte v něm pomáhá regulovat vnitřní stabilitu rodiny za cenu zesilování psychosomatických symptomů a dysfunkční organizace rodiny.

Švýcarský rodinný terapeut Guntern (1980) doplňuje Minuchinovy charakteristiky o další dvě: 6. Neschopnost rodiny přijímat rozhodnutí. Každé rozhodování je provázeno nekonečnou diskusí a dojde-li k rozhodnutí, je v dalším hned zpochybněno nebo změněno. a 7. Neschopnost rodiny tématicky komunikovat. Je-li někým z rodiny nebo terapeutem navozeno téma, komunikace rychle vázne, nadhazují se témata nová nebo se vrací témata stará a výsledkem je ztráta souvislosti a zmatek.

Strukturální model vznikl generalizací zkušeností s rodinnou terapií v souvislosti s astmatem, mentální anorexií a juvenilním diabetem.

Poslední model, o kterém se chci zmínit, je opět psychodynamický a patří do kontextu zkoumání prekoronárního chování neboli chování typu A. Chování typu A je koncipováno jako manifestní, zjevný behaviorální syndrom nebo jako určitý životní styl. Není ani rysem osobnosti ani standardní reakcí na zátěž, ale spíše reaktivitou povahově disponovaných osob na situaci, vnímanou jako ohrožení nebo překážky. Jde o kontinuum rysů chování, na němž lze jedince zařadit podle toho, zda projevují více či méně určité formy chování. Osoby s vysokými a typickými projevy označili Friedman a Rosenman (1967-71,1974) jako typ A, osoby na druhém konci kontinua jako typ B.

Chování typu A má tři hlavní komponenty: 1) soupeřivou snahu po úspěchu, nezdolnou vytrvalost, tvrdou houževnatou práci se zdůrazňováním společenského postavení a touhou po uznání, 2) chvat a

netrpělivost, neutuchající aktivitu se stálou časovou tísní, "nemoc ze spěchu", snahu dělat více věcí najednou, neschopnost vyčkávat, spojenou většinou s hlasitou, explozivní řečí, zrychleným myšlením a napjatým mimickým svalstvem v obličeji a 3) agresivní hostilitu, hněvnost, podráždění a vztek při každé frustraci, častý hněv a pocity nepřátelství, nezvládání emocí. Glass soudí, že všechny tři komponenty mají vlastně společného jmenovatele v excesivní snaze po kontrole. Typický nositel chování typu A musí mít pocit, že má sebe i situaci pod kontrolou, proto raději pracuje sám, nechce být závislý na druhých, chce mít kontrolu i nad nemocí, nedokáže stonat v posteli a nemoc popírá.

Chování typu A bylo pozorováno již v dětském věku (Matthewsová, 1980,1981). Faktorovou analýzou byly u dětí zjištěny dva ortogonální faktory: soupeřivost a netrpělivost spojená s agresivitou. Výskyt podobných rysů v chování u dětí a mladistvých, kteřé jsou v dospělém věku známkami vysokého rizika koronární poruchy, přináší mnoho podnětů k zamyšlení nad tím, jak a kdy takové formy chování vznikají. Vysoká motivace k úspěchu je obvykle asociována u dětí s těmito rysy chování rodičů: vysoké očekávání a aspirace, častý souhlas a nesouhlas, kompetitivní postoje a autoritativní styl výchovy.

Z hlediska rodinného systému se k tomu asociuje Bahnsonem (1980) koncipovaný model centrifugální rodiny s psychosomatickým členem. Tento model je charakterizován izolací členů rodiny a jejich časnou individuací, rodina je připravena na brzský odchod dospívajících z rodiny. Komunikace emocí bývá minimální, vztahy jsou udržovány na věcné úrovni, dětem se brání v udržování fyzické blízkosti s rodiči. Jsou vedeny od vyjadřování pocitů a vztahů na cíle, znamenající úspěch. Každý má své vlastní formy, jak si poradit s city a konflikty. Tím je obecně jako forma vyjádření podporována spíše somatizace než sdílení zkušeností s druhými členy rodiny. V době životních převratů rodiny se snadno objevuje cesta somatické regrese. Existují dvě varianty těchto rodin - jedna s hlavním důrazem na nezávislosti a druhá s důrazem na sociální úspěšnost, výkon a přizpůsobitost. Zvláště druhá varianta je blízká výchově k chování typu A.

Kontext II - 4,1986

Závěrem chci poznamenat, že by nás neměla překvapovat existence více modelů rodinného kontextu psychosomatické poruchy. V žádném případě nelze očekávat určité nebo specifické modely pro určité poruchy nebo typy poruch. Vícedimenzionální pojetí s pochopením korelativních a cirkulárních mechanismů se zpětnovazebními smyčkami je toho dokladem. Je tu třeba varovat před ukvapenými generalizacemi stejně jako spolu s Weaklandem před každým pokusem o prekoncepci nebo apriorní usuzování.

Použitá literatura:

Weakland John H: " Family Somatics" Fam Proc 16,1977, 263-272
Kimball Chase Patterson: Diagnosing Psychosomatic Situations in: Wolman: Clinical Diagnosis of Mental Disorders,Plenum Press,NY 1978
Scholevar G. Pirooz: Psychosomatic Disorders and Family Therapy in: Emotional Disorders in Children, ed Sholevar 1980
Finch Stuart M-Hansen Ronald C.: Treatment of Psychophysiological Disorders in: Emotional Disorders in Children, ed Sholevar 1980
Mangold B.: Psychosomatik der akuten Atemnotanfälle Pädiatrie Pädologie 16, 1981, 243-255
Mangold B.: Psychotherapie in der kinderärztl. Praxis /bei psychosomat.Erkrankungen/ Pädiat pädol 15, 1980,205-212
Guntern G: Systemtherapie: Das psychosomatisch erkrankte Kind und seine Familie Pädiatr pädol 15, 1980, 1-10
Apley J: Psychosomatische Diagnose, Pädiatr Pädol 15, 1980, 91-100
Kind un Umwelt ed H. Zimprich Pädiat Pädol 1980, Suppl.6
Ermann M: Die Psychoanalyse in Psychosomatik Praxis Psychoth Psychosom 3,1980
Kalucy R.S.: Psychosomatic Medicine " A Review Austr New Zeal J. Psychiat 13, 1969, 85-101
Helmchen Hanfried: Neurosen und psychosomat. Erkrankungen Zachr Psychosom Med 26, 1980, 205-216
Psychosomatik - Konzepte Wiener Klin Wchschrft 89, 1977,Suppl 77
Rosenman Ray H - Chesney Margaret A: The Relationship of Type A Behavior Pattern to Coronary Heart Disease Act Nerv Sup 22, 1980, 1-45
Mathews Karen A - Angulo Julio: Measurement of Type A Behavior Pattern in Children Child Dev 51, 1980, 466-475

Kontext II - 4,1986

V. Úvahy - podněty - diskuse

P. Adamovský: Tři úvahy

/ Předneseno na vědecké schůzi Sekce pro rodinnou terapii 25.3.1986/ pod názvem " Tři kasuistiky"

Tato zpráva pojednává o třech okruzích zkušenosti. V první části se soustřeďují na svou zkušenost rodinného terapeuta jako člena zdravotnického kolektivu psychiatrického oddělení nemocnice ve velkém městě. Za druhé promluvím jako rodinný terapeut, který pracuje v nadúvazku v MPP. Třetí část shrnuje zkušenost rodinného terapeuta ambulantně činného na mateřském pracovišti.

Dřív než uvedu tři historky, v nichž jsem figuroval jako rodinný terapeut v různě organizačně vymezených kontextech, rozptýlím vás trochu anekdotou z historie své rodiny, kterou mám já a která má mě.

Byl jsem před třemi lety na návštěvě se svou tříletou dcerou a pětiletým synem v rodině své pětačtyřicetileté sestry. Pointa bude v tom, že řeknu jednu větu, která způsobí značnou změnu v jídelních zvycích našich dětí. Pravděpodobně by k tomu ovšem nedošlo, kdyby ona věta zároveň nevyvolala určitou reakci mé sestry, určitou reakci mého švagra, kdyby tomu nepředcházela určitá historie naší rodiny, nebo dokonce všech tří rodin, a možná i pěti, či kdyby má žena nebyla právě na dermatologickém semináři.

Ale když zůstanu jen u ryzího popisu mýma očima, pak řeknu a vy slyšíte, že Ondřej se tehdy jevil jako špatný jedlík, kdežto Tereza jedla příkladně. A má sestra, která kritický oběd uvařila, ji ovšem neopomínala chválit a dávat za příklad Ondřejovi, kterého naopak napomínala, aby přece jedl. On však přece nejedl. Potom jsem řekl něco na způsob takovéto věty: " Ondřeji, ukaž Tereze, jak se má správně jíst." A on to udělal, sestra mě obvinila z nadržování Ondřejovi a velmi se na mne rozzlobila, zatímco švagr se smál. Nevím ovšem, a sotva kdo to může vědět, co čemu předcházelo a co po čem následovalo. Kombinací je dvacet. Stejně tak nevím, na koho z těch tří, anebo ze všech nás pěti ta věta

zapůsobila víc, a kdo by se tedy mohl jevit jako hlavní páka změny, faktem však je, že od té doby Ondřej už pořád jí, jak se říká, lépe, zatím co Tereza, jak se říká, hůř. Anebo to aspoň tak vypadá.

Později jsem se pokusil o podobné intervence v jiných kontextech ve vlastní rodině s daleko menším zdarem, nežli jsem toho konečně zanechal ke zdaru všech, nicméně ona intervence u jídelního stolu zůstane pro mne navždy tichou vzpomínkou na mé donkichotské období v rodinné terapii.

Nyní přejdu k prvnímu okruhu své profesionální rodinně terapeutické zkušenosti. Bylo dosti přesvědčivě dokázáno Haleym, Lidlem aj., že zavádění rodinné terapie na psychiatrické pracoviště, které je orientované na jedince, dělá paseku. V organizaci pracoviště, ve vztazích mezi lidmi i v duších jednotlivců.

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. Dokonce i poté, co jsem se seznámil s prací Milánské skupiny, znovu a znovu jsem podléhal výzvám, které ke mně přicházely v různých podobách z různých stran.

Tak například předloni v zimě jsem podlehl výzvě případu pacientky X.Y. Tato pětadvacetiletá žena měla za sebou během půldruhého roku pět hospitalizací na psychiatrii, při nichž byly postupně formulovány tyto diagnózy: 1. " Paranoidně depresivní syndrom, susp. onemocnění sch.okruhu." 2. " Endogenní deprese." 3. " Rychle odeznělá ataka schizofrenního onemocnění." 4."Depresivní sy endogenní v rámci schizoafektivní psychosy." 5. " Schizoafektivní psychosa," Tentokrát byla přijata s pracovní diagnózou: "Endogenní deprese. Tentamen suicidii medikamenty."

Stručně naskicuji její problém. (Touto skicou vás ovšem také současně seznamuji se svým problémem s ní tak, jak jsem si ho před sebe předestřel). Narodila se jako první ze tří sester. Otci bylo nyní 51 let a byl elektrikářem, matce bylo 47 a pracovala jako zdravotní sestra, v poslední době marodila ze srdcem. Pacientka také vystudovala zdravotní školu. Velmi silným dojmem na ni zapůsobila pitva, nutkavě si ji potom musela pořád připo-

mínat. Třebaže pracovala jako laborantka, i při rozborech musela myslet na ty lidi, představovala si je a vždycky ji silně vzrušovalo, když někdo zemřel. Nebo při kuchání kuřat ap. musela nutkavě na to myslet.

V zaměstnání se necítila dobře ani v kolektivu spolupracovnic. Považovala se za holku z vesnice, cítila se nezkušená, nemohla s nimi najít společnou řeč. Každý den dojížděla z malého městečka do práce. Na nádraží, když přijížděl vlak, představovala si, že skáče pod lokomotivu, a tato představa byla pro ni neodolatelná.

Prostřední sestra byla již dva roky vdaná a nejmladší sestra se měla vdávat příští rok na jaře. Ona sama měla také dvě nebo tři známosti, ale i tady jí překážel komplex nutkavých představ, úzkostí a hypochondrických obav týkajících se smrti. Již půl roku byla v plném invalidním důchodu.

Nebudu uvádět všechny nuance závěru psychologického vyšetření, kterému jsem ji i sebe podrobil. Uvedu jen závěrečnou větu, která tvrdila, že aktuálně obraz úhrnem psychotický není, zůstává trvalá (nyní latentní) pohotovost k úzkosti a paranoiditě a nutkavým představám a subdepresivní ladění. Bylo to vyjádřeno poměrně čistou " intrapsychičtinou", tedy jazykem medicínského modelu, který operuje s představou, že patologie, zde tedy psychopatologie je uložena někde uvnitř jedince.

Pacientka byla později propuštěna a bylo dohodnuto s ošetřujícím lékařem při hospitalizaci i s ambulantním psychiatrem, ke kterému bude docházet, že by bylo vhodné, aby nadále docházela k psychoterapeutickým rozhovorům.

Uvedu ukázku zápisu o jednom z prvních rozhovorů. Všimněte si, jak se tu začíná " intrapsychičtina" lámat, jak do ní jaksi zevnitř začíná pronikat cizorodá intonace jiného jazyka a jiné řeči, jazyka rodinné terapie a řeči rodinného terapeuta, a jak bizarně ten zápis vyznívá:

" 9.1. - kontrolní rozhovor.

Přišla i s matkou, paní X.Y. (1937). Pokračováno ve zvoleném směru racionální podpůrné psychoterapie s prvky strate-

gické terapie podle Madanesové - tyto zaměřeny na zvládání epizod iracionálního strachu. Podáno trojnásobné standardní resumé. Pacientka si nadále povede deník, jeden vždy nechá do příští návštěvy zde, druhý bude mít doma - střídavě."

Jako by se uvnitř tohoto zápisu přely dva hlasy, dvě různé koncepce, dvě reality. Nutno také mít na zřeteli, že tento autentický zápis nebyl sepisován pro toto auditorium, nýbrž pro potencionálního čtenáře, kolegu psychiatra uvažujícího "intrapsychicky". Jeho další funkcí bylo také to, že fixoval stručně náplň sezení, abych si ji mohl připomenout podle potřeby. Mohl by se ovšem také stát dokonce četbou soudního vyšetřovatele, kdyby byl spáchán trestný čin. Proto usiloval o maximální srozumitelnost, aby byl srozumitelný všem potenciálním čtenářům.

Jeden z dalších zápisů má datum o měsíc pozdější. Zjišťujeme zlepšení pacientčina psychického stavu i stylu zápisu (což ovšem spolu vůbec nemusí souviset), Nicméně si všimněte, že řeč zápisu je projasněnější a jen tu a tam do popisu proniká intrapsychický akcent. (Vybírám jen jeden odstavec, který také podrobněji ilustruje vlastní terapeutickou práci:)

" Ohledně chystaných změn pacientka varována, aby to nepřehnala (v tom podporuje terapeuta matka), aby dělala jen malé změny a málo, musí se pozvolna přizpůsobovat, upozorněna na nebezpečí náhlého zhroucení. Doporučeno, aby chystané podniky zredukovala,aby se šetřila, aby se například přichystala na výlet, ale pak se jí nepodařilo na vlastní výlet dostat. Vyvstává tu ovšem pak problém volného času, čím ho naplnit. Může myslet v ušetřeném čase na nemoc, nebo plést a háčkovat (zmínila se, že se tomu věnuje), cvičit v tělocvičně, či vařit (to dodává sama). Je jí také doporučeno, aby raději zatím nechodila na drastické filmy, chystá se na " E.T.", na to snad může, na to chodí i pětileté děti. Dány další "zvolňovací" sugesce, např.aby přišla raději až po týdeníku, aby nechodila na více, než ještě jeden ples v letošní sezoně, a radši jenom na půlku atd."

Zápis o další měsíc později informuje o nastalých změnách a dovídáme se, že oba rodiče projevují strach nechat dceru samotnou doma v souvislosti s jejími bizarními projevy. Zápis končí strohým

resumé: " U pacientky se vrátily nutkavé představy, úzkost a hypochondrické obavy týkající se smrti v souvislosti se změnami v životě rodiny (nástup matky do zaměstnání po nemoci, zabijačka, příprava sestřiny svatby, navazování kontaktů mimo rodinu). Pacientka vedena jako recidivující schizoafektivní psychóza."

Považuji tuto oblast své zkušenosti za velmi cennou. Je v ní zaseta spousta mé upřímné energie, nezištné zarputilosti i novátorského nadšení. Tuto upřímnost, energii, nezištnost, zarputilost, novátorství,nadšení je ovšem právě tak možné připsat celému pracovnímu kolektivu. A stejně tak ovšem rodině, anebo kterémukoli jejímu členu.

Mohu zcela upřímně prohlásit, že dnes chápu, proč psycholog, který se shlédl v rodinné terapii, neměl by ji vnucovat 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. (Přesto se domnívám, a to dokonce na základě vlastní zkušenosti, že je možné užitečně fungovat jako rodinný terapeut na ortodoxně) (a tím samým faktem paradoxně) orientovaném psychiatrickém pracovišti. Na konci se k tomu vrátím.

Nicméně organizační kontext MPP se mi jeví jako příhodnější pro uvádění rodinně terapeutické epistemologie do pracoven a myslí pracovníků tam pracujících. Psycholog v MPP má daleko větší šanci myslet o lidských problémech v jednotkách větších než 3 a díky tomu problémy klientů zvládat prokazatelně úspěšněji.

Nyní uvedu svůj druhý kasus, který představuje v podstatě variaci na krátkou strategickou terapii. Aby byl zřejmý kontext, do kterého je případ zasazen, uvedu stručně několik faktů. Ale věta, kterou jsem právě řekl, si vyžaduje ještě jednu poznámku:

Říkám-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 oddělíme-li na chvíli z různých důvodů, kontext a případ, mějme právě po tu chvíli na mysli , že případ a kontext se navzájem vzájemně ovlivňují. A celá věc se ještě j e d n o d u š e 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 mysli.

A teď už slíbená fakta. Přijíždím do poradny jedenkrát za 14 dní na celý den. Vedoucí poradny dává najevo, že je orientován intrapsychicky a jeho oblíbenou metodou je individuálně skupinová psychoterapie. Svou rodinnou terapii prezentuje jako skupinově psychoterapeutickou práci s rodinou. Za překvapivě značně velký počet úspěšně vyřešených problémů při své práci v poradně pravděpodobně vděčím tomu, že svou esenciální rodinnou terapii mohu provádět na pozadí individuálně skupinové psychoterapie, a také snad díky tomu, že můj terapeutický potenciál je utvářen informací, kterou klienti dostávají na začátku: odborník na rodinnou terapii, který je tu jenom jednou za 14 dní.

V tomto případě na mě byli odkázáni 31-letý muž a 30-letá žena. Jejich manželství trvá 6 let, děti nemají. On je vyučený soustružník, ona pracuje v dramaturgickém oddělení místního divadla. Příběh léčby tohoto páru předkládám v žánru autentických zápisků do poradenského záznamového archu po každém sezení.

" 18.6.

Dostavili se oba, se 1/4 hodinovým zpožděním, požádáni, aby řekli, který problém je nejvíc trápí a který bychom měli nejdříve vyřešit. Shodují se na mužově pomočování. Muž stažený, dává najevo, že se neprojevuje. Žena velmi intruzívní, hodně mluví, položí otázku a nenechá ani 5 sekund na odpověď, a už doráží anebo se sama ujme zase řečnění. K mužovi má spoustu výhrad, prohlašuje, že ona chce, aby se choval sebevědomě, aby mluvil, aby dbal na hygienu, aby nepil pivo, aby se k ní uměl přiblížit. Na otázku terapeuta muži, co on by chtěl, aby žena změnila, on odpovídá, že nechce, aby něco měnila, že se mu takhle líbí.

Po exploraci dosavadních pokusů o řešení problému vysvítá, že nevedly k řešení. Potom zadán úkol: 2 x za 14 dní by měli koupit 4 piva (k pomočení docházelo po pivu), muž by je měl večer vypít a pak by se měl pomočit, přičemž by manželka měla dohlédnout na plnění úkolu. Řečeno jim předem, že když budou úkol plnit, resp.

splní ho, problém zmizí nebo se podstatně zmírní. Mohou samozřejmě úkol odmítnout, pak však problém nezmizí, např. kdyby se báli nepříznivých následků. Žena se vzápětí pokouší celý úkol diskvalifikovat, redefinovat.

Terapeut propadá smutnému postoji a po chvíli uvažování konstatuje smutně, že asi špatně odhadl jejich síly a že se tedy pokusí do příště přijít na jiný způsob, ale jestli se mu to nepodaří na něco přijít, neví, co si počnou. Úkol visí ve vzduchu, on se v každém případě pokusí přijít na jinou metodu, ale jestli se mu to nepodaří, neví, co si počnou. Další konzultace smluvena na 2.7.

Asi po čtvrthodině volá telefonicky žena, která zatím dorazila do práce, že ji mrzí, že odmítla tak ukvapeně úkol provádět, že o tom intenzívně přemýšlí a že to asi udělá. Terapeut konstatuje, že k tomu nemá co dodat a ještě, že na to mají 14 dní, že by neměli spěchat, aby je náhlá změna nezaskočila, že by to neměli dělat ukvapeně. Opakuje jen, že úkol visí ve vzduchu a on že se v každém případě pokusí přijít na jinou metodu, ale jestli se mu to nepodaří, neví, co si počnou. To proneseno vše smutnou až věcnou intonací. Ženě nedán žádný klíč, aby se mohla ujmout moci nad procesem terapie, která by tím samozřejmě terapií přestala být.

"2.7.

Dostavili se oba přesně. Manželka zpočátku útočí, úkol nedělali, neboť se jí to hnusí, i když prý chápe, že je to dobře myšleno. Považuje svou přítomnost zde za zbytečnou, neboť léčen má být její muž. Když terapeut redefinuje problém, a odpovídá to skutečnému stavu věci, jako její, neboť ona je nespokojena, ona požaduje změnu manžela, ten je s ní spokojen, je tím vyvedena z míry. Snaží se tuto definici vyvrátit, při důsledné konfrontaci s ní pak vyjevuje nové informace o jejich předchozím životě, o tom, jak ještě před svatbou vyváděli různé hlouposti a pod. Vysvítá, že to teď ženě chybí, ona má spoustu zájmů, je společenská, muž radši chodí do lesa a pod. Je jí vysvětlena podstata zhoršování neřešitelnosti situací typu: " Já bych chtěla, aby se změnil tak, a tak, ale aby to udělal z vlastní vůle". Manžel po tom proje-

vuje trochu úlevu, začíná se trochu i projevovat. Dohodnuto, že příště probereme otázky uspořádání volného času, kolik kdo by ho mohl trávit pro sebe a kolik společně, jak vrátit do jejich manželství trochu dramatičnosti, kterou nahrazují nešťastným způsobem, který jim oběma působí distres. Zatím mají dělat všechno jako dřív a na změnách se domluvíme až po rozboru za 14 dní.

" 16.7.

Dostavili se, žena se omlouvá za pětiminutové zpoždění a muž prosí, abychom skončili v 10.00, aby mohl včas přijít do práce. Komunikace se mi jeví jako podstatně zlepšená, ze strany muže (který je hovornější a aktivnější) i ze strany ženy (která projevuje o něco více trpělivosti a méně intruzívnosti). Rozhovor věnován tématu volného času. Docházejí ke společným zájmům (cyklistika, karty) a dávají najevo poněkud větší toleranci k zájmům druhého (houbaření versus četba ap.) Příště přinesou karty.

" 13.8.

Pokračuje strategická terapie. Žena dává najevo, že je velmi nervozní, má mnoho práce, nebude sem asi moci chodit. Interakce mezi manželi se mi jeví jako "splavnější" než dříve, a to o dost. Žena se však přece jen snaží zvrátit situaci zpátky, aby problém měl manžel. Ten jí v tom mírně pomáhá. Symptom, s kterým sem přišli, dosud neuznávají za odstraněný (přitom se muž od poloviny června nepomočil). Toto obtížně zvládáno (mnou). Žena neposedná, společenská do té míry, že nesnáší samotu a nečinnost. Takto sama sebe prezentuje, kdežto muž se prezentuje jako spíše samotářský, a že by se snadno opět nechal " uvrtat" do submise. Ženě chybí vzruch, jen s obtížemi připouští, že je to její problém, neboť je pro ni zřejmé, že je to problém manželův, a nikoliv jejich. Vhodná chvíle pro uložení relapsu. Další konzultace 20.8.

" 20.8.

Dostavil se muž sám, žena se jeho prostřednictvím omlouvá, že je zaneprázdněna prací a bude ještě asi dva měsíce. Pomočení se nepovedlo, muž umožňuje ženě odreagování při natírání zábradlí, což ona kvituje s povděkem, neboť je to pro ni aktivní odpočinek. Žena v současné době tedy spoutána prací, muž naznačuje

že přece jen má problém (on), který spočívá v málo rázném vystupování. Probrány různé způsoby změny ve vystupování, které by mohly vést k jednání, které by se jevilo jako ráznější a uspokojovalo víc než dosud. Muži také doporučeno, aby když na něj žena naléhá, aby něco rozhodl, aby to akceptoval, ale vymínil si aspoň 1/4 hodiny na rozmyšlenou. Nebo jí dal více návrhů, aby ona vybrala, když apeluje na jeho iniciativu. Celkově se muž během konzultace v mé přítomnosti projevuje značně sebevědoměji a aktivněji než na počátku terapie.

" 3.9.

Muž se telefonicky omlouvá, že se nemůže dostavit ani on, ani jeho žena. On musí jít do školy a žena také něco má. Žádá tedy o další termín.

" 17.9.

Dostavil se sám muž, dle ujednání a sděluje, že má teď hodně práce v zaměstnání, žena i on, studuje večerně. S ženou se vídají teď málo, tak prý tomu bude ještě asi měsíc. Prakticky se nenaskytla příležitost, aby použil postupy navržené minule. Jenom do natírání rámů oken mu žena mluvila, ale on to zvládl. Natírání rámů oken poskytuje příležitost k rozhovoru s řadou strategicky volených metafor a nenápadných sugescí alternativ. Učí se mít s ženou trpělivost. Další konzultace domluvena na 8.10."

Protože už mě tlačí čas, respektive já se nechávám tlačit časem, uvedu koncovku zhuštěně. Podotýkám jen, že v terapii tohoto případu nás čas ve skutečnosti vůbec netlačil, spíše naopak. Na několik dalších setkání se střídavě dostavoval sám manžel a střídavě se omlouval pro zaneprázdněnost. Jeho žena už zůstala permanentně zaneprázdněna a vyřizovali jsme si přes manžela vzkazy. Vzkazoval jsem jí, aby aspoň po manželovi vzkázala, s jakými problémy se potýká, a my že s manželem zkusíme vymyslet pro ni nějakou pomoc. To bylo pro ni ovšem nepřijatelné a pomalu to začínalo být nepřijatelné i pro něj. Při posledním setkání 5.11. hovoří o kamarádovi, který je zkušenější a pomůže mu při řešení úprav v bytě. Při debatě o domácích pracích vyjadřuji pak pochybnosti o ženině kompetenci na př. pokud jde o praní záclon,vaření a pod., až se muž začíná že-

ny konečně zastávat. Nakonec se dotýkám i otázky odlišných spánkových vzorců obou manželů a řeč se stáčí na fakt, že nemají dítě. Vzpomínám si, že se klient zmínil o tom, že dříve dítě neměli, protože bydleli v bytě, kde bylo vlhko. Zkrátka: interakční stereotypy v páru byly změněny, příznak odstraněn a pomoc v případě, že by se rozhodli mít dítě, nabídnuta. Žena by se rozhodně měla přijít poradit, kdyby se snad rozhodli mít dítě. Od muže se dozvídám, že ho plánují na konec příštího roku.

Zbývá třetí okruh mé rodinně terapeutické zkušenosti, kdy funguji jako samostatný rodinný terapeut, tentokrát v rámci ambulantní činnosti na mateřském pracovišti. Již ve třetím roce mé praktické činnosti jakožto terapeuta mě překvapilo, že zatímco mé upřímné terapeutické snahy poskytované psychiatrickým pacientům ležícím přímo na oddělení, končily vesměs zhoršením psychického stavu pacienta i mne, takže mu musela být poskytnuta běžná psychiatrická pomoc, těch několik zásahů, kdy jsem byl požádán o psychoterapii, jak to bylo formulováno, pro pacienty z jiných oddělení, přineslo těmto lidem úlevu od příznaků. Šlo o příznaky pokrývající škálu od bolesti hlavy, přes kašel, afonii, třes, až po jeden případ slepoty, vždy byla ovšem předem spolehlivě vyloučena organická příčina. Právě ten případ slepoty jsem zpracoval jako třetí historku.

V létě předloňského roku jsem byl požádán lékařem neurologického oddělení o psychologické vyšetření studentky druhého ročníku gymnázia, která náhle oslapla. Byla členkou různých recitačních kroužků. Při jednom vystoupení, kdy dostala text tři hodiny před tím, než ho měla přednést, náhle oslepla. Text se jí rozmazal a pak viděla před sebou takovou mlhu, jako kdyby před sebou měla velmi tlustý igelit. Podruhé oslepla jednou cestou do školy, ale jen na levé oko. Nebyla zjištěna žádná organická příčina.

Začátkem září jsem byl požádán, abych se na tuto dívku podíval znovu. Přestoupila na jiné gymnázium a v pondělí, první den druhého týdne nového školního roku, po návratu ze školy znovu oslepla. V úterý se vidění mírně zlepšilo, neviděla již jen šmlouhy, ale i skvrny, číst však zatím nedokázala. Provedl jsem podrob-

nou exploraci onoho pondělka a pokoušel se nalézt souvislost. S dcerou i s matkou, která se projevovala jako velmi starostlivá žena. Po dohodě s neurologem jsem se pak rozhodl pro rodinnou terapii. Nebudu vás již frustrovat podrobným líčením terapeutických intervencí. Nastíním to jen zcela stručně.

Za tři dny se dostavili všichni: otec (38), matka (37), identifikovaná pacientka (16) i její malá sestra (3). Intervenoval jsem hlavně dvěma způsoby a sice cyklickými otázkami, jak je používají Selvini a Prata, a preventivním přehráváním záchvatů slepoty (podle metody popsané Madanesovou). Jako racionále jsem použil hlavně podobenství s očkováním.

O deset dní později, při druhém a posledním setkání s celou rodinou, viděla pacientka mnohem lépe. Vysvětlil jsem jim nebezpečí recidivy a vedl jsem je k tomu, aby na ně byli připraveni. Měli provádět 3 x týdně preventivně záchvaty náhlého oslepnutí, jako by to bylo doopravdy. Cvičení měla iniciovat pacientka vždy, když by viděla, že to rodiče potřebují. Měli také začít nacvičovat ukončení, tréninkový záchvat měl skončit 15 minut po začátku. Rodina mě také informovala, že příští týden by měla jít mladší dívka na operaci s nohou. Šlo o špatně srostlou zlomeninu. Byl smluven telefonický kontakt. V dohodnutý den telefonovala matka, že odvezli mladší dcerku k operaci nohy. Byl dohodnut další termín. Tentokrát telefonoval otec, že z pracovních důvodů se dnes nemůže dostavit. Bez dalších sugescí bylo s ním domluveno, aby zavolal zase za týden ve stejnou dobu.

Tento případ byl dosti dramatický. V poslední době se však také začíná ukazovat možnost terapie u organicky postižených lidí, na které nikdo nemá čas, nepříklad neodvratně slepnoucích lidí při některých formách diabetu. Tady jako terapeut prokážu svou kompetenci, když se mi podaří pozitivně konotovat slepotu a všechny reakce rodinných členů, eventuálně dalších bližních, na toto oslepnutí. Podobně je možné uvažovat i o jiných smyslových defektech.

Kontext II -4,1986

Závěr: Jestliže z toho, co jsem tu napovídal, nelze vytušit to, co jsem do toho hlavně skryl, nezbývá než abych to teď řekl přímo.

" Jakýkoli typ diagnózy je pouze způsob, jak uspořádat data". Domnívám se, že každý, kdo pochopí, anebo si přizná, pokud to už tuší, že má epistemologii, zákonitě dojde k tomu, že jeho epistemologie je epistemologie ekosystémová. A potom bude jedno, zda bude pracovat způsobem, který se bude jevit jako individuálně terapeutický nebo skupinový či bude vypadat jako manželská terapie, gestalt terapie či hypnóza. Bude jako výkonostní sportovec, ovšem takového typu, který se nevyskytuje, totiž který zná pravidla, taktické varianty i strategické koncepce všech her a může si s klientem zahrát zrovna tak košíkovou jako ping-pong. Dost důležité přitom asi bude nepočítat skóre.

To všechno se bude muset nejdřív udát v myslích terapeutů. 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 neúčinnější. A třetí krok? Uvědomovat si bezustání, že náš způsob uspořádávání dat je součástí kontextu, který uspořádáváme. Čtvrtý krok si nedovedu představit.

Takže konec.

VI. Excerpta - Family Systems Medicine

Weakland John H., Fisch Richard:
Cases That " Don t Make Sense ": Brief Strategic Treatment in Medical Practice.
(Případy, které " nedávají smysl": Krátká strategická terapie v lékařské praxi).
(Family Systems Medicine, vol. 2, 1984,2: 125-136)

Souhrn: Krátké, strategické, na rodinu orientované přístupy jsou vhodné zejména při řešení problémů, které se vyskytují v praxi terénních lékařů (primary care medicine).

Kontext II -4,1986

Pečlivé odebrání a zhodnocení anamnesy umožní často pochopit smysl chování, které je na první pohled nepochopitelné. Zvláštní pozornost je třeba věnovat těm situacím, kde snaha o změnu nežádoucího chování má za důsledek právě jeho podporu a udržení. Je třeba najít plán intervence, která by přivedla členy rodiny k přijatelným alternativám chování, které neudržuje symptom.

Terénní lékař se často setká s problémy, které "nedávají smysl" jako standardní lékařské problémy. Bývají to obvykle následující situace:

1. Problém se jeví jako běžný, ale pacientovy stížnosti trvají i po skončení standardní léčby (někdy jde o stížnosti příbuzného, člena rodiny). Subjektivní i objektivní příznaky přetrvávají vzdor tomu, že je objektivní doklad o vyřešení či odstranění somatického problému.
2. Pacientovy stížnosti nedávají lékaři smysl od počátku.
   a. Získané informace jsou tak vágní a neadekvátní, že je obtížné stanovit diagnosu
   b. Informace získané od pacienta a od členů rodiny si protiřečí, takže není jasný skutečný obraz problému
   c. Informace pacienta či rodiny jsou dostatečně jasné, ale nesouhlasí s lékařovým pozorováním a s jeho lékařskou (medicinskou) zkušeností. To se týká povahy i závažnosti stížností.

Příčina nedorozumění je v tom, že kromě somatických faktorů existují ještě faktory rodinné, které hrají závažnou roli při vzniku , vývoji, charakteristice obtíží, na které si pacient stěžuje. Porozumět těmto rodinným problémům znamená porozumět i pacientovým stížnostem a najít správný způsob léčby.

Rodina jako prostředí, okolí.

Pohled na pacienta v kontextu rodiny není v medicině docela nový. Je to vlastně určitá konkrétní obdoba pohledu na pacienta v jeho prostředí-rodina je jednou z nejvýznamnějších součástí

pacientova prostředí. Uvedená analogie: lékař rozpozná u pacienta chronickou otravu olovem. Pokud by ho léčil a neodstranil příčinu, zdroj této otravy, nemělo by léčení žádný smysl. Je tedy třeba pátrat po zdroji obtíží a, jsou-li ovlivňovány či přímo plynou z interakcí a vztahů uvnitř rodiny, je třeba se rodinou zabývat.

Kdy záleží na rodinných faktorech.

Především je známo, že k terénnímu (rodinnému) lékaři přicházejí pacienti, jejichž problémem je psychická tense, úzkost, deprese a pod. i když se projevuje někdy na úrovni chování, jindy v úrovni psychologické či fyziologické. Vliv rodiny na vznik a formování těchto potíží je evidentní.

Dále existují problémy, nazývané " psychosomatické", kdy mezi somatickou poruchou a psychickými funkcemi je evidentní vztah. Protože je psychický stav vysoce závislý na rodinných interakcích, musí být rodinné faktory brány na zřetel více než dosud. Zde by bylo lépe hovořit o"rodinné somatice" (" family somatics). Přitom se ještě neví, do jaké míry psychické, a tedy i rodinné faktory ovlivňují takové stavy jako jsou např. náchylnost k infekcím nebo somatická onemocnění. To je otázkou budoucího výzkumu.

Při každé léčbě je rodina rovněž neodmyslitelný faktor. Může být nekooperativní, kooperativní i hyperkooperativní a je třeba s tím počítat.

Strategický přístup, který byl vyvinut v " Brief Therepy Center of the Mental Research Institute" je speciálně relevantní pro širokou aplikaci v terénní praxi (pro rodinné lékaře). Tento přístup je, v kontrastu k jiným rodinným přístupům, které jsou příliš zdlouhavé, úzce zaměřený na to, jak je rodina zúčastněna na současném problému a jeho zvládnutí, a to "zde a nyní". Není tedy nutné získávat množství informací a rozbíhat se do šířky, naopak , je potřeba získávat jen určitým způsobem limitované informace a zaměřit se na limitované změny chování.

Kontext II-4,1986

Fokální aspekty strategického přístupu:

Strategický přístup je explicitně zaměřen na

1. Objasnění současných stesků
2. Vyšetření, které faktory u pacienta a v rodině to jsou, jež ovlivňují trvání stesků, speciální zaostření na pokusy o řešení problému (ať již pacientovy nebo ostatních členů rodiny), které problém udržují či zhoršují
3. Indentifikace těch změn, které jsou potřebné k řešení problému
4. Určení efektivních prostředků, které pomohou změny uskutečnit.

Tato ohniska zájmu odpovídají právě problematice nemocného, jak ji vidí terénní lékař: a. Diagnosa-utvoření jasného obrazu problému, se kterým pacient přichází. b. Formulace způsobu, kterým, resp. jak bude problém řešen či odstraněn, ať již přímou terapií nebo nepřímým zásahem. c. Získání pacienta a rodiny pro spolupráci a ujištění, že léčba je skutečně a správně prováděna.

Ad 1. Stesky, se kterými pacient přichází, jeho formulace problému vůbec nemusí odpovídat skutečné situaci. Nicméně je třeba akceptovat pacientův problém a seriosně se jím zabývat, neboť je to výchozí bod dalšího postupu a je rovněž třeba získat pacientovu důvěru a spolupráci. Ať již pak bude výklad a postup jakýkoliv, pacient či jeho rodina nebudou spokojeni, dokud nebude problém vyřešen v té podobě, jak ho vnímají.

Informace o pacientových stescích musí obsahovat: na co si pacient stěžuje, koho se nejvíce problém týká (nemusí to vždy být pacient, ale člen rodiny), a jakým způsobem k sobě zmiňovaný problém přitahuje pozornost. Důležitá je i otázka, proč pacient přichází právě nyní.

Ad 2. V podstatě lze vždy nalézt v chování pacienta či rodiny takové prvky, které představují snahu problém řešit, ale dosahují jeho udržení či zhoršení (např. manželka pacienta, který si stěžuje na úzkost, mu odpoví, že nemá důvodu k úzkosti, což pacienta přesvědčí o tom, že manželka podceňuje vážnost příznaku a jeho úzkost se tím zvýší).

Nejlépe se osvědčilo, zeptat se pacienta a členů rodiny, kteří jsou v situaci zaangažováni, co konkrétně dělali, aby zmírnili nebo vyřešili problém, který je zdrojem stesků. Právě naprosto konkrétní dotaz: kdo co řekl či udělal ve snaze vyřešit situaci? osvětlí nežádoucí chování.

Ad 3. Vyřešení problému je možné dvěma způsoby: změnou chování, přičemž je důležité nejen nějaké chování zakázat, ale zároveň ihned za něj navrhnout jiné chování, náhradní, změnou interpretace a zhodnocení problémové situace, čímž se zamezí další chování, problém zhoršující.

V obojím případě se to týká, jak pacienta, tak i jeho rodiny. Přičemž tyto dva způsoby řešení se používají teprve tehdy, když se ukáže, že selhalo řešení jednoduché, odstraňující konkrétní, somatickou příčinu. Neboť by bylo stejnou chybou, opakovat či zintensivňovat toto řešení, jako užívat 2 x stejného antibiotika nebo stupňovat jeho dávky tam, kde normální dávka neuspěla.

Ad 4. Základní otázkou je vztah lékaře s pacientem resp. s jeho rodinou. Teprve když se podaří lékaři získat pacientovu důvěru, získá i jeho spolupráci.

A základním pravidlem je, nepřít se s pacientem o jeho pojetí problému. Pacient je laik a má jiný způsob uvažování o té věci a také je osobně zaangažován a tedy krajně subjektivní.

Je lepší s pacientem souhlasit a pak jeho postoj uvést do nových souvislostí (" reframing"). To znamená, napřed celou situaci s pacientem sdílet z jeho stanoviska a pak přidat nový prvek - který mění význam situace, uvádí jí do nových souvislostí, takže se nyní jeví pacientovi ve změněném nebo dokonce obráceném významu, souvislosti, smyslu.

Na jednoduchých klinických případech jsou pak uvedené teoretické vývody demonstrovány.

Seltzer W.J.:

Treating Anorexia Nervosa in the Somatic Hospital: A Multisystemic Approach. (Family Systems Medicine 2,1984,2: 194-207)

Autor je klinický psycholog, pracující na psychiatrickém oddělení pro děti a adolescenty pediatrické kliniky v Nationl Hospital

of Norway v Oslo. Popisuje zkušenosti, získané z léčení 5 rodin s dětmi nebo adolescenty, trpícími na anorexia nervosa. Léčení probíhalo v rozmezí 3 let (1979-1982). Během této práce vyvinulo oddělení léčebný program, založený na dvou hlavních principech: aplikaci rodinné terapie jako metody, optimální pro navození změn chování a na pochopení nezbytnosti multidisciplinárního týmového způsobu léčby tohoto onemocnění v " somatickém" nemocničním zařízení. Tyto principy jsou praktikovány v léčebném programu, který zahrnuje terapii celé rodiny v nemocnici a je prováděn dvěma terapeuty psychiatrického oddělení v návaznosti na denní terapeutickou rutinu somatického oddělení, zajišťovanou jedním lékařem tohoto oddělení, dvěma sestrami a dietologem.

Zkušenosti s tímto přístupem ukázaly, že celý léčebný proces prochází 5 různými stadii, která jsou v článku dále popsána: 1. Fáze observace. 2. Fáze péče 3. Fáze uvolňování 4. Fáze individuace 5. Fáze asymptomatická

Některé teoretické a praktické poznatky:

- anorexia nervosa je chápána jako život ohrožující stav, zahrnující interakci mezi faktory individuální psychologie, rodinné dynamiky a somaticko-fysiologickými.
- dítě je chápáno jako nositel příznaku nejužší sociální skupiny, v níž žije jako její člen.
- příznak je vykládán jako výraz dysfunkce rodinného systému a současně regulátor a udržovatel interakce uvnitř systému.
- praktickým důsledkem předchozího je náhled, že do terapie musí vstoupit celá rodina a jestliže její exponent (nositel příznaku) potřebuje hospitalizaci, znamená to, že hospitalisaci potřebuje celá rodina.
- při přijetí pacienta (nositele příznaku) je rodina informována, že všichni její členové budou zahrnutí do léčebného programu. Rodině je nabídnuto ubytování v nemocnici. Rodina zde obvykle žije v průběhu prvního až druhého týdne po přijetí. Postupně se režim rodiny uvolní, aby se mohla pohybovat mezi domovem a nemocnicí. První období v nemocnici je rozhodující pro zaangažování rodiny do terapie a zároveň osvojení principů léčby.

- nejprve je provedeno vyšetření k vyloučení organické příčiny onemocnění dítěte, pak je indikována rodinná terapie
- nemocnice je sociální systém s vnitřní hierarchií a strukturou. V rámci tohoto systému jsou anorektičtí pacienti často označováni jako skupina, která je velmi náročná na péči a přitom frustrující.
- o rodinách anorektiků se říká, že jsou velmi manipulativní. Jestliže je mezi personálem oddělení latentní konflikt, pak se často v kontaktu s takovou rodinou manifestuje. Může to být tím, že komunikační styl anorektických rodin často obsahuje skrytý nesouhlas a konflikty.
- jedním z vedoucích principů léčebného programu je soustředit terapii do rukou malého týmu, representujícího somatické i psychologické aspekty celé problematiky. Role rodinného terapeuta je centrální, dílčí postupy jsou řízeny rozhodnutími, která vyplývají z toho, který člen týmu je v které fázi terapie tím kompetentním.
- je důležité, aby během terapie tým řešil průběžně své vlastní vnitřní konflikty, jinak je nebezpečí, že bude manipulován.

V dalším oddíle jsou základní charakteristiky anorektických rodiny z hlediska somatického i psychologického.

Následuje bližší rozbor jednotlivých, po sobě následujících fází terapeutického postupu:

Ad 1. Fáze observace. Trvá dva až pět dní a během této doby se vytvoří základ léčebného programu. Současně se provede somatické vyšetření. Terapeutický tým naváže a rozvine potřebné vztahy s rodinou. V této iniciální fázi je rodina ve stavu šoku. Vypadá to, jako by primární pacient zasáhl rodinu v jejích nejcitlivějších oblastech. Symptomy oslabily dřívější schopnost rodiny bránit se emočně zatěžujícím vlivům. Rodina podniká zoufalé pokusy získat zpět tuto kontrolu, ale stává se nefunkční. Vypadá to, jako by dítě svými symptomy vzalo rodině její nejefektivnější obrany. V této první periodě se rodina představuje jako entita zbavená schopnosti obrany, charakterizovaná bezmocností, smutkem, neschopností převzít iniciativu.

Symptomy dítěte lze vidět jako metafotické vyjádření stavu rodiny. Primární pacient se představuje jako klidný, skeptický, smutný, stažený, perfekcionistický, občas fysicky hyperaktivní dítě. Občas vyslovuje i suicidální myšlenky.

Čím déle symptom trvá, tím více se posilují jeho sekundární zisky v rodině i mimo rodinu a tím hůře se zavádí léčba.

Ad 2. Fáze péče. Tato fáze navazuje na předchozí a upevňuje denní program. Současně se zahajuje terapie s rodinou ve snaze indukovat žádoucí změny v rodinném systému. Denní přírůstek váhy má být kolem 200 g. Pokud je váhový přírůstek dodržován, je pacientovi povolena řada privilegií. Současně je věnována jen malá pozornost jídlu. Váhový přírůstek je důkazem, že pacient dodržuje terapeutickou dohodu. Pokud je však váhový přírůstek nižší nebo dokonce váha klesá (k tomu účelu pacient obvykle užívá i zvýšené tělesné aktivity), je pacient vrácen zpět na lůžko a jsou mu zakázány všechny aktivity až do doby, kde se přírůstek váhy obnoví.

Během fáze péče je zastavení přírůstku váhy (či její pokles) znamením, že rodinná terapie dosud neodkryla emoční konflikt a tabuisované problémy rodiny.

V této fázi se rodinný systém začíná uvolňovat. Dřívější " tichá" deprese se začíná otevřeně vyjadřovat. Rodinu je možno popsat jako " plačící rodinu". Primární pacient pláče během terapeutických sezení, rovněž rodiče takto projevují své emoce. Převládá smutek, zklamání, zoufalství.

Ve stejný čas primární pacient začíná projevovat více zájmu o své sociální okolí.

Ad 3. Fáze uvolňování. Toto období charakterisuje dvojí proces. Uvolňují se zakotvené rodinné struktury a nové se začínají formovat. U primárního pacienta je zde patrný pohyb z dřívější pasivity k většímu sociálnímu kontaktu s okolím, od bezmoci i iniciativě, od totální závislosti k vyjádření vlastních zkušeností.

Rodina projevuje změny od smutku a agresivity k projevům positivních emocí a je patrná větší extroverse jejích postojů.

Kontext II-4,1986

Tato fáze je velmi dynamická. Pacientovo chování je často vnímáno jako ohrožující zbytek rodiny. Jednotliví členové rodiny začínají jednat " za sebe". Tato fáze je velmi náročná na terapeutické vedení.

Ad 4. Fáze individuace. V této periodě pacient opouští roli, příslušející věku 2-4 roků, a začíná si osvojovat roli věkově příslušející. V tom smyslu začíná i rozvíjet přiměřené zájmy. Je důležité, aby pacient byl v tomto procesu podpořen uznáním, souhlasem.

Rodiče v tom čase jsou velmi zaměstnáni jejich vlastními vztahy a budoucími rolemi.

V souvislosti s propuštěním z hospitalisace se objevuje úzkost z relapsu, zvýší se nejistota, předchodně se objeví i snížení váhového přírůstku. Úzkost se objevuje nejen u primárního pacienta a u jeho rodiny, ale lze jí pozorovat i u personálu oddělení.

K usnadnění celé situace propuštění je vhodné uskutečnit rituální ceremonii rozloučení. V ní je obsažen prvek separace dvou systémů, dosud intimně spojených. Při této příležitosti je možno prohovořit všechny otázky dalšího postupu a spolupráce a vytvořit tak most k nové situaci.

Ad 5. Fáze asymptomatická. V této fázi se již dále nepracuje se symptomy, které vedly k hospitalisaci. Nicméně je rodina považována za vulnerabilní a je pravidelně dále sledována ambulantně. Primární pacient dochází k pravidelnému vážení, které provádí zdravotní sestra.

Při pravidelných setkáních se střídá sezení s terapeutem s rozšířeným sezením s ostatními členy týmu oddělení. Rodina zde předkládá své problémy z běžného denního života a dále se učí je řešit.

Konec celého terapeutického programu je opět realizován jako rituál. Terapeut tentokrát přijde na návštěvu do rodiny, která je již " svým vlastním pánem" ve vlastním teritoriu. Terapeut je zde tedy jako host - tím se přeruší návyk, kdy rodina docházela za terapeutem do jeho teritoria. Pacient obvykle pomáhá rodině

v přípravě pohoštění a při vlastním stolování, pak se zúčastní i konsumování připravovaných jídel.

Podobně se postupuje ve škole, kam pacient dochází. Zprvu je sledován školní sestrou, nakonec se uspořádá návštěva terapeuta, doprovázeného rodinou, ve škole.

Závěrem: Čtyři z pěti rodin absolvovaly celou léčbu a měly i podobný další osud. Primární pacienti se somaticky, psychicky i sociálně výrazně zlepšili a neměli další obtíže. V jednom případě rodina přerušila terapeutický program ve fázi asymptomatické při ambulantním sledování. U dítěte se rychle dostavil relaps obtíží s úbytkem váhy až po těžký, život ohrožující stav. Příčinou byly národnostní problémy v rodině, které vznikly již před prvotním onemocněním a znovu se po léčbě zhoršily.

V osudech úspěšně léčených rodin byly patrné individuace a separace i ve vztazích ostatních subsystémů (děti, rodiče, prarodiče atd).

Autor poukazuje též na problémy s novými členy týmu zdravotnického, kteří špatně chápali a přijímali tento týmový komplexní styl práce.

Na otázku, zda popsaný způsob a průběh léčby je typický pro anorektické rodiny či spíše pro rodinnou terapii vůbec, autor odpovídá, že jde spíše o zásady, společné a vlastní rodinám psychosomatickým.

Autor zdůrazňuje , že významným faktorem v této terapii je zřejmě okolnost, že dítě je ohrožené na životě a v těžkém stavu, když je přijato k hospitalisaci a začíná se celý terapeutický proces.

Obecně zkušenost s těmito rodinami potvrzuje zkušenost již známou - že krise může být obrácena od destruktivních důsledků a transformována do optimální periody učení, sebepoznání a reorientace.

Kontext II-4,1986

Glenn M.L., Atkins L., Singer R,:
Integrace rodinného terapeuta do praxe rodinného lékaře.
(Integrating a Family Therapist Into a Family Medical Practice)
(Family Systems Medicine 2, 1984, 2: 137-145)

Článek referuje o předběžné studii o integraci rodinného terapeuta do praxe rodinných lékařů. Dva rodinní lékaři střediska " Everett Family Practice" v dělnickém městě poblíž Bostonu v průběhu 9 měsíců vybrali ze všech pacientů, které oba vyšetřili, 262 takových (12 %), u nichž " by pravděpodobně bylo vhodné, zabývat se jejich problémy". Kriteriem pro výběr byl předpoklad, že situační a emoční faktory silně ovlivňují pacientův život a symptomy. Takovýmito faktory jsou např. afektivní distress, psychosociální malfunkce atd.

Z úvodních odstavců práce vyplývá, že autoři mají na mysli v podstatě zachycení psychosociálních faktorů, které se zdají být relevantní v jejich stonání, resp. symptomech. Střediskem jejich zájmu je však spolupráce s rodinným terapeutem. K němu doporučili 50 pacientů (19 % z vybraných). Mimo další údaje u nich stanovili pracovní diagnosu a formulovali důvod pro tento způsob terapie.

Oba při této činnosti vycházeli z přístupu orientovaného na individuum, i když zastávají model na rodinu centrované práce.

Diagnostické úvahy: je jasné, že lékař a terapeut vnímají tytéž pacienty a tytéž situace různě. Lékařský model má tendenci vidět pacienty jako individua "chycená v bludišti tělesných, sociálních a emočních stresů". Terapeut vidí problém systémově a diagnosu stanovuje s ohledem na terapeutický plán.

1. Perspektiva lékaře: oba lékaři, z nichž jeden měl psychiatrický výcvik, používali tradičních termínů psychopatologie. Roztřídili pacienty do diagnostických skupin
a. psychotické poruchy
b. charakterové poruchy
c. situační poruchy (reakce na situační stress)
d. neurotické poruchy.

Protože pacient přichází do ordinace individuálně, jako individuální entita, lékař udělá individuální diagnosu. Pacient přichází k lékaři se somatickou obtíží a má určitou představu, jak bude lékař postupovat. Nepřichází si stěžovat na rodinu a lékař si z mnoha různých důvodů rodinu pacienta ani nemůže svolat. Takto a z dalších podobných příčin je dán modus setkání pacienta s lékařem, mají společný jazyk. Ve chvíli, kdy lékař navrhne psychoterapii nebo rodinou terapii, je to pro pacienta velmi podstatná změna proti obvyklému chodu věcí a pacient jí špatně přijímá.

2. Perspektiva terapeuta: přistupuje k pacientovi z hlediska systémového paradigmatu. Jeho teoretická orientace vychází ze systémového pojetí rodiny a z Minuchinova strukturálního přístupu. Vidí tedy pacienty v termínech s léčbou souvisejících, systémově orientovaných kategorií.

a. vývojové krise v souvislosti s normálním vývojem rodiny
b. vliv původní (nukleární) rodiny
c. důsledky partnerské malfunkce
d. hierarchická triangulace (tvoření aliancí)
e. závislost (zvláště na alkoholu)
f. důsledky smutku (vyvolaného závažnou ztrátou)

Některé diagnostické ppcstřehy jsou kongruentní:

Lékař:	Terapeut:
Adolescentní problematika	Vývojová krise
Situační stress	Partnerský konflikt
Rodinný stress	Hierarchická triangulace
Charakterová porucha	Alkoholismus

Autoři uvádějí i nesoulad v diagnosách a zdůrazňují, že je nutné považovat za samozřejmost, že tentýž problém může lékař a terapeut vidět různě, v intencích své erudice a teoretického východiska a že nelze některý pohled označovat při srovnávání za správný či špatný.

Kontext II-4,1986

V diskusi pak autoři zdůrazňují, že spolupráce s rodinným terapeutem rozšiřuje terapeutické možnosti rodinného lékaře. Je však nutné vycházet z určitých předpokladů:

1. Rodinný kontext je centrálním momentem pro vývoj i léčení nemoci
2. V praxi rodinného lékaře je vždy mnoho pacientů, kteří usilovně řeší svoje životní problémy (svůj určitý životní stress).
3. Nemoc a rodinný stress poskytuje rodině příležitost jednak projevit svoji patologii a nedostatečné fungování, ale i řešit problémy spojené s vlastním vývojem, změnami a negativními vlivy.
4. Krisové body, ať již v čase vývojové krise nebo v čase katastrofy nebo náhlé změny jsou vynikajícími příležitostmi pro krátkou terapeutickou intervenci.

Schwenk T.L.:

Péče o rodinu pro dobro pacienta: rodinně terapeutické zkušenosti pro rodinného lékaře.
(Care of the Family for the Benefit of the Patient: Family Therapy Skills for the Family Physician)
(Family Systems Medicine 2,1984, 2: 170-175)

Článek v úvodu zmiňuje názor Dona Ransoma, že když se rodinný lékař věnuje rodině přímo jako předmětu svého zájmu, je to ke škodě individuálního pacienta-člena této rodiny.

V dalším textu je řada postřehů a zkušeností. Péče o rodinu má směřovat k potřebám rodiny identifikovaného pacienta. Rodinný lékař má pomáhat rodině tak, aby tím pomáhal pacientovi. Renesance instituce " rodinného lékaře", který má nahradit tzv. " praktického lékaře" s sebou přinesla problém: je správné všímat si rodiny a její problematiky, když léčíme jejího člena jako identifikovaného pacienta, ale je zcela jinou záležitostí, a to formálně i obsahově, je-li rodina léčena jako celek. V práci rodinného lékaře musí vždy v popředí stát zájem individuálního pacienta. Otázkou není, s jakou entitou nebo sociální jednotkou lékař pracuje, ale jde o to, pro čí prospěch je péče zaměřena.

Kontext II-4,1986

Holistické pojetí péče o pacienta ho vyjímá ze sociálního kontextu a lidských vztahů a to samozřejmě není správné. Péče o rodinu kvůli ní samotné byla již odmítnuta. Péče o jednotlivce zaměřená k prospěchu rodiny je triviální, ne-li anetický model. Lze si však představit, že pečujeme-li o individuálního pacienta, kterého chápeme v rámci jeho rodinných vztahů, že pomáháme jemu a do jisté míry prospíváme i rodině.

Péče rodinných lékařů o mentální zdraví.

V této kapitole jde o otázku, jak má být tato péče prováděna, jaké principy a zkušenosti jsou použitelné. Je jich uvedeno šest:

1. sama náplň práce rodinného lékaře zahrnuje veliké množství nemocí psychosociální či funkční povahy.
2. rodinným lékařům jsou běžně k použití určité způsoby individuálně zaměřené psychosociální péče
3. rodinní lékaři poměrně málo užívají zmíněné typy péče
4. teoreticky je výhodné poskytovat rodině psychosociální péči zaměřenou ve prospěch individuálního člena rodiny
5. existují běžně dosažitelné metody, rodinně - orientované psychosociální péče
6. roli hraje, co pacienti od stylu a intensity rodinně orientované psychosociální péče očekávají.

V tomto seřazení je patrný vývoj směrem k modelu, který je syntézou disciplin rodinné terapie a rodinného lékaře.

Řada výzkumů ukazuje, že procento návštěv lékaře, při nichž psychosociální faktory jsou důležité pro diagnosu nebo léčbu, se pohybuje mezi 68-92 %. Pro tzv. funkční poruchy navštíví lékaře 30-80 % pacientů. 60 % veškeré mentální péče provádí lékaři primární péče.

Dále jsou postupně diskutovány další ze šesti uvedených bodů. Ke druhému se např. praví, že psychosociální příčiny nemocí jsou v praxi velmi různé a rodinní lékaři používají eklekticky různých metod, málo znají etiologii a patologii těchto nemocí a jejich terapie je potom málo efektivní.

Kontext II - 4,1986

Rodinná terapie a praxe rodinného lékaře.

V tomto krátkém odstavci jsou citováni autoři nového modelu péče, který je syntézou vybraných postupů obou metod, uvedených v názvu. Jde o Christie-Seely a Doherty et Baird, kteří jsou uvedeni v literárních odkazech na konci článku. Dále je citován Minuchin, který měl významné úspěchy s rodinnou terapií při léčení dětí s nestabilním diabetes mellitus a těžkým asthma bronchiale. Citován konečně Comley, který dokázal vcelku snížit o 49 % požadavky pacientů na ambulantní péči se všemi typy problémů tím, že prováděl rodinnou terapii u dysfunkčních rodin, aniž měnil základní terapii identifikovaných pacientů.

V dalším odstavci se hovoří o motivech pro výzkum na tomto poli a je zdůrazněno, že některé výsledky tohoto nového způsobu práce jsou měřitelné, zejména:

1. snížení frekvence, intensity a ceny další péče pro určitý specifikovaný problém
2. zvýšení úrovně pracovní i osobní zdatnosti, výkonu pacienta
3. snížení potřeby farmakologické terapie pro určitý problém.

Z á v ě r :

Nový model rodinné péče může být aplikován v ordinaci praktického (rodinného) lékaře tak, aby byl ve prospěch pacienta s psychosociálně podmíněnými medicinskými problémy.

Tento model je odvozen z tradiční rodinné terapie a je založen na předpokladu, že lékařská péče o rodinu pro dobro (zisk) pacienta je efektivnější a lacinější.

Tento model hovoří o posouzení a zásahu do struktury a funkce rodiny ve prospěch toho jejího člena, který přišel s chorobou, jež má ve svých příčinách i terapii silné psychosociální komponenty.

Kontext II - 4,1986

Rogers J., Durkin M.:

Semistrukturovaná rodinná anamnesa: I. Protokol, II. Zhodnocení.
(The Semi-Structured Genogram Interview: I. Protocol, II. Evaluation).
(Family Systems Medicine 2, 1984 2:176-187).

Autoři referují o studii, ve které srovnávali dva způsoby získávání informací o rodině pacienta: neformální rozhovor (obvyklý způsob rodinné anamnesy) a semistrukturovaný rozhovor.

Metodika spočívala v tom, že každý dospělý pacient, který poprvé navštívil ordinaci ve " Family Practice Center" byl požádán o spolupráci ve zmíněné studii a pak s ním byl nejdříve proveden neformální a poté semistrukturovaný rozhovor.

Protokol sestává ze tří částí: a. Základní informace o členech rodiny ve třech nebo čtyřech generacích (jména, data narození a úmrtí, místo bydliště, vzdělání, atd); informace zahrnují nejméně tři generace, t.j. pacient, jeho rodiče a prarodiče, u ženatých či vdaných též partner a jeho rodiče a prarodiče a případně děti. b. Specifické otázky, týkající se medicinských a psychosociálních problémů (např. je ve vaší rodině někdo, kdo měl nebo má chronickou nebo recidivující chorobu? - následuje výčet 22 chorob nebo skupin onemocnění podle orgánů, dále otázky o kouření, závislostech, náhlých změnách chování a pod). Doplňující otázky o stavu financí, změnách, zaměstnání a bydliště,apod.

Při zhodnocení se ukázalo, že semistrukturovaný rozhovor trval průměrně 20 minut, získal 4 x více informací než obvyklý způsob, přinesl i informace o sociálním prostředí rodiny a nejdůležitějších životních událostech. Šedesát procent pacientů uvedlo rodinné sociální problémy jako je alkoholismus nebo drogová závislost a třicetdva procent vyjádřilo zájem o psychosociální poradu pro sebe nebo člena rodiny. Devadesátšest procent se domnívalo, že užití protokolu zlepší komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Článek přináší 44 literárních odkazů.

Kontext II-4/1986

Frenck N.:

Čas šetřící schema při řešení problémů dětského chování.
(A Time- Conserving Protocol for Pediatric Behavioral Problems)
(Family Systems Medicine 2,1984: 146-149)

Autor je pediatr a rodinný terapeut, pracující v Lausanne ve Švýcarsku. Jeho obvyklý způsob práce je takový, že zve do ordinace pacienty po 15ti minutových intervalech. Často se však stává, že se v čekárně nahromadí větší množství pacientů, a to je příčinou problémů a konfliktů. Našel proto řešení, které v dalším textu popisuje a pro větší názornost doplňuje schematem.

Matka dojedná se sestrou návštěvu lékaře a ve stanovenou dobu přichází s dítětem do ordinace. Lékař naslouchá, získává anamnestické údaje, vyšetří dítě a v této době současně realizuje pracovní strategii (epistemological joining), která spočívá v tom, že seznamuje pacienta (resp. matku) se svým náhledem na problém a zároveň poznává jeho (jejich) způsob řešení problému.

Jakmile lékař zjistí, že mluví s pacientem "stejnou řečí", může začít zkoumat problém ve správném kontextu. Přitom si položí otázku, zda stačí problém vyřešit v době 15 minut.

Ano, jestliže:
jde o problematické chování, odpovídající věku dítěte
jde o radu při výchově k toaletním návykům, k návykům při jídle atd.
jde o problém čerstvě vzniklý, kdy rodiče mají představu, jak ho řešit, ne jestliže:
jde o komplexní problém, kterému je třeba porozumět
jde o problém trvající delší čas
jde o stressovou situaci rodičů
jde o problém, kdy rodiče bez úspěchu vyzkoušeli všechny prostředky.

Jestliže je odpověď ne, pak si pozve pacienta znovu na večerní ordinaci, která může trvat i 1 hodinu a současně zve k návštěvě všechny členy rodiny, kteří mají k problému relevantní vztah. Členové rodiny takto představují rodinný systém. Spolu s terapeutem vytvářejí nový systém - definovaný terapeutický systém. Pediatr se stává transitním členem rodiny. Musí zůstat silou ovlivňující,

stimulující (" morphogenic force") a v každém okamžiku musí zůstávat v meta posici. Jinak hrozí nebezpečí, že se nechá vtáhnout do problematiky rodiny (" morphostatic movement"). Potom by jako inkompetentní terapeut se stal prvkem, zajišťujícím homeostasu a zabraňujícím změně.

Pediatr musí studovat a rozumět topografii terapeutického systému, který vytvořil, musí posilovat pracovní strategii (epistemological joining) a rozšiřovat jí na ostatní členy rodiny, i ty, kteří nejsou přítomni. Pokud zjistí, že problém nezvládne, musí zprostředkovat rodině kontakt s rodinným terapeutem.

(Šavlík)

M E T A - F Ó R Y

Mám sbírku mořských lastur. Jsou roztroušeny po pobřežích celého světa.

Lynn Hoffmanová

Koneckonců rodinná terapie není nástroj, ale kultura

Rachel Hare - Mustin

- - - - - - -

Kdo chce tančit, musí umět taneční kroky.

Stanislav Kratochvíl

- - - - - - -

Člověk špatně tančí, když se dívá na nohy

Roger Vailland

- - - - - - -

Zpíváme čistě jen ve větvích svého rodokmenu

Max Jacob

- - - - - - -

Kontext II - 4,1986

Kráčet po obou březích řeky současně je vyčerpávající

Henri Michaux

- - - - -

Vzdálený břeh je pod tvým chodidlem

Mitchell Ginsberg

- - - - -

Je jen jeden způsob, jak se někam dostat: rozhodnout se předem, kam máš namířeno, a pak se tam vydat

John Updike

- - - - -

A tak sebou zmítáme dál, lodě deroucí se proti proudu, bez přestání unášeni zpátky do minulosti

Francis Scott Fitzgerald

- - - - -

Nekousejte mě do prstu, podívejte se, kam ukazuje

R.D. Laing

(P.B.)