

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

KONTTEXT

BULLETIN SEKCE PRO RODINNOU TERAPII PS ČLS

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

III • 2 • 1987

K O N T E X T - bulletin pro vnitřní potřebu členů sekce
pro rodinnou terapii Psychiatrické společnosti České lékařské spol.
Povoleno OK SČKNV pod č. o 350029386. Náklad
300 výtisků. Evidenční číslo ÚVTEI 86 037.

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.

Distribuce: Dr. L. Kalousevová.

Příspěvky adresujte na: Kontext - 417 01 Dubí, pošt.příhr.14.

Ročník III - číslo 2/1987
uzávěrka dne 1. 5.1987

O B S A H :

I. <u>Ze života sekce</u>	str. 2
"Dear Doctor Purkyně ..." (ICFT Feed-Forwards)	
II. <u>Informace</u>	4
Supervizní program 1987 - 1990	
III. <u>Studijní text</u>	5
Jay Haley: Úvod do ortelové terapie (P. Adamovský)	
IV. <u>Orig. čs. práce</u>	
J. Špitz: Suicidium a rodina - systémové interakce	
V. <u>Úvahy - podněty - diskuse</u>	49
L. C. Wynne-S.H.Mc Daniel-T.T.Weber: "Rodinná terapie" - ano či ne?	
VI. <u>Excerpta</u>	54
Family Process 4/1985 Recenze - dokončení (P. Adamovský)	
VII. <u>Poslední stránka</u>	71
Text pro pravou hemisféru	

Kontext III - 2, 1987

I. Ze života sekce

icft - icft - icft

"DEAR DOCTOR PURKYNĚ"

(ICFT Feed - Forwards)

Dear Doctor Purkyně,

Please send me information about the forthcoming event ...

....., Australia

My best wishes for your initiative. I am sure it will be
a great event.

Prof. Dott. Mara Selvini-Palazzoli

I am delighted that the Congress seems to be evolving
with great visibility, which increases the chances of big
success. We will do all our best to make it so.

Dr. Carlos Sluzki, Editor, Family Process

Program excellent - complicated and difficult job well done.

Dr. Donald Bloch, Director, Ackerman
Inst.

I am eagerly looking forward to my trip to Prague and to
participating in the Congress. Surely, it will be one of
the most important and valuable of its kind to be held
anywhere. It is clear that you and your committee have
already done a splendid job in organizing a truly interna-
tional meeting.

Dr. David Reiss, Professor and Director

Kontext III - 2, 1987

I hope that the organization of the Prague Congress is proceeding well. Wherever I go, even in South America, there is great enthusiasm for this happening ...

Dr. Maurizio Andolfi, Rome

Biggest family therapy congress ever held ... There are rumors about being "confusing" and "money making"

Jürgen Hargens, Zeitschr.systemische
Ther.

I am eagerly awaiting your meeting this spring. You have my deepest appreciation for organizing such an important event

Richard Simon, Editor
Family Therapy Networker

Du hast es wirklich geschafft uns in grosses Erstaunen zu setzen. Wir finden Deine Idee einfach umwerfend, Fachleute einzuladen, damit sie hochqualifizierte Arbeit leisten und ihnen ausserdem noch die Chance zu geben, für ihre Arbeit einen hohen Preis zahlen zu dürfen. So viel Güte können wir nicht akzeptieren und sagen daher unser work-shop für den Kongress in Prag ab

Dr. Hildegard Katschnig,
Dr. Esther Wanschura Wien

D o š l o p o u z á v ě r c e

FINIS ÚRT

Od 1.6.1987 je zrušen provoz úseku rodinné terapie při ordinaci pro dětskou a dorostovou psychiatrii psychiatrického oddělení polikliniky v Teplicích se sídlem v Dubí.

Až do nalezení jiného vhodného organizačního řešení bude Metodické a studijní středisko sekce fungovat při Dětské psychiatrické léčebně v Dubí v součinnosti s Okresní manželskou a předmanželskou poradnou v Teplicích. Adresa a telefon zůstávají stejné - Kontext - pošt. příhr.14, 417 01 Dubí I, tel. 723 92

Kontext III - 2, 1987

III. Studijní text

ÚVOD DO ORTELOVÉ TERAPIE JAY HALEYho

Jay Haley, Ordeal Therapy (Unusual Ways to Change Behavior),
Jossey-Bass, San Francisco, 1984;

Ú_V_O_D (str. 1 - 23) (Vypráví Jay Haley)

Jednoho dne mne navštívil muž, advokát, a přišel si pro pomoc, protože nemohl v noci spát. Jeho insomnie ho začínala připravovat o kariéru, protože usínal při soudních jednáních. I přes vysokou medikaci usínal noc co noc maximálně na hodinu nebo dvě. Zrovna jsem otvíral svou privátní praxi a muže za mnou poslali na hypnózu, abych vyřešil jeho problém se spaním. Nebyl to vhodný subjekt pro hypnózu. Ve skutečnosti reagoval na hypnotické sugesce zrovna tak, jako to dělal, když se pokoušel usnout: znenadání se probíral a byl bdělý, jako by se polekal nějaké myšlenky, kterou nedokázal popsat. Po několika pokusech jsem dospěl k rozhodnutí, že hypnóza nebude ten pravý způsob, jak ovlivnit problém tohoto muže se spaním. Jenže jsem cítil, že musím něco udělat. Prošel tradiční terapií a nic mu nepomáhala s jeho problémem, který se progresívně zhoršoval až do té míry, že se strachoval, že by se mohl stát naprosto neschopným vykonávat své zaměstnání.

Ten právník tvrdil, že s ním ani s jeho životem není nic v nepořádku; v práci byl šťasten, a stejně tak byl šťastný se svou ženou a dětmi. Jeho jediným problémem bylo, že nemohl spát. Vyjádřil to takhle: "Když se začínám chystat jít spát, něco mne vytrhne, že se úplně proberu, a pak celé hodiny ležím a jsem vzhůru."

Kontext III - 2, 1987

Nakonec jsem udělal pokus. Navrhl jsem, aby až bude čas jít do postele, aby vytvořil příjemnou situaci, až mu žena ponese teplé mléko, jako to dělávala. Až potom ulehne ke spánku, musel záměrně myslet na všechny nejstrašnější věci, na které dokázal myslet nebo by je mohl dělat nebo vidět sebe, jak je dělá. Požádal jsem ho, aby při rozhovoru se mnou myslel na ty hrozné věci, a on nebyl schopen myslet na nic. Když jsem ho měl k tomu, aby myslel na všechny ty děsivé věci, nějaká hypotetická osoba, "pan Šmíd", mohla být v jeho mysli a mohla přemýšlet o vraždách, homosexuálních projevech a jiných podobných rozrušujících věcech. Řekl jsem mu, že by se tuto noc měl uložit ke spánku, ale místo aby se pokoušel usnout, měl záměrně přemýšlet o všech těch úděsných věcech, které mu mohly přicházet na mysl. Když byl na odchodu, prohodil: "Myslíte takové věci, jako že dávám svou ženu do bordelu?" Řekl jsem: "To je dobrá myšlenka".

Muž šel domů a řídil se instrukcemi. Usnul okamžitě a prospal celou noc. Od té doby tento postup používal a insomnie zmizela.

V té době, v padesátých letech tohoto století, neexistovala žádná terapeutická teorie, která by vysvětlovala navržení takové intervence nebo její úspěšnost. Jedinou teorií byla psychodynamická teorie potlačení, podle které by nabádání muže, aby přemýšlel o hrozných věcech, udržovala ho spíš vzhůru, než aby ho to uspalo, poněvadž to znamenalo vynášení potlačovaného materiálu do blízkosti vědomí.

V té době rovněž neexistovalo žádné vysvětlení rychlé terapeutické změny, poněvadž neexistovala žádná teorie krátké terapie. Mělo se za to, že když člověk udělá krátkou terapii, udělá prostě méně, než by se udělalo při dlouhodobé terapii. Takže moje direktiva neměla žádné racionále.

Kontext III - 2, 1987

Poněvadž jsem hloubal nad tím, proč tento a podobné případy dopadly úspěšně, rozhodl jsem se, že navštívím Milтона H. Ericksona a budu s ním konzultovat.

Učil jsem se už předtím hypnózu od dr. Ericksona a rozmlouval jsem s ním o hypnóze v rámci dřívějšího výzkumného bádání. Nakonec jsem začal sám vyučovat hypnózu místní lékaře a psychology. Když jsem vstoupil do praxe jako terapeut, hned jsem si uvědomil, že hypnóza při výzkumu a při vyučování není na stejné úrovni jako hypnóza užívaná klinicky. Věděl jsem, jak obstarat lidem hypnotické zkušenosti, jak pro ně zařídit hluboké tranzové jevy a jak s nimi mluvit v metaforách o jejich problémech. Avšak ve skutečnosti jsem nevěděl, jak použít hypnózu, abych někoho změnil.

V té době byl Milton Erickson jediný pro mne dostupný konzultant, který něco věděl o užívání hypnózy v krátké terapii. Byl jsem si rovněž vědom toho, že existuje celá řada technik krátké terapie, které hypnózu nevyužívají. Ty spolu příležitostně vedly diskuse o jiných záležitostech. Erickson byl opravdu jedinou osobou, o níž jsem věděl, že může nabídnout něco nového v terapeutické technice nebo teorii.

Když jsem konzultoval s dr. Ericksonem, zjistil jsem, že ovládá rutinní postupy používající speciálních ortelů, aby vyvolal nějakou změnu, a že tyto ortely jsou podobné tomu, který jsem vymyslel pro onoho advokáta. Také jsem našel vysvětlení a způsob, jak lze uvažovat o jiných případech, které mě mátlly. Například jsem léčil kruté bolesti hlavy jedné ženy tak, že jsem ji povzbuzoval, aby měla ty bolesti a aby je tímto způsobem dostala pod kontrolu. Když jsem hovořil s Ericksonem, uvědomil jsem si, že jeho terapeutické techniky obsahují paradoxní intervence právě takového druhu.

Kontext III - 2, 1987

Dovolte mi prezentovat, Ericksonovými vlastními slovy, jeden ortelový postup v případě insomnie, jak mi ho on popsal:

"Přišel za mnou pětašedesátiletý muž, který posledních patnáct let trpěl mírnou nespavostí a jeho lékař mu dával Amytal. Tři měsíce před tím mu zemřela žena a zanechala ho samotného s neženatým synem. Ten muž bral pravidelně patnáct tobolek a v každé byla tři zrnka - tedy celkovou dávku čtyřiceti pěti zrněk Amytalu. Uléhal v 8 hodin, převaloval se a házel sebou do půlnoci, a pak si bral svých patnáct tobolek, pětáčtyřicet zrněk, vypil dvě sklenice vody, lehl si a usnul na hodinu a půl až dvě hodiny. Pak se probudil a převaloval se a házel sebou až do té doby, kdy se vstává. Od té doby, co jeho žena zemřela, patnáct tobolek nezabíralo. Zašel k rodinnému lékaři a požádal ho, aby mu předepsal osmnáct tobolek. Rodinný lékař se polekal a omluvil se, že mu nemůže dovolit, aby se stal závislým na barbiturátech. Poslal ho za mnou.

Zeptal jsem se toho starého muže (vypravoval dále Erickson), jestli chce opravu přemoci svou nespavost - jestli chce opravdu překonat svou závislost na lécích. Řekl, že ano, a byl velmi otevřený a velmi upřímný. Řekl jsem mu, že by to šlo udělat snadno. Z vylíčení jeho historie jsem věděl, že žije v rozlehlém domě s podlahami z tvrdého dřeva. On se většinou staral o vaření a mytí nádobí, zatímco syn dělal práce po domě - hlavně voskoval podlahy, což starý pán nenáviděl. Nenáviděl zápach vosku z podlah, a syn na to nedbal. A tak jsem vysvětlil tomu starému pánovi, že bych ho dokázal vyléčit, že by ho to stálo nanejvýš osmihodinový spánek, a to je všechno - pokud tu nízkou cenu zaplatí. Byl by ochoten vzdát se osmihodinového spánku, aby se uzdravil ze své nespavosti? Muž slíbil, že to udělá. Řekl jsem mu, že to bude mizerná práce, a on souhlasil, že ji udělá.

Kontext III - 2, 1987

Vysvětlil jsem mu, že místo toho, aby šel dnes v noci spát v osm hodin, má si vytáhnout plechovku s voskem na podlahy a nějaké hadry. "Bude vás to stát hodinu a půl spánku, nebo maximálně dvě hodiny, a začnete leštit ty podlahy. Budete to nenávidět, budete nenávidět mě; nebudete si myslet o mně nic dobrého, jak se hodiny povlečou. Ale budete leštit ty podlahy z těžkého dřeva po celou dlouhou noc a příští den ráno půjdete do svého zaměstnání v osm hodin. Přestanete s leštěním podlahy v sedm hodin, a tak vám zbude celá hodina do odchodu. Následující noc v osm hodin vstaňte a voskujte podlahu. Opravdu všechny ty podlahy znovu přeleštíte a nebudete to dělat rád. Ale ztratíte nejvýš dvě hodiny spánku. Třetí noc dělejte to samé i čtvrtou noc dělejte to samé." Leštil ty podlahy první noc, druhou noc i třetí noc. Čtvrtou noc si řekl: "Jsem tak unavený z plnění příkazů toho bláznivého psychiatra, ale myslím, že bych mohl být v pořádku." Ztratil šest hodin spánku; měl ztratit ještě dvě další dřív, než bych ho opravdu vyléčil. Řekl si: "Myslím, že si lehnu do postele a na půl hodinky si odpočinu." Vzbudil se v sedm hodin druhý den ráno. Té noci se ocitl v dilematu. Má si jít lehnout, když si ještě dluží dvě hodiny spánku? Dospěl ke kompromisu. Byl připraven do postele i vzít vosk na podlahy a lešticí hadry v osm hodin. Kdyby na hodinách uviděl 8,15, vstal by a leštil by celou noc podlahy.

O rok později mi vyprávěl, že spí každou noc. Ve skutečnosti říkal: "Já vím, nemám odvahu trpět nespavostí. Dívám se na hodiny a říkám: Jestli zůstanu vzhůru patnáct minut, musím celou noc leštit podlahy, a vím, co to znamená!"

Kontext III - 2, 1987

Vidíte, že ten muž by udělal cokoli, jen aby se vyhnul leštění podlah - dokonce spí."

Když mi dr. Erickson tento případ vyprávěl, uvědomil jsem si najednou, že postup, který jsem vymyslel pro advokáta, byl formálně tentýž. Zařídil jsem, aby advokát prošel ortelem, kterému by se raději vyhnul spaním. Dr. Erickson dal svému klientovi úlohu, kterou by raději prospal, než aby ji prováděl. Tady se procedura opírala o dost jednoduchou premisu: Učiníme-li pro nějakého člověka obtížnějším, aby měl symptom, než aby se ho vzdal, tento člověk se symptomu vzdá. Během mnoha let jsem používal tento typ intervence nejrozmanitějšími způsoby a uváděná kniha o ortelové terapii popisuje okruh těchto variací.

Ortelový postup je odlišný od některých jiných terapeutických technik, které vycházejí z Milтона Ericksona. Například jeho využívání metafor, při kterém mění "A" tak, že na základě analogie zdůrazňuje "B", nepatří mezi ortelové postupy. V některých případech použití metaforického postupu se od klienta^{ne} žádá prakticky nic jiného, než aby naslouchal. Také Ericksonův postup kumulování změny se naprosto liší od ukládání ortelu. Osobu, která je požádána, aby se vzdala bolesti na sekundu, a pak se požadavek zvětší na dvě sekundy a pak na čtyři, pokračuje geometrickou řadou ve zlepšování svého stavu, přičemž v tomto postupu, jak je patrné, není obsažen žádný ortel.

Když zkoumáme Ericksonovy inovace v souvislosti s užíváním paradoxu, vidíme například, že vybízel určitou osobu, aby zakoušela stresující symptom záměrně, ale to není ortelová procedura. Nebo je? Nezapadá to do kategorie

Kontext III - 2, 1987

charakterizované jako vzdání se symptomu proto, aby se člověk vyhnul ortelu. Jeví se však jako možné, že ortelová terapie není pouze technikou, nýbrž že je teorií změny, která se dotýká celé řady terapeutických technik, o nichž se předpokládá, že jsou různé. Než budeme pokračovat dále v rozvíjení této myšlenky, bude patrně dobré popsat rozmanitost ortelových postupů a jejich stadia.

ORTELOVÁ TECHNIKA

V ortelové technice úlohu terapeuta lze vymezit snadno: Je potřeba vynést ortel spočívající v těžké zkoušce, který se hodí k problému osoby, která chce dosáhnout změny, přičemž zkouška musí být těžší než problém. Hlavním požadavkem na ortel je, aby způsoboval distres stejně velký, jako je distres působený symptomem, anebo větší, právě tak jako je tomu u trestu, který by měl být uzpůsoben podle zločinu. Jestliže ortel není dostatečně obtížný, aby přerušil symptom, obyčejně lze míru jeho obtížnosti zvyšovat, dokud dost obtížný není. Nejlépe také je, když je ortel pro dotyčnou osobu něčím dobrým. Dělat to, co je pro nás dobré, je pro každého těžké, a ukazuje se, že je to zvlášť těžké pro lidi, kteří vyhledávají terapii. Jako příklady toho, co je pro lidi dobré, můžeme uvést pohybová cvičení, cvičení zlepšující paměť, zdravou stravu a jiné sebezdokonalující aktivity. Do ortelů může být také zahrnuto vlastní obětování se pro druhé.

Ortel musí vykazovat tuto další charakteristiku: musí to být něco, co dotyčná osoba dokáže udělat a také to musí být něco, proti čemu nemůže nic namítat. Musí to tedy být záležitost takové povahy, že terapeut může snadno říci: "Nijak to neporuší žádnou z vašich morálních zásad,

a je to něco, co dokážete udělat." A poslední charakteristika terapeutického ortelu: Neměl by dotyčného ani žádného jiného člověka poškozovat.

Jak vyplývá z těchto charakteristik, vynesení ortel může být neopracovaný jako hrubý, tupý nástroj, anebo důmyslný a jemný. Může být také modelový, takový, jaký lze aplikovat na mnoho problémů. Nebo může být detailně propracován a navržen pro určitou konkrétní osobu nebo rodinu, přičemž nebude adekvátní pro žádnou jinou. Příkladem modelového ortelu může být předepsané cvičení uprostřed noci, kdykoli se onoho dne vyskytl symptom. Příklad ortelu pečlivě vypracovaného pro určitou konkrétní osobu by zde vyžadoval zdlouhavý popis; čtenáři najdou mnoho na míru šitých příkladů v celé knize.

Zbývá se ještě zmínit o poslední stránce ortelu: někdy jím musí dotyčný procházet opakovaně, než se ze symptomu uzdraví. Jindy jen pouhá hrozba ortelu přináší uzdravu. Takže když terapeut stanovuje ortel jako proceduru, která má být prováděna, a dotyčná osoba souhlasí, že to udělá, někdy zanechá symptomu dřív, než by ortel mohl začít být uplatňován.

Typy ortelů

Projděme inventář několika různých typů ortelů s příklady.

Přímočaré úlohy. V případě, že ortel je přímočará úloha, terapeut problém vyjasní a žádá, aby pokaždé, když se symptom vyskytne, uskutečnila osoba určitý ortel. Během hovoru terapeut hledá, často aniž by objasnil, po čem se pídí, čeho z toho, co by bylo pro klienta nebo klientku dobré, by měl(a) dělat víc. Typickou odpovědí bývá, že

dotyčný by měl víc cvičit. Terapeut mu tedy nařídí, aby prováděl určitou sadu cviků vždycky, když se symptom vyskytne. Bývá dobré, aby tato cvičení připadala na prostřed noci. Dotyčný je v tom případě požádán, aby šel spát a měl budík nařízený na tři hodiny ráno a pak v ty tři hodiny aby vstal a cvičil. Potom má jít zase spát, takže celý postup se podobá snu či noční můře. Cvičení by mělo být natolik vydatné, aby ho bylo nazítří cítit ve svalech.

Jako příklad zmiňovaného postupu uveďme případ muže, který se stával úzkostným, když hovořil na veřejnosti, a takové hovoření jeho zaměstnání vyžadovalo. Měl tedy cvičit každou noc, byl-li ten den úzkostnější, než myslel, že by měl být. Cvičení muselo být natolik obtížné, aby ho cítil ve svalech při vystupování druhý den. A brzy začal být překvapivě klidný, když povstával, aby promluvil. Naučil jsem se tohle od dr. Ericksona, který popisoval takovou proceduru u obdobného případu, přičemž kladl důraz na využívání energie. Jeho pacient

"dodržoval řadu rituálů, měl fobické, panické reakce při televizním natáčení - počal se chvět, těžce oddychovat a patnáct minut lapal po dechu, a lapal a třásl se a srdce mu bouchalo. Pak řekli: "Jdete na to," a on absolvoval televizní natáčení s největší lehkostí. Ale den ze dne byl na tom pořád hůř. Zpočátku to trvalo tak minutu, dvě; v té době, kdy přišel ke mně (vyprávěl Erickson), to bylo už patnáct minut. Čekali ho dvacet minut, třicet minut, hodina; a začínalo mu to zasahovat do jeho práce ve studiu. Nazítří jsem se ho vyptával na to, jaké má zvyky související se spaním, a dal jsem mu představu

Kontext III - 2, 1987

o množství energie. Jak se dalo čekat, jeho návyky související se spaním měly hodně rituální ráz. Vždycky do postele v určitou hodinu. Vždycky ven z postele v určitou hodinu. Poté, co jsem získal představu o energii vykolíkované v jeho hlavě, poukázal jsem na ni a zeptal jsem se, proč nepoužije tu energii, kterou utrácí tímhle způsobem? (Demonstrací těžkého oddychování). Na kolik vydatných dřepů denně by to vydalo? Řekl jsem mu, že nevím, kolik energie by to bylo, ale že si myslím, že by měl začít pětadvaceti (ráno před tím, než půjde do práce), třebaže jsem si myslel, že vyhovující by byla tak stovka. Ale mohl by začít pětadvaceti Nikomu by se do toho nechtělo - jeho ochromené, rozbolavělé nohy ho každý den dlouho přesvědčovaly, že použil spoustu energie. Žádná mu na to (demonstrování těžkého oddychování) nezbývala. Byl rád, jak užívá svou energii. Zakládal si na svých dřepích, vydatných dřepích, jako na zdravém způsobu, jak zredukovat svoji obezitu. Potom začal chodit do tělocvičny a začínal mít potěšení ze svého každodenního rituálu, návštěvy tělocvičny.

Vrátil se zpátky ke mně a řekl: "Má potíže se vrací... Tuhle jsem si všiml, že jsem se třikrát nebo čtyřikrát zhluboka nadechl a potom těch nádechů začalo přibývat, takže to zase je zadrženo. Co s tím teď uděláte? Cvičení už nefungují. Mám moc další energie. Řekl jsem: "To je hluboká psychologická reakce, kterou dáváte najevo." On řekl: "Ano." Já jsem řekl: "Dobrá, dejme tomu, že budeme na tom dále pracovat na psychologické úrovni. Znáš už vaše návyky související se spánkem. Končíte s vysíláním v deset hodin. Jdete rovnou domů. Děláte si souhrn ze svého dne pro vaši ženu a pak jdete rovnou do postele. Spíte osm hodin. Jste spáček jaksepatří. Spaní vás těší, jste rádý

Kontext III - 2, 1987

spáče. Po čtyřech hodinách spánku vstanete a uděláte sto dřepů." Řekl: "To budu hrozně nerad." Já jsem řekl: "Ano, můžete zužitkovat opravdu hodně psychologické energie na to, abyste nenáviděl tu představu. Jak myslíte, že se budete psychologicky cítit každou noc, když budete nařizovat budík, jak to vždycky děláte, a budete si přitom uvědomovat, že shromažďujete spoustu psychologické energie pro chvíli před mikrofonom a televizní kamerou? Můžete odvádět hrozné množství psychologické energie dvěma cestami: ... tak, že nařídíte budík na správný čas a psychologicky budete vážit za velmi intenzívní účasti svého cítní, jak moc nechcete vstávat po čtyřech hodinách proto, abyste prováděl vydatné dřepy."

Tahle analogie fungovala - chvíli. Vrátil se Řekl jsem: "Asi máte nadbytek energie." Řekl: "To je pravda." A já jsem řekl: "Teď mi povězte, která je to ta vaše celoživotní ctižádost?" Řekl: "Vlastnit svůj vlastní dům pro mou ženu a moje dítě." Řekl jsem: "To se ale opravdu zpotíte, že, než budete moci koupit dům a posekat trávník?" Řekl: "Celé dlouhé roky jsem svou ženu opomíjel a nenechal jsem se jí pohnout, ale tenhle měsíc kupujeme dům." Už se neukázal. Má domov. Má dvorek. Využívá všechnu svou nadměrnou energii."

Toto není jen typický příklad Ericksonovy ortelové terapie, nýbrž tu můžeme také sledovat typický způsob, jakým Erickson tvaruje terapeutický postup a jak to zařídí tak, aby do přirozeného prostředí dotyčné osoby zabudoval žádoucí vliv tak, aby jeho působení pokračovalo bez terapie.

Kontext III - 2, 1987

Když padne volba na přímočarou úlohu, může tu jít o cokoliv, o čem ten který klient říká, že je to něco, čeho by měl dělat víc, aby se zlepšil. Klasický postup dr. Ericksona u nespavosti například vypadá tak, že dotyčný či dotyčná musí zůstat vzhůru celou noc a číst ty knížky, které by měl(a) číst, ale jejichž čtení odkládá. Poněvadž by klienti mohli usnout, kdyby seděli v křesle nebo na židli a četli, dr. Erickson bude požadovat, aby četli celou noc a přitom stáli v pláštence. Při takovém uspořádání klienti buď spí, což je pro ně dobré, nebo čtou knihy, které by měli číst, což je pro ně dobré. Erickson referuje o tom, že takový člověk řekne: "Jsem připraven, jestli někdy budu mít ten problém znova. Koupil jsem si souborné vydání Dickensových spisů." Řešení skýtá klientům důvěru, že se dokáží s problémem vypořádat, jestli se znovu vyskytne.

Paradoxní ortely. Ortel může ukládat symptomatické chování samo, čímž se stává paradoxním - může podněcovat osobu, aby měla problém, s kterým on či ona (klient nebo klientka) přišel či přišla za terapeutem, aby se tohoto problému zbavil(a). Tak si například nějaký člověk přeje vyléčit se z deprese, a tu ho lze požádat, aby si (předem) určil depresi na určitou denní hodinu každého dne. Přednost se dává času, kdy by tento člověk raději dělal něco jiného. Tak terapeut třeba může ustanovit, aby se koncentroval na stav být depresivní v době, kdy mu končí povinnosti, jako třeba zrovna když uložil děti do postele a mohl by odpočívat nebo se dívat na televizi.

Je otázka, zda námětem paradoxní intervence může být cokoliv, ale když jsou ortely vymyšleny pro jednotlivce, ti bývají žádáni, aby absolvovali to, čeho by se raději

Kontext III - 2, 1987

zbavili. Za příklad může posloužit technika přesycení v behaviorální terapii:

určitá osoba se bojí štěnic a chce se zbavit tohoto strachu. Je tedy požádána, aby zakoušela strach ze štěnic, které si představuje, jak se všude kolem ní a po ní hemží. Tento typ paradoxní intervence samozřejmě znamená ortel. Podobně když požadujeme od hádajících se dvojice, aby se hádala, nebo žádáme-li jinou dvojici, aby absolvovala stresující sekvenci, kterou si právě přeje zarazit, není to jenom paradox, nýbrž také ortel.

Mohli bychom tuto záležitost také vystihnout jinak: je-li terapeutický paradox definován jako rebelování určité osoby proti terapeutovi tak, že nebude provádět problémové chování, musí v tom být obsažen také ortel pro tuto osobu, která rezistuje vůči tomu, co se od ní chce, aby dělala.

Jiným důležitým aspektem paradoxní intervence je způsob, jakým přeměňuje nedobrovolný akt, což je definice symptomu, v akt dobrovolný. Dotyčný člověk musí záměrně dělat to, o čem říká, že mu či jí v tom nemůže být pomozeno. Může jít například o impulzivní hltání jídla či vyhýbání se jídlu, nebo pálení a bolesti, anebo když je někdo navzdory svým předsevzetím úzkostný. Když je to pak děláno záměrně, tj. na základě rozhodnutí, už to nadále není symptom. Při ortelovém uspořádání lze požadovat, aby dotyčná osoba opakovala symptom záměrně vždycky, když se vyskytne mimovolně, takže se ze symptomu udělá ortel, který spočívá v prožívání symptomu. Jestliže někdo má dva symptomy, lze jeden z nich vyžadovat vždy, když se vyskytne druhý, čímž se uvádí v působnost paradoxní ortel, který účinkuje na oba symptomy naráz. Tak může jít třeba

Kontext III - 2, 1987

o osobu, která trpí určitou kompulzí a zároveň ji trápí extrémní ostýchavost, a pak může být požádána, aby prováděla socializační pokusy jakožto ortel, kdykoliv by se vyskytla kompulze.

Terapeut jako ortel. Existuje třída ortelů, které jsou účinné díky efektu na vztah klienta k terapeutovi. Všechny ortely fungují ve vztahu k terapeutovi a díky tomu jsou efektivní, ale některé jsou uspořádány speciálně tak, že jsou na terapeuta orientované.

Když například terapeut "přerámcovává" určitý čin, toto poselství se stává ortelem. Jakýkoli čin, který je definován jedním způsobem klientem, může být redefinován méně přijatelným způsobem terapeutem, takže je z toho pak něco, co se dotyčné osobě nelíbí. Například něco, co klient popisuje jako mstivé, může být terapeutem redefinováno jako protektivní a podnětné. Nebo čin, který klient definuje jako nezávislý na terapeutovi, může být redefinován jako čin prováděný pro terapeuta, čímž je přerámován takovým způsobem, že osoba, o kterou jde, v něm raději nebude pokračovat.

Dalším typem ortelů jsou konfrontační techniky používané některými terapeuty. Když terapeut nutí klienta, aby se vypořádal s tím, co by raději obešel, a aby vyhledával tuto bolestiplnou zkušenost, lze to klasifikovat jako ortelovou proceduru. Obdobně vhlédové interpretace, které se klientovi nelíbí, jsou ortelem, který je nutno prožít. V takových případech se spíš terapie sama, než nějaký speciální akt terapeuta, stává ortelem pro dotyčnou osobu, a ortel musí být vykonáván tak dlouho, dokud má ta osoba problém.

Kontext III - 2, 1987

Poplatek nebo jakákoli jiná podpora určená pro terapeuta může být zužitkována jako ortel tak, že narůstá, když symptom pokračuje nebo se zhoršuje, a tohle je typ ortelu, na který si někteří terapeuti rádi potrpí.

Ortely zahrnující dvě nebo více osob.

Ortel může být stanoven pro jednu osobu či pro jednotku libovolně početnou. Milton Erickson měl řadu ortelů při terapii dětí, při níž úkol byl ortelem pro oba rodiče i dítě. Tak například typický postup u dítěte, které se v noci pomočovalo, vypadal tak, že dítěti bylo uloženo, aby pokaždé, když se pomočilo, ráno cvičilo svůj rukopis a zlepšovalo ho. Jeho matka ho měla budit každé ráno za svítání a když byla postel mokrá, měla zařídit, aby dítě vstalo, a pomáhat mu při cvičení jeho rukopisu. Když postel byla suchá, nemusel hošík toto dělat - ale jeho matka stejně musela každé ráno za úsvitu vstávat. Postup se stal ortelem pro matku i dítě a nakonec oba mohli být pyšní na to, jak dítě se vzdalo pomočování a jak se mu zlepšil rukopis.

Pokud jde o rodiny, tady jsou možné ortely, jejichž obsahem je dejme tomu pohřbení minulých romantických afér páru takovým způsobem, že dvojice absolvuje rituální ortel společně, a to takový ortel, který ostentativně nutí provinilce trpět, ale jde ve skutečnosti o ortel pro ně oba. Do ortelu může být zapojena i celá rodina, i když se jen jeden člen chová chybně.

Tyto příklady ukazují široký okruh možností, které připadají v úvahu; terapeut jen potřebuje připravit něco takového, aby se dotyčný člověk raději vzdal symptomatického chování, než by dělal, co je pro něj připraveno. Je ovšem nutné vést ostré rozlišení mezi terapeutickými benevolentními ortely, a těmi ortely, které vyvolávají

Kontext III - 2, 1987

utrpení osoby buď pro výhodu terapeuta, nebo z důvodu sociální kontroly. Prostě: zavřít někoho do vězení za to, že kradl, to nespadá do kategorie ortelové terapie, nýbrž je to metoda sociální kontroly. Všichni terapeuti by měli být ostražití, pokud jde o perzekuci veřejnosti pod záminkou terapie. Aby to bylo zcela jasné: absolvování ortelu by mělo být ze strany dotyčné osoby dobrovolné a pro ni dobré, až ho bude zakoušet, a nikdy není nezbytné, aby na ni byl ortel uvalován, vyjma případu, že existuje uspokojení z úspěšné pomoci někomu změnit se, přeje-li si to.

Člověk musí vždycky mít jasně na mysli či v mysli kontext kterékoli terapeutické intervence. Například Milton Erickson jednou navrhl postup, v jehož rámci se radil s matkou chlapce, u něhož byly problémy se sebeřízením; byl to způsob, jak mu pomoci, aby se stal méně sebedestruktivním. Později si tuto proceduru osvojila lůžková zařízení jakožto způsob, jímž mohl personál nutit dítěti, aby se "patřičně chovalo". Existuje ostrý rozdíl mezi milující matkou, napravující dítě v jeho prospěch při terapeutickém vedení, a personálem mstícím se na problémovém dítěti pod záminkou pomoci.

Ortely, ať už v životě jako náhodná shoda okolností, či v terapii s nějakým cílem, nemají samy v sobě pozitivní náboj. Jen když jsou ortely užívány s dovedností, jejich účinky jsou pozitivní; a dovednost se požaduje při užívání této techniky, jako při každé efektivní terapii. Korektní využití nože v chirurgii je něco, co se dost liší od náhodného šmiknutí tady a tam. Podobně: neadbale vodit osobu sem a tam, aby trpěla, je jedna věc; řídit její pohyb s rozmyslem a po zralé úvaze je něco docela jiného.

Kontext III - 2, 1987

Stadia ortelové terapie

Jako je tomu u každé plánované terapie, i užívání ortelu by mělo být procesem postupujícím krok za krokem, přičemž každé stadium by mělo být pečlivě propracovávané.

1. Problém musí být jasně definován. Poněvadž každý ortel má nějaké důsledky a sám je důsledkem nějakých vyskytujících se problémů, je nutné definovat problém co nejjasněji. Tak například je třeba určitou osobu požádat, jestli by mohla mluvit o rozdílu mezi normální úzkostí a zvláštní úzkostí, kvůli které přichází do terapie a které se chce zbavit. Každý je občas úzkostný v některých situacích. Rozdíl musí být zřetelný, protože ortel se bude vztahovat pouze na abnormální úzkost. Někdy se tento rozdíl stává jasnějším poté, co byla podstoupena ortelová procedura a dotyčná osoba má teď k tomu vážnější přístup. Lze také použít ortely týkající se všeobecných pocitů nudy nebo nedostatku spokojenosti jakožto způsobu pohánění osoby do zajímavějšího života, ovšem tato procedura musí být prováděna s větší obezřetností než jednodušší ortel sledující jasně symptomatický akt.

2. Osoba se musí zavázat, že se zbaví problému.

Jestliže má člověk absolvovat ortel, musí skutečně chtít překonat problém, s kterým přišel. Motivace překonat to neexistuje vždycky ve chvíli, kdy dotyčný nebo dotyčná přichází k terapii. Terapeut musí pomoci motivovat tohoto člověka, aby učinil tento poněkud drastický krok. Tím, že mu nabízí benevolentní účastenství, terapeut musí vyzískat od klienta rozhodnutí zbavit se problému. Postupy jsou tu ve hře podobné, jako když se

Kontext III - 2, 1987

má člověk přimět k tomu, aby se řídil kteroukoli terapeutickou direktivou, ovšem je tu navíc fakt, že tento druh direktivy nebude zrovna velkým potěšením plnit. Terapeut musí příslušně podtrhnout váhu, závažnost či hloubku problému, nastínit přehled pokusů, které už ho měly odstranit, ale selhávaly, pronést výzvu, že klient je s to tomuto problému čelit, a zdůraznit, že ortel je standardní a obvykle úspěšnou procedurou.

Důležitou motivací mnoha klientů v této situaci je, že chtějí absolvovat ortel, aby dokázali terapeutův omyl. Takoví lidé obvykle už vyzkoušeli mnoho věcí, aby přemohli svůj problém; a jestliže terapeut zaujímá přesvědčený postoj, že tahle procedura to vyřeší, klient shledává, že je obtížné tomu věřit. Nicméně jediný způsob, jak může klient dokázat, že to nejde, je ten, že tu proceduru podstoupí. A tak uskuteční ten terapeutický efekt.

Jeden ze způsobů, jak motivovat klienta, je říci mu, že existuje kúra, která je zaručená, ale klientovi nebude řečeno, v čem spočívá, dokud nevysloví souhlas, že ji bude provádět. Někdy jsou klienti požádáni, aby se vrátili příští týden jen tehdy, jestli budou ochotni dělat, o cokoli budou požádáni. Zaujati myšlenkou, že se dá něco dělat, co by odstranilo problém, přičemž v to zároveň nevěří, jsou klienti chyceni v situaci, kdy musí souhlasit s tím, že budou dělat něco, aby zjistili, co to něco je. Takto se zavazují provádět úkol.

Neměli bychom ztrácet ze zřetele, že ve většině případů je ortel účinný právě vzhledem k terapeutovi. Je prováděn, aby dokázal terapeutův omyl, neboť jinak by úzdrava byla rychlá díky terapeutovi. Typické je například, když terapeut požádá dotyčného, aby v noci zůstal vzhůru a nešel spát, nebo aby vstal v noci a hodinu

Kontext III - 2, 1987

uklízet dům; a mělo by to být podtrženo tím, že terapeut neprovádí tento ortel. Terapeut může říci: "Vím, jak těžké to je, vstávat takhle vprostřed noci, poněvadž já osobně se moc rád vydatně a dosyta prospím." To má za následek, že když je postižený člověk v noci vzhůru, myslí na to, jak si terapeut slastně vyspává.

3. Ortel je nutné vybrat. Výběr ortelu provádí terapeut, nejlépe s klientovou spoluprací. Ortel musí být dost obtížný, aby přebil symptom, musí být dobrý pro dotyčného, aby měl užitek z toho, že ho provádí, musí to být něco, co dokáže udělat, a co bude tak vhodné, aby to mohl akceptovat, a zvolená aktivita musí být také jasná a nedvojznačná. Měla by mít začátek a konec jasně stanovený.

Ortelová procedura bude s největší pravděpodobností prováděna, jestliže bude klient zaangažován na volbě ortelu. Jakmile je klientům objasněno, že potřebují dělat něco dobrovolně, a pak se nedobrovolná reakce symptomu zastaví - anebo je jim poskytnuto nějaké podobné vysvětlení - pak budou uvažovat o úlohách, které by mohli dělat. Terapeut musí dbát, aby úloha byla pro ně dobrá, aby se netrestali nějakým nešťastným způsobem. Navrhnou-li pozitivní úlohu sami, mají tendenci provádět ji s větším elánem, a je-li nezbytné zvýšit obtížnost úlohy, reagují dobře.

4. Direktiva musí být dána s racionále.

Terapeut potřebuje dát direktivu jasně a přesně, aby v ní nebyly žádné dvojznačnosti. Musí učinit jasným, že úloha se má provádět pouze při symptomatickém chování a že je na ni vymezený určitý čas. Je nutné popsat, co přesně

Kontext III - 2, 1987

se má dělat. Je-li to vhodné, úloha se má zadávat s racionálně, díky kterému se jeví jako rozumná. Obecně by to měla být variace na toto téma: jestliže dělá klient se sebou něco nepříjemnějšího, než co obnáší symptom, symptom zmizí. Pro některé lidi je lepší nic nevysvětlovat, ale říci jim prostě, aby to dělali. Tento magičtější přístup je lepší pro takové intelektuály mezi klientelou, kteří dovedou anulovat nebo přebít jakékoli racionálně a shledávají celou záležitost jako naprosto nikoli nezbytnou.

Jestliže je ortel hodně složitý nebo se vyskytnou otázky o jeho podstatě, je jeho sepsání užitečné jak pro klienta, tak pro terapeuta.

5. Ortel platí, dokud není problém rozřešen.

Ortel musí být vždycky přesně prováděn, když má být prováděn, a musí pokračovat, dokud symptomatické chování nezmizí. Nejlépe by bylo, aby byl kontrakt celoživotní.

6. Ortel je vpojen do sociálního kontextu.

Ortel je postup, který vynucuje sociální změnu, a to má důsledky. Terapeut si potřebuje uvědomovat, že symptomy jsou reflexí zmatku v sociální organizaci, obvykle v rodině. Existence symptomu indikuje, že hierarchie organizace je zmatená. Takže když terapeut vyřeší symptom, vynucuje změnu ve spleť organizaci, kterou předtím symptom stabilizoval. Jestliže má například žena symptom, který pomáhá udržovat jejího manžela v nadřazené pozici jako toho, kdo o ni pečuje, rapidně se to změní, když ortel vyžaduje od ženy, aby se vzdala symptomu. Ona a její manžel musí projednat novou dohodu o vztahu, který už nezahrnuje symptomatické chování. Podobně muž, jenž přestane excesivně pít, nutně potřebuje, aby se organizace jeho

Kontext III - 2, 1987

rodiny změnila, protože už není nadále adaptivní vzhledem k symptomu. Je velmi dobré pro terapeuta, když pochopí funkci symptomu v sociální organizaci klienta. Jestliže této funkci není schopen porozumět, musí symptom řešit velice opatrně a ostražitě a dávat bedlivý pozor na ozvěny, ozvuky a změny.

Právě ony sociální změny často vedou klienta k nějaké reakci, dochází-li k behaviorální změně. Jak se dá očekávat, klient se stává zmateným či rozčileným a takové rozrušení je psychologickou změnou související se sociálními konsekvencemi. Když je ortel stanoven přesně, dotyčný se raději zkrátí, než by ortel podstoupil. Takovýto terapeutický přístup může vytvářet bazální charakterové změny jakožto součást rušivých změn, které se odehrávají v sociální organizaci dotyčného člověka. Na takovou změnu může upozorňovat, když se klient zmiňuje o zážitku vyhasnutí mysli v momentě změny. Někdy, zrovna když se ortel osvědčuje jako účinný, klient zatelefonuje terapeutovi a říká mu, že se děje něco divného. Terapeut ho musí ujistit, že to, co se odehrává, je součástí očekávané změny a pomáhá mu to projít reorganizací jeho života.

Abychom to shrnuli, symptomy mají funkci v organizaci a nejlépe je, jestliže navrhovaný ortel bere v úvahu hierarchickou situaci klienta a jeho rodiny. Jestli například babička straní dítěti proti jeho matce, bylo by přiměřené, kdyby se ortelová procedura vklínila mezi dítě a babičku, aby se mezi nimi podpořila větší distance. Nebo jestliže otec abdikuje na svou odpovědnost v rodině, mohl by být začleněn do ortelové procedury tak, že bude dítě školit. Symptomy jsou adaptivní vůči organizačním strukturám a při změně v symptomu se změní organizační struktura.

Kontext III - 2, 1987

Dovolte mi dát příklad, který ilustruje postup při navrhování ortelu stejně jako potřebu vzít do úvahy rodinnou organizaci, když se uvádí nějaká změna. Šestnáctiletý dospívající jinoch, který byl nedávno propuštěn z psychiatrie, trpěl velmi stresujícím symptomem, a sice že musel zastrkávat nejružnější věci do své zadnice. Dělal to v koupelně, strkal si do konečníku rozmanitou zeleninu, papír, kapesníky atd. Potom nechával koupelnu tím vším zapatlanou. Jeho nevlastní matka ji musela uklízet, což dělala tajně, aby ostatní děti nevěděly o tomto chlapcově problému.

Jaký asi ortel by připadal v úvahu jako příhodný pro takovéhle nepříjemné chování? Mělo by to být nejen něco obtížnějšího než ten samotný problém, aby se toho chování zřekl, ale mělo by to být pro něj také nějak dobré. A víc než to - mělo to zahrnout změnu ve struktuře organizace jeho rodiny.

Margaretě Clarkové, terapeutce, která případ řešila, se při rodinném interviewu ozřejmil způsob, jakým problém zatěžoval nevlastní matku, vedle problémů všech dětí, zatímco se otec staral o své záležitosti. Došla k závěru, že když se rozvedl a musel pečovat o několik dětí, vzal si tuto ženu a prostě odkázal děti a jejich problémy jí. Byl zde patrný resentment z její strany a také to, že si pohrává s myšlenkou na nové manželství. Chlapcův problém se stal tak těžkým, že se rodiče nemohli zabývat spornými otázkami vlastního manželství, které měli mezi sebou; to se jevilo jako část funkce, kterou symptom měl.

Otázka zněla, zda vyřknout ortel jenom pro chlapce, anebo zahrnout celou rodinu. Bylo rozhodnuto zahrnout rodinu, zčásti proto, že chlapec se nejevil být dostatečně motivován dostat se z problému, a zčásti aby se provedla

Kontext III - 2, 1987

strukturální změna umožňující, aby symptom přestal být nezbytným. Jak zaangažovat rodinu, to bylo námětem dalšího kroku. Zdálo se logické vložit odpovědnost za ortelovou proceduru do rukou otce, poněvadž on by měl mít více odpovědnosti za řešení problémů a měl by nakládat své nové životní družce méně. Otec a syn by mohli absolvovat ortel vždycky společně, když by se symptom vyskytl. Další krok spočíval ve zvolení ortelu takového, aby byl přiměřený symptomu.

Volba padla na následující postup: vždycky když chlapec po sobě zanechá věci ze zadnice a zaneřádí koupelnu, měl by se o tom otec, až přijde domů z práce, dozvědět. Otec by měl potom vzít mladíka na dvůr za domem a mladík by měl vyryt díru metr hlubokou a metr širokou. V té díře by měl chlapec pohřbít všechn materiál, jímž zapatlalkou-pelnu, a pak ho zasypat. Příště, až by se symptom vyskytl, by se celé počínání mělo opakovat a tak by se v tom pokračovalo dál a dál.

Otec se svým synem metodicky prováděl tu proceduru, a za několik týdnů symptom přestal. Nešlo jen o to, že to hoch přestal dělat: ztratil pro to elán, a to je typické při použití přesného, korektního ortelu. Otec, potěšený svým úspěchem u chlapce, rozhojnil s ním své styky. Žena, mající radost z toho, že manžel vyřešil tento děsivý problém, stala se mu bližší, takže chlapcovo vadné chování, jež jim dříve pomáhalo, stalo se méně nezbytným. Byly tu ještě jiné problémy s tím hochem a jeho situací, takže terapie pokračovala, ale onen specifický symptom byl promptně uťat a zůstal jen zbytek.

Tento ortel vykazoval následující charakteristiky: Zahrnoval a měnil strukturu organizace v rodině tím, že

Kontext III - 2, 1987

zaangažovával odpovědnosti se stranicího otce. To bylo obtížnější než symptom, poněvadž kopání hluboké jámy v tvrdé zemi na svahu v zimě, to není lehký úkol. Otec musel stát v chladu s chlapcem, dokud úloha nebyla hotova, takže jeho postoj k opakování symptomu se stával stále víc negativním. Chlapec se cvičil, což si přál, v hloubení díry. Hloubení díry mohlo být považováno za metaforu, stejně jako za paradoxní věc vzhledem k symptomu: strkal věci do díry a terapeut ho žádal, aby strkal věci do díry. Takže procedura obsahovala nejen ortel, ale i metaforu, paradox a změnu rodinné organizace. Jako je tomu u většiny terapeutických postupů, čím víc aspektů a různých stránek situace ortel pojedná, tím lépe.

ORTEL JAKO TEORIE ZMĚNY

Do této chvíle jsme o ortelovém postupu diskutovali jako o terapeutické technice, jakou lze považovat za jeden z mnoha možných typů intervence, který navozuje změnu. Jestliže prozkoumáme ortel v širším kontextu, ukáže se, že je víc než technikou - je to ve skutečnosti teorie změny, které obemkne mnoho terapeutických technik. Dalo by se říci, že všechny typy terapie jsou účinné, když zahrnují explicitně nebo implicitně ortel?

Zkoumáme-li jiné teorie změny, můžeme přijít na to, že tady vskutku mnoho trhovců na trh nepřichází. Máme tu vhledovou teorii (insight theory) v různých variantách. Ta se opírá o názor, že muži a ženy jsou racionální bytosti a jestliže si porozumějí, změní se. Školy terapie založené na této premise zabírají širokou oblast a začínají těmi, které zapouštějí sondy do nevědomých procesů, a končí těmi, které nabízejí racionální vážení alternativ,

Kontext III - 2, 1987

a dávají si za cíl vyučit rodiče v zacházení s problémovými dětmi. Mezi tyto školy patří také teorie "emocionálního výrazu" ("emotional expression"), které jsou také založeny na teorii represe, která je tu ideou centrální. Zrovna jako se tvrdí, že vzhled do potlačených nevědomých představ přivodí změnu, říká se také o expresi potlačovaných dynamických emocí, ať už se to má dít pomocí vzhledu nebo primálního výkřiku (primal screaming), že přivodí změnu. Rezistence má být "propracovávána" odhalováním představ a vyjadřováním pohřbených emocí.

Druhá teorie změny se odvozuje z teorie učení, a podle jejích propozicí se lidé změní, když se změní posílení (reinforcements), která determinují lidské chování. Procedury pokrývají oblast od dodávání pozitivních posílení přes odstraňování úzkosti relaxací po nucení lidí ke změně "averzivními" technikami.

Třetí teorie změny, která nabývá na popularitě, vychází z idey, že lidé jsou účastníky homeostatického systému, a aby se navodila změna, je třeba přemístit regulátory tohoto systému. Když se to provede, a to buď tak, že se amplifikuje malá změna, anebo tak, že se systém dezorganizuje a prosadí se systém nový, problémové chování participantů se změní. Z této ideje systémové teorie změny prosperuje většina manželských a rodinných terapií.

Všechny teorie změny tohoto druhu se vyznačují několika charakteristikami. Především dokáží vysvětlit téměř kterýkoli výsledek při jakékoli terapii, dokonce i když jde o terapii opírající se o opačnou teorii. Entuziastičtí propagátoři budou prohlašovat, že "skutečná" příčina změny má základ v jejich teorii. Tak teoretik pracující s vzhledem bude argumentovat tak, že lidé absolvující procedury modifikující chování, se ve skutečnosti

Kontext III - 2, 1987

změnili díky tomu, co sobě "reálně" odhalili, když tu proceduru absolvovali. Podobně teoretik učení bude tvrdit, že vhlédové školy terapie ve skutečnosti mění programy (schedules) posílení klientů, a to je to, co "skutečně" produkuje změnu. Stejně tak je teorie systémů dost široká na to, aby její přívrženci mohli prohlašovat, že každá metoda terapie "reálně" mění sekvence v sociálním systému, a tak mění lidi v něm zapojené. I pouhý vstup terapeuta do sociálního systému musí změnit sekvence.

Další charakteristikou teorie změny je fakt, že musí být konceptualizována takovým způsobem, že ji nelze vyvrátit. Je to teorie, kterou nikdo nedokáže vyvrátit, podobně jako teorii o existenci boha, jež má bezúhonnou šanci na věčnou existenci, když jsou při tom ve hře peníze.

Dokáže teorie změny vybudovaná na ortelu čelit námitkám druhých teorií, které jsou tak vyzývavé? Samozřejmě vyhovuje kritériu, že ji nelze vyvrátit. Člověk může vždycky prohlásit, že všichni lidé v terapii absolvují ortel. Ani ten nejdouchaplnější experimentalista by nedokázal naličit takový způsob důkazů, který by vyvrátil tvrzení, že každá terapie je ortel. Pouhý fakt, že člověk musí žádat o pomoc, aby začla terapie, je ortel. Znamená to, že dotyčný člověk selhal při řešení vlastního problému a musí uznat, že potřebuje pomoc. Ti, kteří nežadají o pomoc, ale jdou do terapie nedobrovolně, potvrzují tento fakt ještě markantněji; je to ortel jak se patří, být přinucen absolvovat terapii (a dokonce ještě muset platit za to, co člověk nechce dělat).

Jakmile jste jednou v terapii, to, co budete prožívat, bude sotva možno přirovnat k procházce růžovou zahradou. Při vhlédových terapiích člověk nepříjemně prožívá,

že má všechny ty nezdárné myšlenky a potíže, o kterých by se nerad zmiňoval a které musí zkoumat a setrvávat u nich. Když má námitky, terapeut patrně prohlásí, že jsou to rezistence, a očekává se, že se těmito rezistencemi propracuje. Musí se protřpět objasňováním toho, na co by raději nemyslel. Interpretace se vždycky obírají tím, co člověk není ochoten připustit. Na elementárnější úrovni Freud (který znal ortel, když za ním někdo přišel) navrhoval, aby poplatek byl obětí ve prospěch analýzy, což je nevědomým uznáním ortelu jako základu analýzy. Ať už zkoumáme psychodynamickou ortodoxii, anebo se zabýváme jedním z průvodních důsledků dění v konfrontačních skupinách, kde se lidé ocitají tváří v tvář své nejvnitřnější úděsnosti, vidíme, že vzhledová škola bezpochyby stojí na premise, podle které ortel je pro změnu zásadní.

Modifikátoři chování nenutí lidi přemýšlet o jejich neradostných myšlenkách; kladou důraz na kladnější aspekt posilování. Nicméně terapeutická zkušenost sama často zahrnuje nudu (tedium), jež spočívá v jednotvárném vyučování teorie učení a v tom, že si někdo uchovává programovaným způsobem reakce na čísi intimní stres. Nelidská reakce na lidské dilema, to může být docela dobře ortel. Ovšem modifikace chování se také využívá v averzivních technikách zahrnujících explicitní ortely, jako je šokování lidí slovem nebo elektřinou, když manifestují symptomy. I zjevně benigní techniky, které nevypadají jako averzivní, jako je třeba procedura reciproké inhibice Josepha Wolpa, při které klienti imaginují situace pro ně fobické, nejsou příjemné. Je to neradostné a může to být únavné, když se má

Kontext III - 2, 1987

procházet jednu imaginovanou scénu za druhou situacemi, kterých se člověk bojí a raději by na ně nemyslel, a navíc se za to má ještě platit.

Rodinná terapie také skýtá ortely, jak záměrné, tak vycházející z nedbalosti. Když někdo musí přijít s celou svou rodinou k expertovi a uznat, že selhává jako rodič nebo dítě nebo partner, tak je to ortel. Když se pátrá po způsobu, jakým dotyčný participoval na formování závadného člena, anebo když dotyčný dokonce shledává, že on je tímto členem, to je ortelové. Terapeuti používající techniky akceptování budou pravděpodobně doporučovat rodině, aby pokračovala ve své mizérii, jak je to charakteristické pro milánskou skupinu. Jiní terapeuti používají experienční a konfrontační techniky a ti rodině nabídnou nepřijemné vzhledové interpretace, což povede k tomu, že se rodina dovtípí, že by raději byla někde jinde. Terapeuti, kteří mají rádi, když celá rodina pláče a vyjadřuje emoce, musí se zaměřovat na poukazování na tu jejich mizérii.

Samozřejmě se dá spolehlivě argumentovat pro ortel jako "reálnou" příčinu změny v každé soudobé terapii, ať si terapeuti myslí, že se řídí jakoukoli teorií. Máme se omezit jen na terapeutické školy? A co jiné aspekty lidského života? Tak nás třeba hned napadá náboženství. Není snad ortel základní skála, na které je zbudována křesťanská církev? Změna, čili konverze, v křesťanství nebyla samozřejmě založena na myšlence, že duše je spasena vínem a dobrou náladou; ne, spása přicházela skrze bídu a utrpení. Přijde, když se křesťan vzdá potěšení ze sexu a zrn vinné révy a vezme režnou košili na znamení konverze. Dobrodiní distresu čili neštěstí je součástí základního, a kuriózního, konceptu spasení skrze utrpení. Kamkoli se člověk obrátí do křesťanských staveb, vidí trpitele, jak

Context III - 2, 1987

absolvují svůj ortel na kříži. Obrátíme-li se k určitým konkrétním procedurám, tak v nejranější tradici nejstarší křesťanské církve nacházíme zpověď - ortel, při němž člověk musí, pro dobro své Duše, prozradit druhému to, co by raději neprozradil. Stejně dávno z hlediska tradice je pokání, důsledek zpovědi. Pokání je samozřejmě ritualizovaný ortel. Jako terapeutické ortely má také pokání dvě formy - pokání jako standardní úkol a pokání vymyšlené pro zvláštní hříchy speciálních hříšníků.

Mimochodem, za zmínku stojí, že nejen křesťanství a západní svět našel svou cestu k ortelu. Jestliže se ještě aspoň zběžně podíváme na východní filozofie a náboženství, uvidíme, že k osvícení patří neštěstí. Negen existují východní náboženství, která kladou důraz na přijetí utrpení jako prospěšnou záležitost, nýbrž je tu i zen buddhismus se svými sedmisetletými postupy, jimiž mění lidi, a v nichž jsou zahrnuty specifické ortely. Zenový mistr patrně přivodí osvícení tím, že studenty bije holemi a že je žádá, aby reagovali na nemožné kóany. Osvícení, jako i spása i terapeutická změna, obnáší bolestné kroky na cestě k blahu.

Jinou oblastí lidského života vedle náboženství, kde dochází ke změnám, je politická aréna. Tady také najdeme ortely. Velká revoluční hnutí, jakými jsou hnutí komunistická a socialistická, vyhlásují, že změna světovou masu lidstva. Aby docílili této změny, od účastníků těchto hnutí se očekává, že učiní oběti a disciplinovaně absolvují určité ortely. Každé masové hnutí vyžaduje oběti a zřeknutí se světa radostí a potěšení pro věc. Zdá se být zřejmé, že jestliže jedinec nebo celá společnost chce změnu, ortel má centrální postavení v procesu transformace.

Ať zkoumáme ortel jako techniku nebo jako univerzální teorii změny, jeho nejvnitřnější jádro vyžaduje další bádání a exploraci. Jak se objevuje jako námět výzkumu a tréninku už mnoho let, má jeden aspekt, který si zasluhuje hodně zdůraznit. Jako kterýkoli mocný prostředek k měnění lidí je ortel postupem, který může škodit v rukou ignoranta a neodpovědného člověka, jenž žene lidi doprostřed utrpení. Více nebo snadněji než kterákoli jiná technika, může být použit chybně naivním a nekompetentním nadšencem. "Měli bychom všichni mít stále na mysli, že společnost dává podmíněně terapeutům svolení, aby věnovali svou pomoc lidem, aby jim ulevovali od utrpení, a ne aby ho vytvářeli.

(překlad PhDr Petr
Adamovský)

IV. Orig. čs. práce
-----Jan Š p i t z : Suicidium a rodina - systémové interakce.

(Předneseno na sekci rodinné terapie 28. 9. 1982)

Mezi všemi lidskými činnostmi zaujímá suicidální aktivita zcela mimořádné místo. Je to způsobeno jednak tím, že je to činnost specificky lidská - neznáme zatím jinou živou bytost, která by analogickým způsobem manipulovala svým vlastním životem, vsahovala podobně do své existence. Je to však způsobeno i tím, co suicidium v lidském životě znamená a jak vzrušujícím tématem je suicidalita v celé historii lidstva. Odráží totiž plně velikost i ubohost, sílu i bezmocnost lidského rodu.

Suicidální chování je jedním z nejsložitějších jevů v antropologii a dotýká se mnoha jejích oblastí od psychologie a psychopatologie až po filosofickou antropologii. V nejobecnější rovině představuje ptencialitu, možnost, které je dána všem lidem z podstaty jejich existence a mluvíme-li o rozhodovacích procesech ~~pro~~ suicidium, můžeme stejně dobře své uvažování obrátit a mluvit o rozhodnutí ~~nepoužít~~ této možnosti v životě, což je případ většiny lidí. Každý se však s touto potencialitou na nějaké rovině vyrovnává, někdo zcela neproblémově, vágní myšlenkou, někdo obtížně s potřebou pomoci ze strany druhých lidí. Tato pomoc je poskytována někdy dokonce proti jeho rozhodnutí, častěji však při jeho nejistotě a ambivalenci nebo váhání na křižovatce mezi životem a smrtí.

Na první pohled by se mohlo zdát, že smrt a všechno, co s ní souvisí, je pro jedince zcela privátní, soukromou záležitostí. Vždyť smrt je druhým nesdělitelná, je to jedinečná zkušenost tohoto druhu, ve své úplnosti neopakovatelná a pro živoucí nezakusitelná a tedy jaksi nepochopitelná. To je nepopíratelné, člověk však je sociální bytost par excellence a v této oblasti se to projevuje více než jinde.

Kontext III - 2, 1987

Stejně jako vývoj lidské osobnosti je neoddělitelný od sociálního kontextu, také jeho smrt je od něho neoddělitelná a je do něho zasazena. Toynbee (1968) považoval dyadický aspekt smrti za její integrální součást a to bez ohledu na to, zda je následným prožitkem přežívajícího hostilita nebo závislost a bezmocnost. Dyáda je tvořena na jedné straně tím, kdo umírá a na druhé straně tím, kdo přežívá a kdo je do jisté míry obětí smrti prvního, protože se musí s jejími důsledky vyrovnat.

Platí-li to o smrti přirozené, tím více to bude platit o smrti svévolné. Přední suicidologové mluví v této souvislosti o dyadickém aspektu suicidality (Wekstein, 1979, Shneidman, 1976). Mnoho suicidií jsou události dyadické, což znamená v obvyklé frazeologii: zahrnují významné nebo klíčové postavý životního prostředí suicidanta. Někteří teoretici dokonce kategoricky tvrdí, že všechna suicidia jsou dyadická. Stekel v roce 1910 na suicidologické konferenci ve Vídni prohlásil, že nikdo se nezabíjí, kdo by nechtěl zabít nebo alespoň si nepřál smrt někoho jiného. Nověji již suicidologové nepovažují agresivitu a hostilní introjekci milované osoby za nezbytnou podmínku a obracejí pozornost k jiným významným faktorům dyadického kontextu jako je závislost, beznaděj a bezmocnost (Litman 1967).

Pojem bezmocnosti je v poslední době v souvislosti s naučenou bezmocností Martina Seligmana konceptem široce užívaným. Význam tohoto slova v češtině je však zabarven jeho etymologickým odvozováním od slova moc, podobně jako ve francouzštině, zatímco jiné jazyky, zejména angličtina, němčina, ale i ruština, jej odvozují od slova pomoc a tím mu vtiskují význam poněkud odlišný. Bezmocnost je tu nikoli kontrast moci, ale spíše znamená nemůže si pomoci,

Kontext III - 2, 1987

není mu pomoci, nemůže do dění zasahovat, něco se děje bez něho, je zpasivněn.

Shneidman (1976) uvádí tři psychologické charakteristiky suicidia:

je to 1) akutní suicidální krize

2) koncept ambivalence a

3) dyadický aspekt suicidálního aktu.

Akutní suicidální krize je v jeho pojetí údobí poměrně krátké, trvající hodiny nebo dny, kdy je jedinec na vrcholu autodestruktivních tendencí. Buď se mu dostane pomoci nebo tendence samy ochladnou nebo je mrtev. Je ovšem dobře možné žít i léta s vysokými autodestruktivními tendencemi.

Pojem krize je velmi užívaný a bude vhodné se u něho zastavit a dále také vysvětlit, jak je dnes chápán pojem akutní suicidální krize. Auerbach (1977) v přehledu prací o krizové intervenci uvádí, že krize jako konstrukt příliš neobstojí, protože nemá dostatečnou teoretickou základnu. Dle Korchina (1976) je krizová intervence spíše orientace a způsob myšlení než vědecká teorie. Pojem krize jako koncept je však velmi oblíbený a nosný a stal se středem preventivních a intervenčních snah v programech komunální psychohygieny. Většina prací se shoduje na koncepčním modelu krize jako reaktivního stavu, charakterizovaného vysokým stupněm osobních nesnází, při němž je jedinec alespoň dočasně neschopen projevovat přímé nebo nepřímé formy chování, kterými je možno ovlivnit zdroje stresu v prostředí. Krizové reakce mohou být vyvolávány řadou stresujících životních situací. Pravděpodobnost vzniku krizové reakce je funkcí kognitivního posouzení této situace jedincem jako ohrožující a funkcí jeho adaptivní kapacity ke zvládnutí následné úzkosti. Toto pojetí je

Kontext III - 2, 1987

vyústěním předchozích redukcionistických koncepcí od Caplanovy teorie intrapsychické homeostázy, přes teorie kognitivní a problémových situací až po interpersonálně-interakční koncepty krize (Viney 1976). Halpern (1973) faktorovou analýzou diskriminoval pocity, charakteristické pro většinu osob v krizi: percipovaná nepřiměřenost, nedostačivost, bezmocnost, úzkost, únava a zmatek. Reiter a Strotzka (1977) upozorňují, že jde o psychosociální pojem krize, který je odlišný od pojmu medicínského na jedné a dramaturgického na druhé straně. Psychosociální krize je dle nich převážně akutní událost nebo prožitek, překvapivě začínající, který sebou zpravidla přináší nějakou ztrátu, má charakter ohrožení, protože zpochybňuje cíle a hodnoty, je provázána úzkostí, pocity insuficience a bezmocnosti, vyžaduje rychlé rozhodování a přizpůsobování, přičemž je kapacita zvládnutí problémů nejvýš zatížena nebo překročena, jejíž výsledek je nejistý ale existuje i možnost nové reorientace.

Z hlediska systémového přístupu je pak možno si představit, že krizová reakce se týká celého systému jako krize rodiny nebo rodina v krizové situaci. Langsley a spolupracovníci (1968) se zabývají rodinnou terapií rodin v krizi, způsobené náhlým vznikem duševní poruchy. Podle různé kombinace zevních a vnitřních vlivů rozlišují 4 kategorie krizí rodiny:

1) krize typu blesk z jasného nebe, způsobené zevními socioekonomickými vlivy,

2) tzv. pečovatelské krize, dané selháním instituce (sociální nebo zdravotní), která pečovala o nemocného člena rodiny,

3) vývojové krize, související se změnami v životním cyklu rodiny a

4) exacerbační krize, které v sobě obřezují dlouhodobé funkční poruchy, provokované situačními změnami a vlivy zvnějšku.

Kontext III - 2, 1987

Ke správnému pochopení pojmu suicidální krize je třeba dodat, že se vztahuje k suicidálnímu aktu, který dle názoru většiny suicidologů nelze považovat za jedno-
rázovou, náhle vznikající událost v lidském životě. Vý-
voj, který mu předchází je sice nespecifický, je však
postižitelný, což je předpokladem prediktability a ja-
kýchkoli preventivních snah v suicidologii. Jacobs
(1973) zjistil u adolescentů tři stadia vývoje suicidál-
ního chování: první stadium dlouhodobé historie problémů
začíná již v dětství a trvá až 5 let, druhé stadium na-
zývané údobím eskalace, které může trvat měsíce až rok,
a konečně poslední stadium řetězové reakce, srovnatelné
s akutní suicidální krizí Shneidmanovou, která však
u adolescentů trvá dle Jacobse dny až týdny před suicidál-
ním pokusem.

Druhou charakteristikou, kterou uvádí Shneidman je
koncept ambivalence. Paradigmatem suicidia není totiž
chtít nebo nechtít, ale suicidant je ten, kdo současně
chce i nechce. Plánuje sebezničení a současně má fanta-
zie o záchraně. To má samozřejmě své sociálně psycho-
logické konsekvence a promítá se do třetí, pro naše téma
nejdůležitější charakteristiky, kterou je dle Shneidmana
zjištění, že většina suicidálních aktů jsou události
dyadické, tedy záležitost dvou osob. To má dva důsledky:
při prevenci je třeba pracovat s významnou druhou osobou
a po dokonáném suicidiu s přeživší obětí. I když se
hlavní suicidální drama odehrává v hlavě jedince, je
také pravda, že většina suicidálních tenzí se týká dvou
osob, intimně se znajících (partneři, rodič a dítě, mi-
lenci apod.).

Na této úrovni uvažování, na rovině pouhého dyadic-
kého interpersonálního pojetí, končí všechny úvahy sou-
časných suicidologů. Žádný z nich nedospěl k systémovému

Kontext III - 2, 1987

pojetí, které umožňuje jít v chápání suicidální aktivity člověka o velký krok dále. Není mi známa žádná monografie ve světové literatuře z tohoto hlediska. Nezbyvá než se spokojit s vlastními úvahami a opřít je o několik prací rodinných terapeutů, kteří pracují s rodinami se suicidálním členem.

Suicidální chování jednoho člena rodiny se nějak týká všech a souvisí s děním a funkcemi v rodině. Smrt stigmatizuje přeživší vždy, suicidium je pak stigmatizuje nejvíc ze všech druhů smrti. Také jsou to dle Hintonova zprávy, zanechané suicidanty, které nejvíce zúžlostňují. Soudí se, že asi 15 % suicidantů zanechává písemné zprávy, které často představují určité poselství, někdy přímé pokyny pro pozůstalé. Daleko větší procento suicidantů však nějak své autodestruktivní tendence komunikuje a mnozí se domnívají, že každé suicidium má komunikativní charakter.

O vlivu dokonáního suicidia na rodinný systém nebudou asi žádné pochybnosti. Rodina je tu postavena před nový životní úkol, se kterým se musí, obvykle náhle, vypořádat. Jde o proces truchlení a restrukturace rodiny po osiření, ztrátě jednoho člena, ať je to rodič nebo dítě. O těchto otázkách bylo pojednáno dříve při tématu smrt a rodinný systém (oikothanatologie). Problematičtější už bude hledat souvislosti mezi suicidálním aktem a rodinnými interakcemi a charakteristikami rodinného systému, které by k němu jednoho z členů zaměřovaly nebo mu naopak bránily⁺. Tady bude třeba se chránit jakéhokoliv přílišného zobecňování, ale na druhé straně i přílišného skepticismu a zdrženlivosti. Rozdíly budou jistě i ve věkových kategoriích, mezi suicidalitou dětí a mladistvých a suicidalitou dospělých. Zatímco u dospělých je vysoké

⁺ oikosuicidologie

Kontext III - 2, 1987

riziko suicidia osaměle žijících, je u dětí a mládežtvých souvislost s rodinným systémem patrně nejpřesvědčivější. Je třeba zde však počítat i s paradoxy, jako je například přítomnost nepřítomného.

Suicidální akt sám je jistým předělem. Není jisté lhostejné, zda suicidální akt končí přežitím nebo smrtí. Pro vývoj rodinné interakce je suicidální pokus patrně ještě závažnější událostí než dokonané suicidium. Rozhodně má jiné systémové konsekvence a vyžaduje zcela odlišné zpracování v rodině.

Rosenbaum a Richman (1970, 1972) studovali detailně rodiny se suicidálním členem. Zabývali se specifickými způsoby, jakými se rodinná struktura a funkce měnily v suicidální chování. Potenciální suicidant sám nezačíná ten způsob interakce a komunikace, který precipituje suicidální akt, ani není pasivní obětí: participuje na recipročním procesu s ostatními členy rodiny. V rodině existuje vzorec poruchy rolí a ten tlačí suicidálního člena do rigidní, neměnné a nesnesitelné pozice fixovaného statutu. Tato pozice je udržována přísnou nesnášenlivostí jakéhokoli pokusu o změnu rolí. Proto se adolescent nemůže prakticky identifikovat s nikým z rodiny, rodiče mu nedovolí zkoušet nové role. Literárně takovouto rodinnou situaci zpracoval William Styron ve svém románu Ulehni v temnotách.

Neuringer (1964) zjistil u ohrožených adolescentů rigiditu životního stylu a kognitivních procesů, takže nejsou schopni alternativního řešení. Rodiny nemají vypracované techniky dlouhodobého řešení konfliktů, jsou plny kognitivní rigidity, přesněji úplné ztrnulosti všech interakcí. Rigidita a chybění adaptivních technik vede k postupující izolaci od přiměřených sociálních vztahů.

Williams a Lyonsová (1976) studovali retrospektivně rodiny dívek po suicidálním pokusu metodou projevených rozdílů Strodtbecka ve vlastní modifikaci. Tyto rodiny matchovali s kontrolními podle řady kritérií. Rodiny se suicidální adolescentkou měly zcela odlišné funkční rysy jak v interakčních a komunikačních parametrech, tak i ve zpevňujících rysech ve smyslu teorie učení. Konkrétně zjistili v těchto rodinách menší efektivnost komunikace, více konfliktních interakcí ve smyslu nesouhlasu, přerušování mluvícího apod., menší adaptabilitu a méně pozitivních podpůrných výroků.

Kerfoot (1980) shrnuje práce mnoha autorů a dochází k závěru, že společné rysy v suicidálním chování adolescentů jsou ve vztahu k rodinným funkcím. Rodiče často nejsou k dispozici dětem v emocionálním smyslu. Matky jsou většinou nezralé a deprivované osobnosti, necitlivé k potřebám svých dětí a proto neschopné účinné odpovědi. Častá bývá i výměna rolí mezi matkou a dítětem, dítě se stává ochráncem a pečovatelem o blaho rodiče. V jiných studiích je v popředí extrémní rodičovská kontrola a vysoké očekávání. Pak je souvztažnost hostility u dítěte s nízkou kontrolou a nízkým očekáváním rodičů a dominující deprese je naopak asociována s vysokým očekáváním a vysokým stupněm kontroly ze strany rodičů. Mc Intyre (1973, 1977) nabízí pojem cyklického odvrhování, kdy rodičovská odpověď na suicidální gesto a agování podporuje opakování pokusu. Častá je hostilita, lhostejnost a rodičovské odmítání.

Na základě svých zkušeností a existujících modelů sestavil Kerfoot tentativní bloková schémata. První shrnuje předpoklady a představy o sekvenci propozic, vedoucích k suicidálnímu chování adolescentů. Pokus o systé-

Kontext III - 2, 1987

mové pojetí představuje teprve druhé navržené blokové schéma, které objasňuje povahu křížovatek a zpětných vazeb a může být mnemotechnickou pomůckou k systémové analýze problému pro sociální pracovníky. Zpětné vazby umožňují pochopit eskalaci existujících tendencí nebo navozování alternativních sekvencí. Tento pracovní model ukazuje, že si lze představit vzestupnou spirálu suicidálního chování. Rozhodující body, jimiž jsou položky 3, 5, 9, 11 a 14 obsahují subsystémy, jež bude nutno pečlivě dále zkoumat odděleně i jako část širšího systému.

Kirschenbaum a Gehrkeová (1968) zkoumali rodiny v terapii z hlediska tzv. mýtu o přežití rodiny, kterým se rozumí souhrn obranných představ, sdílených členy rodiny o úloze, kterou každý z nich hraje při podpoře rodičovského vztahu a udržení rodinné rovnováhy. Mýtus přežití rodiny oceňuje existující rodinné vztahy jako životně, existenčně důležité. Pojem přežití pochází od V. Satirové a má rovinu fyzickou a psychologickou nebo percepční. Z hlediska vytvořeného mýtu o tom, co je nutné k přežití rodiny, byly vyčleněny tři typy rodin: represivní, delikventní a suicidální rodina. V suicidální rodině je desintegrace nejhlubší, přežití rodiny je zcela ohroženo. Mýtus o přežití suicidální rodiny spočívá v přesvědčení, že žádný člen rodiny nemůže existovat bez druhých, že rodina nemůže přežít, když ji někdo opustí. Partneri nemohou přežít bez stálé podpory druhého, čímž jsou sami validizováni. Každý náznak konfliktu je proto odstraňován nebo popírán. Přitom je skrytým pravidlem, že ten, kdo udělá chybu, je špatný, nemocný nebo hloupý. Každé vyjádření pocitů je blokováno jako škodlivé pro všechny. Interakce jsou stálými, vytrvalými a všeobecnými diskvalifikacemi. Někdy vzniká neschopnost cokoli verbalizovat, která je komunikačně vyjádřena depresivní mluvou těla.

Kontext III - 2, 1987

Symptomy jsou pak výrazně autodestruktivní - hrozby nebo pokus o suicidium, ale také užívání drog, které je zde na stejné rovině jako suicidální chování a proto se často vyskytuje spolu.

Stanton (1980) studoval návykové rodiny, jejichž strukturální a dynamické aspekty jsou charakterizovány jedním rodičem, obvykle opačného pohlaví než je závislý, který je nadměrně zaujat, shovívavý a permissivní a druhým rodičem, zpravidla téhož pohlaví, který je ve sporu se závislým, je odmítavý, chladný nebo nepřítomný. V rodině je již výskyt alkoholismu nebo drogové závislosti modelován. Rodina jako celek trpí separačními konflikty, učiní-li adolescent kroky k nezávislosti a odpovědnosti, rodiče produkují symptomatické chování, vzniká rodinná krize, s hrozbou rozchodu rodičů. Adolescent je v rodině potřebný jako homeostat. Rosenbaum a Richman (1972) zjistili na velké studii suicidií v návykových rodinách, že 1) rodina často suicidium "očekává", 2) suicidium je často repetitivní a imituje podobný akt rodiče nebo sourozence a 3) členové rodiny na suicidiálním aktu přímo participují.

Podobně jako předchozí zjištění, jsou i závěry Richmanovy (1979) odvozeny ze souboru osob se suicidálním pokusem. Suicidální chování je považováno za mnohotně determinovaný akt, spočívající na mnoha druzích faktorů, mezi nimiž rodinná tenze a rysy interakce převažují. Důvody suicidálního pokusu jsou pětinasobné: 1) vyčerpání osobnostních zdrojů, 2) vyčerpání sil rodiny a sociální sítě a chybění alternativních systémů, 3) přítomnost krize, jíž nelze zvládnout běžnými prostředky, 4) potřeba udržení patologické homeostázy za účelem zabránění změny nebo rozchodu a paradoxně 5) potřeba

Kontext III - 2, 1987

změny a řešení patologické situace. Poslední bod činí ze suicidálního aktu vždy volání o pomoc a komunikační akt.

Suicidogenní rodiny se vyznačují řadou charakteristik:

- 1) neschopnost přijmout nezbytné změny, k níž patří citlivost na separaci, dále symbiosa bez empatie a fixace na infantilních rysech a primárních vztazích. Richmanova pracovní hypotéza považuje za jádro vzorce suicidogenní rodiny symbiotické vazby v kombinaci s intenzivním strachem z opuštění a změny;
- 2) konflikty v rolích, jejich selhání a rigidní fixace rolí jsou další charakteristikou, udržovanou komunikačními vzorci;
- 3) poruchy rodinné struktury se projevují v uzavřeném rodinném systému, v zákazu důvěrných vztahů mimo rodinu a v izolaci potenciálně suicidální osoby uvnitř rodiny a v rodinné zranitelnosti;
- 4) emocionální problémy, zejména problémy s agresivitou a rodinná deprese;
- 5) nevyvážené nebo jednostranné vztahy uvnitř rodiny, zejména specifické formy obětování, dvojné vazby a pojetí suicidanta jako černé ovce rodiny;
- 6) transakční potíže. Komunikace je v suicidogenní rodině vždy porušena, je odmítána vzájemná komunikace nebo poskytování vzájemného porozumění a je podporováno tajnůstkářství. Často jsou při verbální komunikaci vyslovována přání smrti někoho. V nonverbální komunikaci bývá pasivní přijímání nebo spíše neakceptování suicidálních výroků, častou komunikací suicidium provokující je odchod druhých osob při komunikaci suicidálních hrozeb nebo odvrácení se zády. Tajnůstkářství se týká i suicidálního chování a výroků nebo utajování podobných událostí v rodinné historii;

Kontext III - 2, 1987

7) neschopnost snášet krizové situace.

Integrovaný celek našich dosavadních znalostí o suicidálním chování a jeho souvislostech s rodinným systémem tvoří základ preventivních a terapeutických snah v suicidologii z hlediska systémových interakcí. Jde tu o další krok v praxi krizové intervence, jak ji známe z prací předních suicidologů. Mluví se pak o terapii rodinné krize (Langaley), o rodinné krizové intervenci nebo o rodinné terapii při suicidálním pokusu (Richman). Má své zvláštnosti a specifika a je metodou volby, zejména u adolescentů. Nestačí posoudit suicidální potenciál jedince, ale suicidální potenciál celé rodiny. Vyhodnocení tohoto potenciálu není úplné, neberou-li se v úvahu tři faktory: individuální, zahrnující biologické a lékařské hledisko a stav osobnosti, rodina a sociální prostředí a současná situace nebo aktuální krize.

Krizová terapie je z hlediska cílů definována jako vyřešení bezprostředních problémů a emočních konfliktů (na rozdíl od restrukturace osobnosti při dlouhodobé psychoterapii). Důraz je kladen na minimální počet krátkých kontaktů a na vysoký stupeň aktivity terapeuta k usnadnění klientovy readjustace. Techniky k tomu užívané varírují široce od individuálního telefonického rozhovoru a kontaktu až po práci s celou rodinou in situ. Jako inovace se v této oblasti nabízí pojem monitorování suicidálního pacienta (Stone a Schein), které lze rozšířit na celou rodinu v krizovém období.

Velké požadavky klade rodinná krizová intervence na terapeuta, který musí být empatický, dobře vycvičený a musí mít podpůrné zázemí na svém pracovišti i ve svém osobním životě. Program výcviku rodinného terapeuta

Kontext III - 2, 1987

suicidálních osob musí splnit pět požadavků:

- 1) dobrou znalost sebe sama. 2) Znalost prostředí a sociálních interpersonálních stresů u sebe i pacienta.
- 3) Dostupnost podpory pro terapeuta ze strany supervizora a spolupracovníků. 4) Výcvik v suicidální prevenci a 5) Výcvik v rodinné terapii, případně i dostupnost partnera nebo koterapeuta, protože koterapie je v těchto situacích doporučována jako výhodná.

Zatěžující pro terapeuta je zejména odpovědnost při ambulantní práci s vážně suicidálním jedincem a jeho rodinou, Richman rozlišuje malevolentní a benevolentní suicidogenní rodiny, a to dle tří kritérií, hledisek: jak je zvládána v rodině agresivita, jak rodina přijímá nabídku terapeutické pomoci a jak pružní a přizpůsobiví jsou členové rodiny. Suicidanty z malevolentních rodin je lépe hospitalizovat, s ostatními je lépe pracovat ambulantně.

Forma práce má často kombinovaný charakter individuálního a rodinného přístupu. Proces rodinné terapie je zakotven na pozitivních, zdravých silách rodiny, terapeut je spíše katalyzátorem tohoto procesu. Autodestruktivní tendence neexistují nikdy v takové převaze, aby nebylo možno vystopovat a v procesu terapie postupně podporovat sebezáchovné tendence. K tomu je možné využít i techniky paradoxu a redefinovat charakteristiky rodinného systému, jak byly shora uvedeny. Tak je možné využít i nevýhodných rysů jako je rigidita nebo vysoké nároky a ideály a budovat na nich odvahu ke změně, zvládnutí pocitů beznaděje a zoufalství, prožitků deprese a překonání problémů s kontrolou impulsů a dissociativních tendencí, aktualizovaných stresem.

Kontext III - 2, 1987

Využít i katartických prvků suicidálního aktu a pozitivní stránky krizové situace. Krizové situace jako příležitosti k růstu a změně, jako bodu obratu ve vývoji, nebo jak to říká Zutt (1954) "životního rozhodnutí, kulminačního bodu na životní cestě" suicidanta i jeho rodiny.

Kontext III - 2, 1987

V. Úvahy - podněty - diskuse

"Rodinná terapie" - ano či ne?

V loňském roce vydali níže uvedení autoři, ve spolupráci s mnoha dalšími, knihu o "systémových konzultacích". V časopise Family Systems Medicine, ročník 4, č. 4 se pak na stránkách 341 - 343 (1986) zamýšlejí nad oprávněností termínu "rodinná terapie". Protože nejde o ojedinělou úvahu a izolovaný pokus nahradit původní termín výstižnějším, argumentů tohoto druhu přibývá, a výraz "rodinná terapie" je často nahrazován výrazy "systémová terapie", "ekosystémová terapie", "systemická terapie", "systemika" (!) aj., předkládáme jejich názory k zamyšlení.

(Boš - Adamovský)

"Pojmenovávání knihy je jako pojmenovávání dítěte: jménu musí být "správné", ale měřítko pro to, co je "správné", jsou méně než jasná. V průběhu vybírání titulu pro poslední dílo (L. C. Wynne, S. H. Mc Daniel, & T. T. Weber (Eds.), Systems Consultation: A New Perspective for Family Therapy. New York: Guilford Press, (1986) jsme byli překvapeni tím, jak pojmenovávací proces odráží pojmové boje, které charakterizují náš obor. Začali jsme titulem Rodinný terapeut jako konzultant (The Family Therapist as Consultant). Když jsme se pokoušeli vyjasnit si to, k čemu se teoreticky kloníme, brzy jsme přidali podtitul Nové aplikace teorie systémů (New Applications of Systems Theory). Následovalo několik dalších pracovních titulů, jak jsme usilovali o přesnou a stručnou reflexi našich vyvíjejících se pojmů: Rodinná terapie a konzultace

Kontext III - 2, 1987

(Family Therapy and Consultation), Rodinně terapeutická konzultace (Family Therapy Consultation) a Rodinně systémová konzultace (Family Systems Consultation).

Konečně jsme se dohodli na termínu "systémová konzultace" ("systems consultation", česky možná "konzultace systémů"?) jako pojmovém rámci naší práce. Došli jsme k závěru, že "systémová konzultace" je přesnější než "rodinná terapie", chceme-li popsat to, co děláme s určitými rodinami a organizacemi.

Jakožto disciplína bojovala rodinná terapie o svou identitu od samého počátku. Termín "rodinná terapie" spojil dohromady dva pojmy, pojem "rodina" a pojem "terapie", ale jak se k sobě tyto pojmy vztahují, to je poněkud nejasné. Jestliže se poruší rodina jako systém, je to ona, rodina, kdo je pacientem, který je v terapii? Nebo "rodinná terapie" pouze implikuje, že rodina je útočiště, které může pomáhat při léčebných rozhodnutích? Znamená rodinná terapie, že je nutné přijmout "celou rodinu"? Jestliže ano, kdo tam musí být, aby to byla "rodina"? Je rodinná terapie určena tím, kdo je v místnosti, nebo je to způsob myšlení - aplikace teorie systémů na lidské chování a změnu chování? A jestliže se člověk, jako terapeut, zabývá podpůrnou sítí (support network), a nejen přítomnou rodinou, proč tomu říkat "rodinná" terapie? Proč ne například terapie "systémů" ("systems" therapy, asi "systémová" terapie)?

Na rozdíl od abstrakce, jakou vyčarovala "terapie systémů", výraz "rodinná terapie" apeluje na veřejnost a stavovské vyznání, protože "rodina" míří na to, co je tím nejvšeobecněji uznávaným sociálním systémem relevantním pro mnoho problémů, a protože naše soudobé politické

Kontext III - 2, 1987

klíma podporuje kulturní idealizaci rodinné jednotky. Ale navzdory těmto silám může být tento výraz nešťastně restriktivní tím, jak řídí terapeuty a rodiny při definování ukazujících se problémů. Na druhé straně rodině, která přichází k rodinné terapii, může pomáhat skutečnost, že z tohoto pouhého faktu vyplývá, že musí být odpovědní, ponechat si řízení a spoléhat se na své vlastní síly a zdroje v procesu řešení problému. Rodinné členy ovšem zase může ranit důsledek, který z toho plyne, a sice že je možné je obviňovat za problémy, a tak jsou demoralizováni a odporují léčbě. To, co nejvíc škodí při používání výrazu "rodinná terapie", to je asi omezení, ke kterému vede při rámování ukazujícího se problému. Pro ty, kteří přicházejí, aby se vyřešil jejich manželský konflikt, představuje pojmenování zřídka problém. Při problémech, točících se kolem dítěte, může však konflikt mezi tím, jak vidí problém pacient (obvykle jako individuální problém) a pohledem terapeuta (vidí to jako problém rodinných systémů) být nepřekonatelný. Někteří terapeuti, jako např. Fisch, Weakland a Segal nebo Bodin v MRI či Bowen s kolegy, dělají "rodinnou terapii" s jednotlivci a možná že si navzájem mají bojů o to, kdo má vstoupit do léčby. Jiní terapeuti, zvláště psychologové a psychiatři, možná odmítají pojmenování "rodinný terapeut" a definují sami sebe prostřednictvím svých původních disciplín, aby se vyhnuli problémům, které vytváří termín "rodinná terapie". Když se někdo uvádí jako "psycholog" nebo "psychiatr", nese to s sebou menší závaží a méně nechtěných konotací.

Jiný problém, s nímž je třeba se vyrovnávat v oboru rodinné terapie, představuje nejasnost spojená se základní hantýrkou. Takové výrazy jako "teorie rodinných systémů"

Kontext III - 2, 1987

nebo "strategická rodinná terapie" mají uvnitř tohoto oboru mnohočetné významy. Pro bowenovce "teorie rodinných systémů" odkazuje na specifickou teorii a s ní spojené techniky, které vyvinul Bowen, když se snažil pomáhat jednotlivcům, aby si udržovali jedinečnou identitu a přitom zůstávali spojeni s významnými druhými lidmi. V medicíně neznamená "teorie rodinných systémů" zvláštní poukaz na Bowena; nýbrž na ty představy a techniky, které jsou spojeny s přístupy rodinně založenými, vedle individuálně založených přístupů. "Strategická rodinná terapie" také pro různé lidi znamená různé věci. Někteří tento výraz používají, když chtějí odkázat na přístup, který v MRI vypracovali Watzlawick, Weakland a Fisch, nebo na jakoukoli terapii, která si stanovuje cíl a strategii pro dosažení tohoto cíle. Jiní užívají tento výraz, když chtějí odkázat v první řadě na přístupy hájené Haleyem, a nověji Madanesovou. Bohužel mnoho takových rodinně terapeutických výrazů nabylo spíše politický, než konceptuální význam.

V našem projektu systémové konzultace jsme se nejen potýkali s problémem pojmenování: "systémy" versus "rodina" versus "rodinné systémy", nýbrž také jsme probádali omezení těch snah o řešení problému, které jsou rámovány jako "terapie". Užili jsme měřě restriktivního termínu "konzultace" jak pro naši práci s organizacemi, tak pro naše první (a někdy jediná) setkání s rodinami. "Systémová konzultace" je působivý výraz, poněvadž se přibližuje k systémovým principům i k tradici konzultace. Při použití tohoto výrazu se pozornost neomezuje na pouhý rodinný systém. A "konzultace" neimplikuje představu patologie inherentní v žádosti o "terapii". Používáme výraz "systémová konzultace", když chceme popsat

Kontext III - 2, 1987

vztah spolupráce, který se může odehrávat v mnoha různých kontextech: od pediatrie po průmysl, od nukleární rodiny po rodinná společenství. Systémová konzultace je méně zatížena magickými očekáváními a očekáváním závislosti, která s sebou může přinášet terapie, a tak je v lepším stavu soustředit se na síly a zdroje toho, kdo ke konzultaci přišel, a na jeho moc činit rozhodnutí. To dovoluje oběma účastníkům konzultace projednat rámec pro ukazující se potíže, který neobviní ani jedince, ani rodinu, ani instituci. Není zde předem vysouzená podstata problému, takže se tu počítá s flexibilitou, větší komplexností apřibývajícímí volbami rozvoje v alternativních rámcích, strategiích a plánech na řešení problému. Pojem systémová konzultace nás osvobozuje z asociací spojených s výrazy "terapie" a "rodina" tehdy, když jsou tyto asociace nepatřičné nebo nežádoucí. Jak konstatuje teorie systémů a jak demonstrují techniky přerámovávání, to, jak člověk určitou událost pojmenuje, může determinovat její parametry a její výsledek. Ať si to přejeme nebo ne, soudíme knihu podle obalu."

Kontext III - 2, 1987

VI. Excerpta

F A M I L Y P R O C E S S , č. 4, 1985

Donald J. WENDORF (Psy. D.), Robert J. WENDORF (Psy. D.)

Systemický pohled na etiku rodinné terapie (A Systemic View of Family Therapy Ethics)

Kritický přehled literatury o rodinně terapeutické etice slouží jako odrazový můstek k úvahám o tom, že potřebujeme více systemickou analýzu, která obsáhne jak úroveň terapeuta a společnosti, tak úroveň pacienta (rodiny). Autoři diskutují tyto myšlenky a znovu hodnotí v jejich světle problémy rodinných tajemství, terapeutova klamání a terapeutčina obhajování osobních (feministických) hodnot.

Fam Proc 24 : 443 - 460, 1985 (4)

(D. J. W., R. J. W., Family Therapy Associates, 813 Shades Creek Parkway, Suite 319, Birmingham, Alabama 35209.)

Autoři připomínají jednu z pionýrských statí v této oblasti, "Ethical Issues in Family Group Therapy" z roku 1964 autorů Grossera a Paula. Konstatují, že tyto počáteční snahy nebyly systemicky orientované, ale byly výzvou a směřovaly pozornost na spletnost etických problémů vyplývajících z nových terapií.

Za toho, kdo nejvíc přispěl do oblasti rodinně terapeutické etiky, považují Wendorfovi J. Haleyho,

Kontext III - 2, 1987

který prozkoumal etiku "dobrotivé lži" ("benevolent lie"). Haley ukázal, že je eticky právoplatné říkat věci strategicky, a také tvrdil, že terapeut má velkou zodpovědnost za průběh a výsledek terapie.

Mnoho etických problémů souvisí s otázkou, kdo je v rodinné terapii pacientem. Autoři citují, jak se k tomuto problému vyjadřovali Whitaker a Miller, Hare-Mustinová, Boszormenyi-Nagy, Hinesová. Hodně místa věnují Margolinové, která však ve svých "Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy" z roku 1982 předkládá spíš interpersonální konceptualizaci rodinné terapie na způsob behaviorálně sociálního učení, která tento přístup omezuje na prostý trénink komunikace a na kognitivní či postojovou reorientaci.

Dále autoři doporučují některé kapitoly ze sborníku redigovaného L'Abatem, který vyšel v r. 1982 pod názvem "Values, Ethics, Legalities and the Family Therapist". Například O'Shea a Jessee zde zkoumají etické problémy vznikající ze střetnutí systémového myšlení s jeho "reciprokým determinismem" s individuálně orientovanými teoriemi patologie, sociálními institucemi a kulturními standardy, které se snoubí s individualismem.

V souhrnu autoři článku ukazují, v čem je nedostatek systemického hlediska v dosavadním přístupu rodinné terapie k etickým otázkám: rodinní terapeuti se dívají nesystemicky na jednotlivé problémy (i když strategické přístupy nelimitují okamžitou terapeutickou účinnost, limitují analýzu etických problémů), na rodinu (rodinní terapeuti zapomínají uvažovat o jedincích jako členech jedinečných rodin a širšího společenského kontextu), na terapeutický systém (obvyklé opomíjení rekurzivních účinků terapie na terapeuta) a na terapeutický kontext.

Kontext III - 2, 1987

Když navrhuji systemický pohled, zdůrazňují autoři, že projevy chování každého jedince nebo skupiny jsou ovlivňovány druhými a samy druhé ovlivňují, takže projevy chování jsou pak viděny tak, že se dějí v interpersonálním a transakčním kontextu, ne jako izolované činy.

Svůj přístup pak v další části rozvádějí do aplikací při zacházení s rodinnými tajemstvími, do problému terapeutova klamání a do problému terapeutčina obhajování feministických hodnot. Jako nejetičtější způsob, jak zacházet s "tajemstvími", navrhuji informovat rodinu, že důvěrná sdělení terapeut využije v nejlepším zájmu celého rodinného systému. Systém (a jeho členové jako jednotlivci) může pak rozhodovat, co řeknou, a terapeut, když uvažuje systemicky, může rozhodovat, kdy je vhodné tajemství zachovat a kdy odhalit.

Autoři také právem chtějí, aby se terapeuti do větší hloubky zabývali, na všech možných úrovních, svými cíli a důvody, proč dělají therapy. Wendorfovi mají za to, že by terapie neměla jen pomáhat klientům řešit okamžité problémy, ale měla by také zvětšovat jejich úhrnnou kompetenci. Na adresu feministek pak píší, že bychom měli být nanejvýš obezřetní, abychom nezneužívali svou moc při ochraně rodiny, abychom se nezačali vnímat jako bozi. Můžeme se jakožto terapeuti snažit eticky působit na společnost, ale na společenské úrovni, ne u jednotlivé rodiny, se kterou jsme ve styku jako terapeuti, ne moralisté.

Beatrice WOODOVÁ (Ph. D.)

Blízkost a hierarchie: Ortogonální dimenze rodinné vzájemné propojenosti (Proximity and Hierarchy: Orthogonal Dimensions of Family Interconnectedness)

Cílem autorčina výzkumu bylo vytvoření logických a empiricky validních pojmových nástrojů pro zkoumání vztahů mezi rodinnými vzorci vzájemné propojenosti a psychosociálním fungováním dětí v rodině. Když byl analyzován rodinně systémový pojem hranice, ukázalo se, že v sobě zahrnuje dva pojmy: blízkost (interpersonální hranice) a generační hierarchie (subsystémové hranice). Tyto pojmy byly operacionalizovány jako dimenze a za účelem empirické verifikace těchto dimenzí bylo posuzováno osm rodin pomocí interakčního kódování, rozhovoru a testu Kinetického rodinného kreslení. Výsledky naznačily, že blízkost a hierarchie jsou reliabilní, validní a nezávislé dimenze rodinné vzájemné propojenosti. Slabá generační hierarchie byla spojena se zvýšenou hladinou psychologické dysfunkce jak u identifikovaných pacientů, tak u jejich sourozenců. Vysoká blízkost byla podobně spojena s psychologickou dysfunkcí, ale pouze u identifikovaných pacientů. Hypotéza, že propletení (enmeshment) je složeným vzorcem z vysoké blízkosti a slabé hierarchie, se nepotvrdila. Mezi návrhy na budoucí výzkum je systematická analýza úchylku rušících a úchylku amplifikujících vztahů (deviation-counteracting and -amplifying relationships) mezi vzorci blízkosti a hierarchie na jedné straně a psychosociální dysfunkcí na straně druhé.

(B. W., Clinical Assistant Professor of Psychology in Psychiatry and Pediatrics, University of Pennsylvania School of Medicine; Staff Psychologist, Philadelphia Child Guidance Clinic, 34th and Civic Center Boulevard, Philadelphia, Pennsylvania 19104; Psychiatric Liaison to the Division of Gastroenterology and Nutrition, Children's Hospital of Philadelphia.)

Barbara S. HELDOVÁ (Ph. D.), Edward POLS (Ph. D.)

Zmatek kolem epistemologie a "epistemologie" - a co s tím
(The Confusion About Epistemology and "Epistemology" - and What to Do About It)

Autoři konstatují, že přibližně od loňska se epistemologické debaty v oblasti rodinné terapie staly poměrně vzácnými. Snad je to důsledek zmatku, který u mnoha terapeutů vyvolaly. Tento článek tvrdí, že primárním důvodem je to, že se nepodařilo jasně rozlišit mezi konvenčním významem výrazu epistemologie, který se týká povahy poznání, a nekonvenčním významem, který tento výraz dostal v rodinné terapii a který se týká povahy toho, co poznáváme. Konstatuje se, že zmatek lze zmenšit, pochopíme-li vztah mezi oběma významy, které jsou zde rozlišeny jako epistemologie (význam 1) a epistemologie (význam 2). Zvláštní pozornost je věnována logickým konsekvencím, které to má, když někdo stojí na pozici epistemologie (význam 1) - např. "Je ten, kdo poznává, způsobilý k poznávání nezávislé reality nebo čin poznávání vytváří svou vlastní realitu?" - anebo na pozici epistemologie (význam 2) - např. "Je kauzalita lineární nebo nelineární?". Relevantnost a implikace těchto problémů v teorii a praxi rodinné terapie se v článku diskutují.

Fam Proc 24 : 507 - 522, 1985 (4)

(B. S. H., Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Bowdoin College, Brunswick, Maine 04011.
E. P., Research Professor of Philosophy, Department of Philosophy, Bowdoin College, Brunswick, Maine.)

Heinz VON FOERSTER (Ph. D.)

Ve věci epistemologií (Apropos Epistemologies)

Fam Proc 24 : 517 - 521, 1985 (4)

(H. v. F., Eden West Road, Pescadero, California 94060.)

Toto je komentář k předchozímu článku. Von Foerster konstatuje, že svého hostitele, "epistemologii", napadl cizopasník, "dopisní žvatlání" ("episto-babble"). Kdyby slovo ve svém původním významu mělo padnout za oběť této parazitóze, rodinná terapie, a ve skutečnosti veškerá terapeutická praxe, by ztratila pojmovou strategii, analytickou metodu a kognitivní linii, která by mohla dávat směr pro hledání náhledů, pochopení a nových perspektiv pro ty, kdo hledají pomoc.

Von Foerster pak má v úmyslu vytvořit kontext, sémantickofilozofické prostředí, kde "epistemologie" může zabírat zvláštní niku. Aby minimalizoval popis tohoto prostředí, a přitom ho nenechal sklouznout do trivialit, bere v úvahu čtyři aspekty filozofického zájmu, totiž metafyziku, ontologii, epistemologii a ontogenetiku, jimiž se pak každou zvlášť krátce zabývá.

Larry L. CONSTANTINE, Judith T. ISRAELOVÁ (R.N.C.S., M.A.)

Rodinná prázdnota: Léčebné a teoretické aspekty synchronního rodinného paradigmatu (The Family Void: Treatment and Theoretical Aspects of the Synchronous Family Paradigm)

Synchronní paradigma je model rodin, jejichž členové zůstávají nezaangažovaní a odloučení od sebe navzájem, nicméně dále nějak udržují relativně se neměnicí nebo dokonce rigidní vzorce chování. V synchronním paradigmatu se především oceňuje tichý souhlas a harmonická jednota činnosti. Pojem synchronního fungování poprvé formuloval Constantine pro to, aby vyřešil určité teoretické problémy vyvěrající z práce Kantora a Lehra. Teorie byla zevrubně vypracována tak, že byla ustavena propojení s jinými klinickými a teoretickými modely rodinné dysfunkce. Klinická zkušenost při léčení synchronních rodin nyní přispívá detailnějším a praktičtějším porozuměním. Klinicky se oslabené synchronní rodiny mohou prezentovat jako uhlazené, nudící se nebo dokonce jakoby mrtvé. Mohou mít značné potíže, když se mají přizpůsobit nezbytným vývojovým změnám nebo nárokům životních krizí, přičemž používají různé druhy strategií, aby uchovaly zdání synchronie na účet adaptace. Jejich schopnost ignorovat změnu a absorbovat intervence může vyčerpat schopnosti i toho nejtvůřivějšího a nejenergičtějšího terapeuta. Na druhé straně klidná výkonnost rodiny a sociální senzitivita jejích členů mohou být velkým přínosem. Uvědomění předností a zvláštních vulnerabilit synchronních rodin může pomoci rodinnému terapeutovi pracovat s nimi účinněji.

Fam Proc 24 : 525 - 547, 1985 (4)

(L. L. C., Assistant Professor of Human Development and Family Relations, University of Connecticut; now Clinical Supervisor, Adolescent and Family Intervention, LUK, Inc., Fitchburg, Massachusetts. Reprint requests should be sent to 22 Buletta Road, Acton, Massachusetts 01720.

J. T. I., Clinical Specialist in Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical center; now with Child Outpatient Department, West-Ros-Park Mental Health Center, 780 American Legion Highway, Roslindale, Massachusetts 02131.)

Robert FRIEDMAN (Ph. D.)

Jak učinit rodinnou terapii pro terapeuta snazší:
Prevence vyprahnutí (Making Family Therapy Easier for the Therapist: Burnout Prevention)

Prevenici vyprahnutí rodinných terapeutů lze zlepšit, uvážíme-li pečlivě, jakou míru odpovědnosti na sebe bere terapeut v porovnání s odpovědností, která leží na rodině. Zaměří-li terapeut pozornost na problematické otázky očekávání, definice rolí, sdílení citů a terapeutických ambicí, může mu to poněkud usnadnit námahu.

Fam Proc 24 : 549 - 553, 1985

(R. F., Department of Psychiatry, Kaiser Permanente Medical Center, 1515 N. Vermont Avenue, Los Angeles, California 90027.)

C. Wayne JONES (M. A.)

Strategické intervence v neléčebném rámci

(Strategic Interventions Within a No-Treatment Frame)

Článek vychází z teze, že existují některé problémové kontexty, ve kterých je riziko, že terapie nebude účinná nebo bude mít negativní efekt, podstatně větší než pravděpodobnost pozitivních výsledků, navzdory kompetenci terapeuta nebo některým příznivým charakteristikám klientského systému. Právě tyto kontexty opravňují zahrnutí ne-léčebné volby do okruhu léčebných voleb současného terapeuta. Nejde ovšem o to, že by se klientský systém pustil z péče v absolutním slovy smyslu, nýbrž ne-léčení se tu prezentuje jako rámec, ve kterém se terapeut nezavazuje, že pomůže změnit problém, ale může pokračovat v nějaké formě kontaktu s klientským systémem. Článek nabízí čtyři ne-léčebné recepty, které strategicky použít buď k tomu, (a) aby se zvýšil okruh dosažitelných příležitostí pro terapeutovy nástroje změny v daném problémovém kontextu, nebo (b) aby se amplifikovala (tedy rozšířila a posílila) kompetence stěžejních rodinných členů, jestliže problémový kontext vyžaduje okamžité kompetentní odezvy. Článek rovněž předkládá kazuistiky, na nichž se objasňuje, jak se využívají kontextové informace při rozhodování o ne-léčení.

Fam Proc 24 : 583 - 595, 1985 (4)

(C. W. J., Psychology Intern at Philadelphia Child Guidance Clinic, Two Children's Center, 34th and Civic Center Boulevard, Philadelphia, Pennsylvania 19104, and Doctoral candidate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Georgia State University, Atlanta, Georgia.)

Protože názory na to, co ještě je terapie, a co už ne, mohou být nejrozmanitější, vymezuje pro účely svého článku autor terapii následovně: bude to vztah, ve kterém klientský systém učinil implicitní nebo explicitní dohodu s placeným, sociálně sankcionovaným profesionálem o tom, že změní nějaký aspekt problému. Třebaže mnoho činností, které provádějí terapeuti (stejně jako třeba i neterapeuti), může být terapeutických, podle této definice "terapeutické" je jen to, co je zahrnuto v dohodě o léčbě.

K ne-léčení pak dojde tehdy, když terapeut odmítne nabídku, aby přistoupil na dohodu, že změní problém. Rozhodnutí ne-léčit ovlivní ráz a intenzitu interakcí mezi terapeutem a členy klientského systému.

Jak může terapeut vědět dřív, než nabídne léčbu, že léčení s sebou ponese riziko neúspěchu nebo negativních výsledků? Neexistuje žádné rozhodovací pravidlo, literatura však nabízí určitá vodítka. Například psychiatrická diagnóza, motivační úroveň nebo léčebná anamnéza mohou být dobrými prediktory terapeutického neúspěchu. Jiní autoři spíše zdůrazňují faktory na straně terapeuta, jako je jeho ochota k výdajům času a energie, jeho dovednost ve vytváření nutného emočně nabitého, spolehlivého vztahu, aniž by ho to přitom svažovalo, a jeho entuziasmus a víra v účinnost vlastního přístupu, tak aby mohl sdělovat klientskému systému naději.

Podle autore lze nezdary připsat na tu i onu stranu, ale nejdůležitějším faktorem při rozhodování je vynořující se konfigurace, která tak, jak se utváří, čerpá ze všech individuálních aspektů. (To je poněkud jednostranná představa.)

Dále autor uvádí čtyři recepty, které inzeruje pod těmito názvy: "Žádné léčení, dokud", "To je překvapení: teď žádná terapie!", "Místo léčení" a "Teď je nutné ne-léčit". Na konkrétních příkladech ukazuje, proč a jak byly tyto recepty použity a k jakým to vedlo důsledkům.

V "závěru" článku Jones mimo jiné cituje Batesona, který vyprávěl, co se může stát, když lidé, kteří se zaměstnávají pomáháním, nemají mezi svými intervencemi volbu ne-léčení. Při jednom z Batesonových početných výzkumů zvířat, zavolalo několik úzkostných prostomyslných osob z personálu veterináře, aby pomohl jedné delfíní samici rodit. Předpokládali, že ten tvor možná neví, jak zařídit takový přirozený vývojový přechod. Pomocník, který cítil velký tlak, aby předvedl nějakou pomoc, vlezl do nádrže a dotěrně tahal delfína za ocas.

Caroline Atteneave vysvětluje, že je takový indiánský zvyk, že pomocníci a léčitelé mají další řemeslo, jako například chov ovcí, dokud se nestanou dost moudřími, aby se krotili v pomáhání těm, kdo to nepotřebují nebo pro něž není pravý čas. Puzení pomáhat může být příliš velké, jestliže pomocník nezná žádný jiný způsob, jak by mohl žít.

Recenze knih z Family Processu 3, 1985 - pokrač.
z Kontextu 1, 1987

4. Promoting Change Through Paradoxical Therapy, edited by
Gerald R. Weeks. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwin
Press 1985, 310 pp. (Recenzent: Staven J. Wolin, M. D.
George Washington University. Washington, D. C.)

4. Podněcování změny prostřednictvím paradoxní terapie

Gerald Weeks, přední stoupenec paradoxní terapie, vyzval skupinu podobně laděných praktiků, aby přispěli svými nejčerstvějšími myšlenkami o tom, co dělají. Požádal většinu z nich, aby poskytli náčrt pokrývající jejich teoretický přístup, jejich teorii změny a způsob, jak pracují. Každý z autorů byl také požádán, aby do skicy zahrnul svůj relevantní výzkum a aby se vyjádřil k etickým problémům vyvstávajícím v souvislosti s touto technikou. Klobouk dolů před Weeksem za to, co si předsevzal, ale když člověk jedná s profesory, řediteli a podobnými lidmi, takovéto plány zřídka vyjdou.

Svazek začíná kapitolou od Christine Watsonové, která popisuje projekt, jehož cílem bylo vymezit, pomocí konsensu, pojem terapeutického paradoxu. Dvacet šest vybraných odborníků komentuje definice druhých. Tyto definice lze rozdělit do určitých kategorií: paradoxní intervence jako něco, co dělá terapeut; jako klientova percepce určitých technik; nebo jako určitá syntaxe v terapeutově komunikaci. Celá věc se dle recenzenta stává pro čtenáře repetitivní a únavně zdlouhavou, takže jako i u několika dalších statí prospělo by proškrtání.

Ústřední částí knihy je řada kapitol reflektujících paradoxní přístupy autorů, jakými jsou Cade; Dreissler; Frankl; L'Abate; Stephen a Carol Lanktonovi; a skupina, kterou tvoří Tennen, Eron a Rohrbaugh. Autoři vysvětlují

teoretický základ svého vlastního typu paradoxní terapie a pak to dokumentují ilustracemi své klinické práce. Někteří omezují svůj příspěvek na rodinnou terapii. Jiní popisují individuální léčbu, což platí zejména o příspěvku Viktora Frankla o fobiích, obsesích a sexuálních neurózách a o ericksonovské hypnoterapii Lanktonových. Mezi přístupy se vyskytují některé významné kontrasty, ale podobnosti převažují nad rozdíly. Základní přístup každého z autorů obsahuje několik jasných kroků:

(a) Vyrovnej se s pokusy rodiny pomoci si; (b) Překvap rodinu přerámcováním "špatných" symptomů na "dobré"; (c) Proveď přeskupení v rodinném systému, buď tak, že přiměješ klienta, aby zarazil pokusy o změnu, takže přesune pozornost jinam, anebo tak, že předepíšeš symptom.

Recenzent byl při četbě pod dojmem hloubky tohoto vyvíjejícího se oboru a zápalu jeho hlavních teoretiků. Tito terapeuti jsou při svém předpisování důmyslní, ale jsou rovněž dobře informovaní a pečují o rodiny, které léčí. Nabízejí mnoho praktických pokynů pro terapeuta, jako například, jak se vyhnout rezistenci v pozici "one-down" a tak, že se člověk stane neautoritativním. Můžeme se také dočíst o limitech používání paradoxu, pokud jde o etické problémy inherentní v terapeutické manipulaci. Naneštěstí tu recenzent shledává také nadbytek metateorie, který je pro něj nudný. Jako by prý autoři soutěžili o čtenářův hlas, každý z nich předkládá komplikovaný model základních principů změny. Jeden popisuje svůj klinický model jako hologram, jiný jako mnohonásobnou závitnici, další odkazuje na taoismus a zen a čtvrtý cituje Zénóna a Sókrata. To se recenzentovi nelíbí.

V kapitole o výzkumu Ascher a jeho spolupracovníci podávají přehled deseti let experimentálních studií. Uvádějí pouze práci s jednotlivci, ale zato demonstrují potenciál paradoxního předpisování u takových behaviorálních symptomů, jako je nespavost a agorafobie. Není zřejmé, zda tyto aplikace na individuální problémy lze přenášet na páry a rodiny; kontrolované studie s rodinami nebyly zatím provedeny.

V závěrečné části o budoucích směrech diskutují de Shazer, Nunnally a Bopp o povaze paradoxu a jeho vztahu k terapii obecně. Dospívají k závěru, že paradox není skutečným činitelem změny, nýbrž jde o obecnější fenomén přidání něčeho nového a náhodného do fixního dysfunkčního systému. Naznačují, že paradox funguje díky zmatení předchozí stability. Bopp přidává ke knize hočnoticí závěr ve formě interviewu se staršími kliniky ze čtyř terapeutických disciplín - humanistické, behaviorální, rodinné terapie a psychoanalýzy. Každý z nich popisuje klíčovost terapeutické aliance v procesu změny a jak paradoxní zkušenosti uvnitř této aliance podněcují větší toleranci a pružnost u klienta. Bopp podotýká, že paradox může být součástí mnoha terapií a jeho teorie může sjednotit velmi divergentní přístupy. Recenzent konstatuje, že on, jakožto eklektický terapeut, zvláště hodnotí toto závěrečné konstatování.

5. Practicing Family Therapy in Diverse Settings, by Michael Berger, Gregory J. Jurkovic and Associates. San Francisco: Jossey-Bass, 1986, 366 pp. (Recenzent: Frederick Brewster, M. S. W. Washington, D. C.)

5. Praktikování rodinné terapie v rozmanitých prostředích

Tato kniha je o aplikaci systémového myšlení v různých léčebných milieu. Příspěvatelé, kteří jsou všichni praktiky, učiteli-trenéry nebo administrátory, píšou o svém využívání systémového myšlení v privátní praxi, na psychiatrických lůžkových odděleních, v komunitních střediscích pro mentální zdraví, školách, programech speciální výchovy, zařízeních pro péči o děti, vsoudnickém systému pro mladistvé, nemocnicích a ambulancích a jinde.

Příspěvatelé se shodují na třech hlavních premisách. Za prvé, různá prostředí nabízejí různé výhody a překážky pro rodinnou terapii. Za druhé, práce se skupinami, které nejsou systemicky orientovány, je podobná práci s rodinami; velmi málo z nich myslí systemicky a terapeut musí najít způsoby, jak se osvědčit. Za třetí, jestliže máte být úspěšní při léčení rodin, musíte vejít do těsného styku se všemi ostatními profesionály, s nimiž je rodina v interakci.

Autoři mají všichni svá vlastní pravidla pro praktikování rodinné terapie v "nesystemických" prostředích, ale obecně se zdá se shodují na tom, že by se člověk měl vyhýbat tomu, aby vysílal sdělení, že v tom, v čem se rodinní terapeuti liší, jsou vždycky lepší. Je asi výhodnější přeladit prostředí na rodinnou terapii tak, že ji prostě děláte bez fanfár. Tady je přehled základních pravidel:

1. Pohybujte se pomalu. Pozorujte formální a neformální hierarchii systému, který máte před sebou, a začněte mluvit o tom, co víte nebo jakým způsobem myslíte.

2) Dělejte dobře práci, která je viditelná pro vaše dohlizitele v hierarchii. Jestliže se o vás ví, že to děláte dobře, získáte licenci na provádění libovolného počtu věcí.

4. Rozdělte závodní dráhu tak, abyste nešlapali druhým lidem na paty.

5. Při trénování druhých se nechovejte jako misio-
náři, kteří obracejí na víru.

6. Dělte se o všechnu důvěru, s kterou se setkáváte, se svými kolegy. Dostanete se do obtíží, jestliže bude příliš mnoho lidí mluvit o vašich terapeutických úspěších. Nikdo vás nebude zbožňovat za to, že jste originální.

7. Pořád získávejte podporu z hierarchie při všech tazích, které děláte.

8. Pracujte tak, abyste vytvořili terapeutický systém v každém případě, místo abyste očekávali, až takový podporující systém bude existovat.

Jestliže tato pravidla vyznívají jako výtvar zdravého rozumu, tak proč je tak těžké myslet systémově a praktikovat rodinnou terapii? S touto otázkou se vyrovnává každý z autorů svým vlastním způsobem. Všemi kapitolami prosakuje dojem, že rodinní terapeuti se vnímají jako osamělí, izolovaní, a tedy zranitelní. Patříme k hnutí, založenému muži a ženami, kteří byli něčím, co se nehodí do starého světa individuálního myšlení. Zahájili hnutí rodinné terapie v reakci na dřívější formy konceptualizace toho, jak se lidé socializují a jak jim lze nejlépe pomáhat. Aby člověk fungoval v cizích prostředích, musí asi zmenšit význam způsobu, jakým myslí. Je těžké zůstat ryzí v takovém myšlení, když ho lidé neschvalují.

Recenzent píše, že přistupoval k této knize s blazeovanou domněnkou, že jakmile snížíte systémové myšlení, můžete ho aplikovat na každou situaci. Nyní ví, že zapomněl na pečlivou přípravu, naplénování a vybudování mostů, což všechno je třeba provést, když se člověk chce

spojit s novým prostředím anebo i když má zůstat spojen se známým, chápavým prostředím. Kapitoly o privátní praxi, o zařízeních pro péči o děti a o soudnickém systému pro mladistvé připomínají Brewsterovi nezbytnou práci nohou potřebnou k tomu, aby se člověk spojil s širokým okruhem institucí a profesionálů, což také představuje věc, která vyžaduje zvládnutí celého nového profesionálního jazyka. Kapitoly o psychiatriích a úřadech poskytují informace o způsobech, jak oceňovat mocenské struktury a institucionální opatrnost. A statí o programech speciální výchovy a o ambulantních zařízeních pojednávají o zvláštní senzitivitě na způsob uvažování klientů, pro které jsou tato zařízení určena. Každá kapitola je jako terénní studie o nějaké neznámé krajině, kterou by si měl každý cestovatel přečíst před tím, než tam pocestuje.

Recenzent doporučuje knihu rodinným terapeutům na kterékoli úrovni zkušenosti. Je živě napsaná, je osvěžující a postrádá blahosklonnost vůči jiným profesím nebo jiným způsobům myšlení. Opakuje se, ale neútočí. I když se tu Frederick Brewster setkal se známými prostředími nebo teoriemi, shledává, že nasával informace zase, jako to dělá malé dítě; dožaduje se stejného příběhu každou noc, takže slyší převyprávování novým způsobem.

(A)

VII. Poslední stránka

TEXT PRO PRAVOU HEMISFÉRU

"Císař - jak se proslýchá - poslal tobě, jedinci, ubohému poddanému, nepatrnému stínu, jenž před císařským sluncem prchl do nejvzdálenější dálky, právě tobě poslal císař ze svého smrtelného lože poselství. Nakázal poslovi, aby klekl u jeho postele, a do ucha mu pošeptal poselství; tolik mu na něm záleželo, že si je dal znovu opakovat do ucha. Kývnutím stvrdil správnost toho, co bylo řečeno. A přede všemi, kdo přihlíželi jeho smrti - všechny překážející stěny jsou strženy a na schodišti, jež se vznáší do šíře i výšky, stojí v kruhu říšští velmožové - před těmi všemi posla odeslal. Posel se ihned vydal na cestu; silný, nezdolný muž; napřahuje před sebe hned jednu, hned druhou paži, klestí si cestu zástupem; narazí-li na odpor, ukáže na prsa, jež nesou znamení slunce; postupuje též bez nesnází kupředu jak nikdo jiný. Avšak zástup je převeliký; jeho příbytky neberou konce. Jak by letěl, kdyby se před ním otevřelo volné pole, a brzy bys asi na svých dveřích uslyšel nádherné bušení jeho pěstí. Avšak místo toho, jak nadarmo se lopotí, stále ještě se prodírá komnatami vnitřního paláce; nikdy je nezdolá; a i kdyby se mu to podařilo, nic by se tím nezískalo; musel by se probíjet dolů po schodech; a i kdyby se mu to podařilo, nic by se tím nezískalo; bylo by třeba přejít dvory; a za dvory druhý palác, který obemyká první; a opět schody a dvory; a opět palác; a tak dál skrze tisíciletí; a kdyby nakonec vyrazil poslední branou ven - to však se nikdy, nikdy nemůže stát - , leží před ním teprve sídelní město, střed světa, zaplavené svou sedlinou. Tudy nepronikne nikdo, natož s poselstvím nebožtíkovým. - Ty však sedíš u svého okna a sníš o něm, když se blíží večer."

z F. Kafky vybral P. Watzlawick
z P. Watzlawicka vybral P. Boš