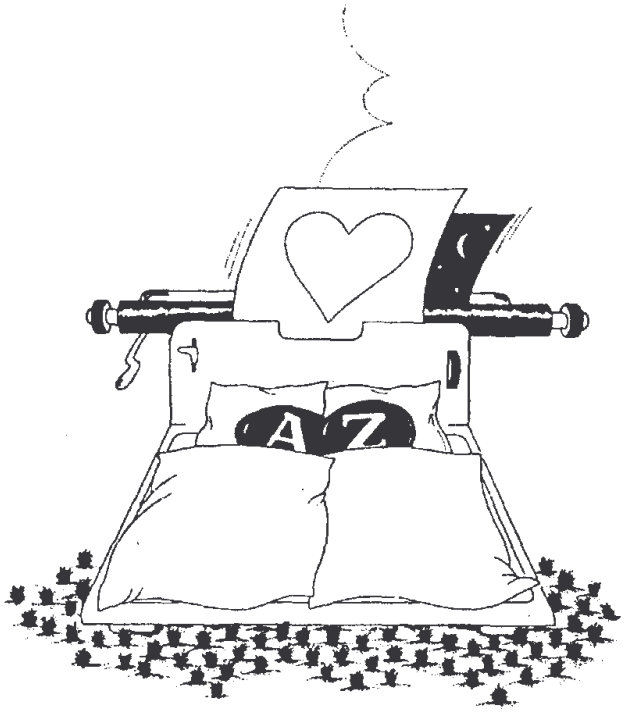
KONTEXT

Časopis sekce rodinné terapie
Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii
a
Institutu rodinné terapie
a systemických studií hl. m. Prahy



XI - 2 - 1995

Oliver Solga,

jehož poetickou kresbu najdete na obálce 2. čísla KONTEXTU, je muž mnoha stejných profesí. Cítí se být karikaturistou, grafikem a ilustrátorem. Narodil se v Modre, žije a pracuje v Pezinku. Studoval na dvou vysokých školách: v Trnavě pedagogickou fakultu a v Bratislavě filosofickou fakultu - obory výtvarnou výchovu a dějiny umění.

Jeho cesta za navázáním kontaktu s divákem je spíše podobná dialogu o smyslu věcí a našeho chování. Inspiroval se módním reklamním stylem třicátých let, idealizovaným propagačním realismem, který mu pomáhá při záměnách účelu užitkových předmětů pracovat s detailem. Pojednání linie i prostoru je ve své zkratce brilantní. Myšlenkově se nám nabízí odkaz na filosofický perfekcionismus, názor, že cílem mravního úsilí člověka je touha po zdokonalování. Díky čistotě tvarů a myšlenky je ve výtvarném rukopisu nezaměnitelný. Solga vytváří svojí kresbou něco tak abstraktního jako je definice humoru a to i černého. Ilustroval 7 knih, kresby publikoval ve více než 50 ti časopisech a novinách doma i v zahraničí. Vystavoval v Kanadě, Itálii, Polsku, Japonsku, USA, Jugoslávii, Belgii, Španělsku, Turecku, Rusku, Francii, Holandsku, Rakousku a Čechách. Doma jej viděli v Pezinku, Modre, Bratislavě, Žilině, Trenčíně, Košicích, Nitře. Nyní chystá jednu výstavu na Slovensku a jednu v Praze.

Věřím, že hravá poetika Olivera Solgy potěší čtenáře KONTEXTU, stejně jako jeho odpovědi které nám poskytl:

Začněme první otázkou:

"Rodina-může to být téma pro malíře?"

V mojích kresbách je skor to, čo je na počiatku rodiny a to je láska, muž a žena, milenecké dvojice, ktorých láska prerastá do najvyššej formy- do rodiny posvatenej dieťaťom.

"Co si myslíte: jak a zda může při řešení problémů rodiny pomoci psychoterapie ?"

Mojou "psychoterapiou" je kresťanská viera rovnako ako obrátenie sa k rodine a do rodiny práve vtedy, keď sa problémy zdajú neriešiteľné.Zároveň si však uvedomujem, že odborná pomoc je práve dnes veľmi doležitá, a som presvedčený, že by som ju v určitej situácii vyhľadal a využil.

"A kdybyste měl říci metaforu rodiny-své nebo rodiny vůbec. Co by to bylo?"

Rodina je trojuholník, ktorý jediný preváži vo svojej doležitosti to moje typicky mužské (a priznávam sobecké): Nerušte moje kruhy !

Připravil Miroslav Vyhnálek

KONTEXT

časopis sekce rodinné terapie
Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii
a
Institutu rodinné terapie a systemických studií hl. m. Prahy

Řídí Miroslav Vyhnálek s redakční radou: Petr Boš, Šárka Gjuričová,
Vladislav Chvála, Jiří Kubička, Zdeněk Rieger, Jan Špitz

Příspěvky zasílejte na adresu redakce Dr. Vyhnálek,
Sokolovská č. 59, 186 00 Praha 8.
Roční předplatné, včetně poštovného činí 145,– Kč.
Lze jej uhradit na podúčet Sekce rodinné terapie č.: 19-66353-028/0800
u České spořitelny, Jugoslávská č. 19, 120 00 Praha 2.

Vychází čtvrtletně.

ISSN 1210-6208

KONTEXT
XI-2-1995

O B S A H :

I. ÚVOD

M.Vyhnálek: Výtvarník a karikaturista Oliver Solga (na obálce a str. 4)

II. PŮVODNÍ PRÁCE

J. C.Coyne, L. Segal: Krátký strategický interakční přístup k psychoterapii – (5 – 18)

V.Dvořáček: Hypnóza-rozmluva nebo samomluva? – (19 – 22)

K. Balcar: Ericksonské elegie, aneb.... – (24 – 25)

V. Chvála: Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti nemoci – (26 – 31)

K. Tomm: Externalizace problému a internalizace osobního působení (Přeložila Markéta Rokytová) – (32 – 36)

III. KAZUISTIKA

Š. Gjuričová, J. Špitz: Adolescenti a jejich rodiny v pracovně rodinných terapeutů – (37 – 40)

Z. Rieger, H. Vyhnálková : Věrné zrcadlo rodiny aneb co nám říká pes, když se při rodinné terapii dívá z okna. – (41 – 45)

IV. GLOSY

Dánský terapeut Torben Marner byl opět mezi námi (Š. Gjuričová) – (46)

V. NOVÉ KNIHY

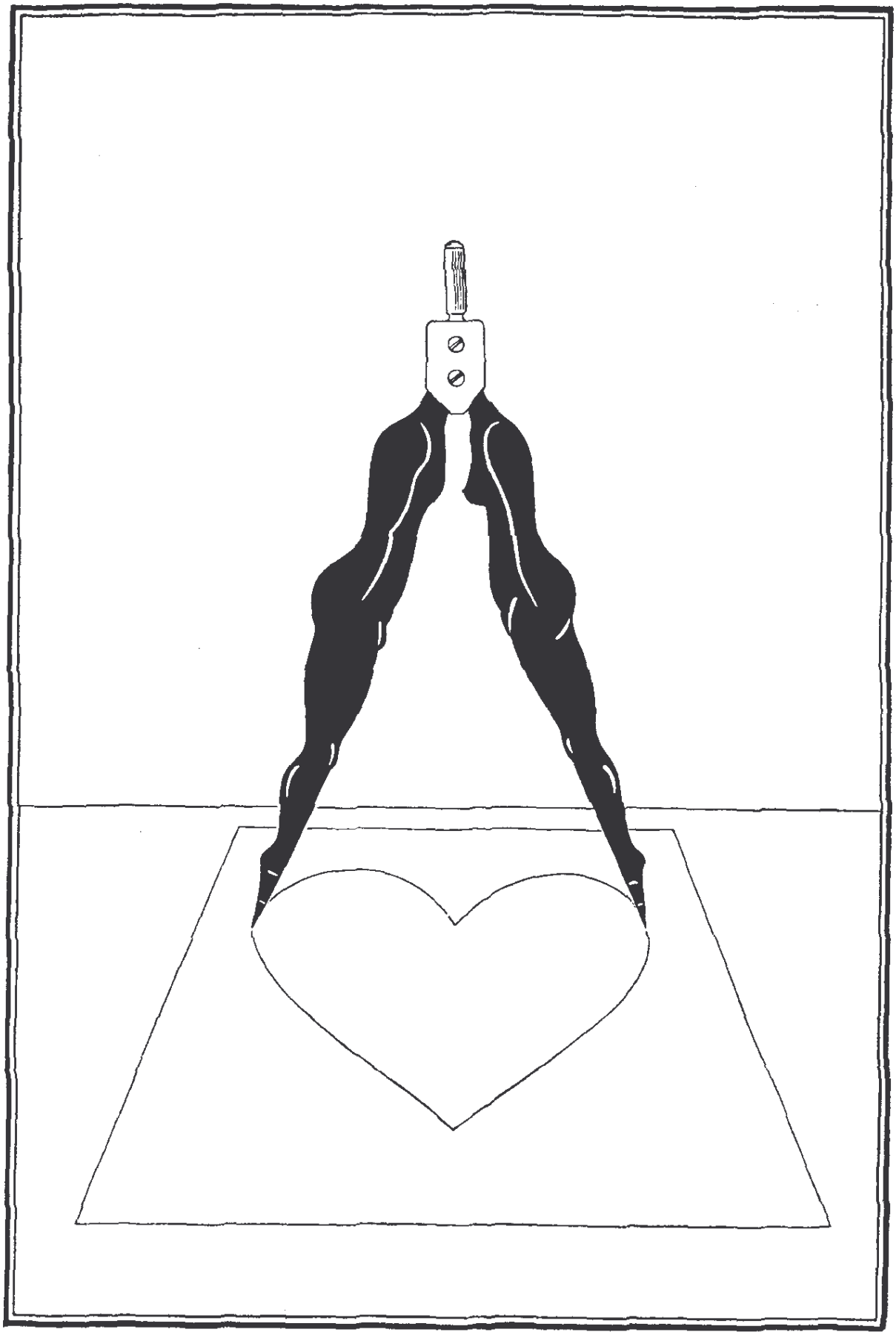
S.Reimers, A.Treacher: Introducing User-Friendly Family Therapy (Š.Gjuričová) – (47)

VI. INFORMACE

Nabídka workshopů Institutu pro systemickou zkušenost Praha – (48)

VII. MÍSTO ZÁVĚRU

Pozvánka nakonec – (3. strana obálky)



II. PŮVODNÍ PRÁCE

Metodické středisko sekce pro rodinnou terapii psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Dubí připravilo během své činnosti řadu odborných publikací a překladů. Středisko založil a nepřetržitě vedl primář MUDr. Petr Boš. Jeho duchovní roli připomínáme reedicí stále aktuálního studijního textu č. 28.

Krátký strategický integrační přístup k psychoterapii

James C. Coyne a Lynn Segal

(13. kapitola v knize: J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.) ***Handbook of interpersonal psychotherapy****, NT: Pergamon, 1982).*

Jedna z radikálních myšlenek Harryho Stacka Sullivana spočívala v tom, že na osobnost se dá nejužitečněji pohlížet jako na vzorce stále se vracejících situací, které charakterizují život člověka, a že je to pohled nosnější než představa kolekce hypotetických entit interagujících pod kůží. Vypadá to, že taková konceptualizace předpisuje, aby izolované individuum bylo nahrazeno interpersonálním polem jako ohniskem studia a léčení, ale Sullivan sám nikdy nerozvinul takové důsledné implikace. Byl pravděpodobně víc ponořen ve freudiánské tradici, než se obecně uznává, a za jeho časů byla technologie terapie značně méně rozvinutá, než je dnes. "Sullivan si málo přál při formulování názoru brát v úvahu, že terapeut by měl v podstatě váhat s odhalováním a nechat zbytek na pacientovi" (Wachtel, 1977, s. 68).

Sullivan v podstatě lpěl na freudiánském modelu terapie a věřil v hodnotu minimální intervence. Ale my, kteří jsme osvobozeni od tlaků, jimž on čelil, můžeme vzít jeho důraz na proces a kontext za východisko pro zcela jinou interpersonální psychoterapii. Když budeme sledovat Sullivanova soustředění ohniska na rozvíjející se vzorce vztahů, místo abychom se zaměřovali na pacientův domnělý vnitřní život, můžeme intervenovat přímo, abychom modifikovali kontexty, komplexní zpětnovazební procesy a charakteristické reakce druhých, které udržují pacientovu tíseň.

V souhlase s tím skupina v Mental Research Institute (dále MRI) (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974) vyvinula krátký strategický přístup k terapii, takový, který konceptualizuje klinické problémy jako aspekty trvajících interpersonálních systémů (ongoing interpersonal systems). Při tomto přístupu se předpokládá, že klientova nesnáz (distress) a symptomy vyvstávají při špatném zacházení s životními přechody, jakými jsou třeba sňatek a rozvod, nebo ze špatného zacházení s každodenními životními těžkostmi. Těžká symptomatologie může jenom obrážet exacerbaci původních těžkostí, k níž dochází opakováním rozumných, ale nepřiměřených snah o řešení problému (problem-solving efforts), snah pacientů a těch, kteří jsou kolem nich.

V přístupu MRI se terapeutická intervence příznačně soustřeďují na pokusná řešení pacientů a pro ně významných druhých - co se dělá, aby se zvládly jejich těžkosti - namísto zaměření na těžkosti samotné. Intervence sestávají z dobře uvážených pokusů, jež mají zabránit tomu, aby se vyskytovalo chování udržující problém (problem-

maintaining behavior), a to příznačně tak, že se přerámují nebo redefinují problémy tak, že existující přesvědčení a hodnoty zaangažovaných osob mohou vést ke zcela odlišnému chování. Záměrem je vést je k tomu, aby jednali relevantními novými způsoby, přičemž se používá domácí úkol, přímá i nepřímá sugesce a paradox. Terapeutickým cílem jsou typicky malé, ale nesporné změny v chování, které jsou určeny k tomu, aby ponoukaly ke změně generalizovanější povahy.

Přestože se naše myšlenky zrodily z práce s rodinami, základní teorii a terapeutické techniky lze aplikovat v jakémkoli interpersonálním kontextu. Předpokládáme, že terapeuti jsou zřídka v pozici nevšímavosti vůči vztahu klientů k druhým lidem. Pořád jsou tu ti druzí zaangažovaní, když klienti předkládají problémy, a to jsou objekty, pomocníci, oponenti či pozorovatelé a komentátoři. Krátká strategická terapie už byla použita u párů, rodin, přátelských vztahů, pracovních vztahů, problémů typu klient-profesionál i u širších organizací. Když pracují s jednotlivými dospělými, využívají brief terapeuti novým způsobem všímavosti těchto zaangažovaných druhých do interpersonálních polí klientů.

Watzlawick a Coyne (1980) nedávno uveřejnili případ, který šel do krajnosti v důraze, který dává přístup MRI na interpersonální kontext klinických problémů. Identifikovaný pacient, 58letý muž, který trpěl depresí po dvou mrtvicích, nebyl ani na jednom z pěti sezení! Sešla se však jeho nejbližší rodina a byl učiněn pokus modifikovat snahy této rodiny být nápomocnými, které, jak to tak vypadalo, dělaly předtím věci ještě horšími. Absolutní nepřítomnosti "pacienta" dělá z případu poněkud unikum, ale vyzvedá předpoklad, že interakčně systémový přístup nevyžaduje, aby se všichni členové systému zúčastňovali terapeutických setkání; vhodné změny v subsystému (např. u jedné nebo více významných osob) mohou navodit větší změny v celém systému. Bude možná užitečné tento případ dále rozvést, abychom ilustrovali další charakteristické rysy krátké strategické terapie.

TERAPIE V NEPŘÍTOMNOSTI PACIENTA: KLINICKÝ PŘÍKLAD

Identifikovaný pacient prodělal 12 měsíců před terapií druhou mozkovou mrtvici. Po fyzikálních a rozhovorových terapiích vykazoval jen malé reziduální deficity, ale pak ho zavolal jeho neurolog k rodinnému interviewu, když vyšlo najevo, že prohlubující se deprese zastavila jeho uzdravování a dokonce zvrátila dřívější úspěchy. Muž nyní trávil 14 hodin denně v posteli, díval se na televizi, a jen zřídka opouštěl domov, vyjma případů, kdy byl nucen svou ženou, aby se prošel kolem domu. Během rozhovoru celá rodina připouštěla, že to vypadá, že oni jeho problémy zhoršují, navzdory svým nejlepším úmyslům. Všichni se shodli na tom, že terapie by mohla pomoci, ale muž naznačoval, že on sám by neparticipoval. S jeho svolením zbylí rodinní členové byli posláni do Brief Therapy Project v MRI na pět sezení. Na první terapeutické sezení se dostavila pacientova žena a dva synové. Odpovědi na otázky zaměřené na charakteristické snahy rodiny o řešení problému, naznačovaly opakující se interakční vzorce. Mužova manželka i synové povzbuzovali muže, aby se sebral, uzdravil, aby se snažil být otužilejší, a aby se díval na svou situaci optimističtěji. On naopak reagoval se vzrůstající bezmocností a projevy deficitu, na což rodina reagovala větším množstvím optimismu a povzbuzování. Rodina, a zejména žena, začínala být vzrůstající měrou demoralizovaná tím, že jejich nejlepší snahy selhávaly. V zoufalství se někdy uchýlili k donucování a nevrlým verbálním útokům, a sami zjišťovali, že nedbale tlumí jakákoli znamení pacientovy iniciativy a sebeodpovědnosti. Připustěli jen taková uspořá-

dání času, jaké uznávali za vhodné, kdy má on vstávat a uléhat, brali si na starost jeho základní péči o sebe a osobní hygienu, ba dokonce netrpělivě dokončovali jeho věty a odpovídaly za něj.

Přestože byl tento interakční vzorec nápadně konzistentní, vyskytovaly se pozoruhodné příležitosti, kdy se rozbíjel, a kdy muž dokonce zase byl "tím starým, jak ho znali". Například jednou, když žena omylem snědla prášky na spaní místo anxiolytika, muž ji našel ležet napůl v bezvědomí v obýváku. Provedl mnoho přiměřených kroků, včetně přivolání pomoci, informoval telefonicky jednoho ze synů, a staral se o její potřeby, dokud nebylo jasné, že je mimo nebezpečí. Když krize pominula, muž opět upadl do svého obvyklého stavu apatie a deprese.

Když byla položena otázka cílů, terapeuti dávali dobrý pozor, aby nedali rodině nějakou falešnou naději na náhlou a dramatickou změnu. Místo toho naznačili, že se zaměří na nějakou malou, ale pozorovatelnou změnu v mužových každodenních aktivitách, na něco, co by naznačovalo, že znova začíná s normálními aktivitami. Bylo zdůrazněno, že cílová změna by měla být takové povahy, že kdyby se měla udát, naznačovalo by to, že už tu existuje významná změna v pacientově obecném postoji. Cíle byly takto zvláště zarámovány proto, že rodina opakovaně mluvila o tom, že mužův problém tkví v jeho postoji, v jeho povaze. Než provedl přesnější specifikaci, terapeut znovu probral pokusy rodiny, jimiž se snažila pacientovi pomoci. I když velebil, jak se mu rodina věnuje, jak je kompetentní a účinná, když se mu věnuje, všímal si, jak jejich strategie "zdravého rozumu", ("commonsencial" strategy) selhává, Terapeut připoměl, že v případech, kdy pacient vykázal aspoň dočasné zlepšení, šlo vždy o typické případy, kdy se zlomila pomoc nebo kompetence rodiny. Měl návrh, že by snad rodina mohla záměrně incenovat takové události. Pak se však pesimisticky zadumal nad tím, že rodina je tak výjimečně rozumná a motivovaná k tomu, aby byla nápomocná, že by to bylo na ně příliš chtít očekávat, že by se mohli chovat tak protiintuitivně. Oni naopak opětně protestovali, že by to mohli udělat a že se zavazují dělat všechno, co terapeut požaduje.

Terapeut a rodina spolupracovali a plánovali situace, ve kterých by bylo možno obvyklou kompetenci rodinných vztahů zrušit. Například bylo dohodnuto, že žena připraví pečlivě.udělanou snídani, ale pak najednou usne v obývacím pokoji, a nebude volat svého manžela. Pak se bude omlouvat a naznačovat, že ji to přemohlo. Také se měla stát méně výkonnou při uklízení kuchyně a pečování o pacientovy potřeby. Měla mu předložit vepřovou pečeni, což je maso, které on nenávidí. Pak se měla omlouvat a vysvětlovat, že měla problémy při rozhodování co uvařit, a že tohle maso jí připadalo jako dobré řešení, protože ho mívají tak vzácně. Muž reagoval na její úsilí tak, že začal vstávat ráno bez pomáhání, začal ji pomáhat s úklidem a všeobecně se stal vůči ní pozornějším. Ona pak sdělovala, že jí projevil nejvíce citu od té doby, co ho skolila druhá mrtvice.

Občas ovšem žena opět sklouzávala k donucovacím strategiím, když si chtěla vypomoci při motivování manžela. Zvláště byla citlivá na to, co se jí jevilo jako projevy tvrdohlavosti jejího muže. Terapeut to přerámoval jako formu, jíž vyjadřuje hrdost ten, kdo je depresivní. Souhlasil se ženou, že pacient je pyšný a tvrdohlavý, a navrhl způsoby, jimiž by mohla být nápomocná, kdyby "ho povzbuzovala tím, že ho bude odrazovat". Např. místo aby s pacientem diskutovala, když má snahu již brzo do postele, měla se přimět k tomu, aby s ním sympatizovala, a nabídnout mu pomoc, aby se dostal do postele ještě dřív.

Muž se během pěti týdnů terapie progresivně zlepšoval a získal v mnohém iniciativu. Začal opět chodil do klubu a později snídával během dopoledne v restauraci. Také

zreorganizoval svůj obchod a začal v něm pracovat, vzal ženu na krátké prázdniny a koupil se svými syny malou loď. Průběh tohoto případu ilustruje řadu rysů krátké terapie, o kterých budeme uvažovat obšírněji.

PŘETRVÁVÁNÍ KLINICKÝCH PROBLÉMŮ

Tradiční intrapsychické přístupy k terapii mají často vytvořený předpoklad, že jestliže osoba persistuje (setrvává) v sebeporážejícím vzorci chování (self-defeating pattern of behavior), tak musí mít nevědomou potřebu dosahovat takových zvláštních výsledků. Rodinní terapeuti posunuli obvinění na druhé rodinné členy, syčí na ně jako na šelmy a naznačují, že oni uspokojují své nevědomé potřeby, k čemuž potřebují, aby přetrvávaly pacientovy problémy. Naproti tomu si krátká strategická terapie nevytváří předpoklad, že by někdo musel těžit z narušeného chování. To ovšem předpokládá, že i dokonce rozumní a dobře motivovaní lidé mohou vytvářet neuspokojivé situace, a to tak, že právě akce, jež vidí jako nezbytné pro nápravu, ve skutečnosti tyto situace **udržují**. Tzn. že lidé mohou vytvářet kontexty, kde chování, které by obyčejně bylo rozumné a adaptivní, vede k nepříznivým výsledkům. Selhávání jejich snah je pouze přesvědčuje o tom, že je potřeba více stejného chování, a kromě toho, že kdyby se od tohoto počínání odchýlili, věci by se zhoršily.

Při konceptualizování problémů prezentovaných klienty se brief-strategičtí terapeuti řídí postulátem, že z referenčního hlediska zaangažovaných osob jsou akce, které slouží perpetuaci problémů, smysluplnými snahami o řešení problémů, a snad podle daných okolností dokonce tím nejlepším, v co lze doufat. Když člověk operuje s tímto "principem dobročinnosti" ("principle of charity"), měl by se vždycky podívat velmi důkladně na zjevně iracionální chování, aby uviděl, jestli tu přece jen není nějaký vzorec, a může doufat, že najde klíč k tomuto vzorci v interpersonálním kontextu.

I když existuje mnoho způsobů, jimiž lidé provádějí sebeporážející aktivity, aby řešili problémy, v naší klinické práci bylo opakovaně pozorováno pět základních metavzorců pokusných řešení (Fisch, Weakland, Watzlawick, Segal, Hoebel, & Deardoff, 1975).

1. Pokusy být záměrně spontánní

Tento vzorec nacházíme v případech, kde jsou ve hře poruchy spánku, sexuální potíže, abúzus látek (substance abuse) a bloky v tvořivosti. Vyskytuje se také v širokém okruhu situací, kdy se lidé pokoušejí vynutit v sobě určitou emocionální reakci, když jejich hodnocení jejich okolností je proti ní. Vzdor lidové moudrosti, že když člověk neuspěje napoprvé, měl by to zkusit znovu a vytrvaleji, mnoho toužených výsledků se prostě takovému úsilí nepřizpůsobí. Nelze si "nařídit" erekci. Jiných toužených výsledků lze dosáhnout jen neobyčejně obtížně nebo je nemožné jich dosáhnout, leda jako vedlejších produktů činnosti prováděných pro jiné účely. Člověk se nemůže přinutit, aby měl radostné prožitky z toho, že se druží na večírku, pokud se v určitém momentu družení nestane cílem samo o sobě.

Předpokládá se, že většina lidí bude příležitostně mít potíže s tělesným fungováním nebo výkonem, pocity přibývání a ubývání (feelings wax and wane). Jsou-li takové potíže viděny jako normální životní těžkosti, které se samy časem korigují, všechno je v pořádku. Ale jakmile se člověk pustí do záměrného korigování, riskuje, že se chytá do paradoxních nesnází, když se bude pokoušet vynutit si spontánní chování. Ten, kdo aspiruje na to, stát se pacientem, může se pokoušet přinutit se usnout, být

potentní nebo sám sebe povzbuzovat či utěšovat a cítit se šťastný. Když takové metody, jako je volní síla, zdůvodňování nebo pozitivní myšlení (positive thinking) selhávají při navozování žádané reakce, zkusí se více téhož, čímž dostoupí do stádia vyzrálého problému (full-fledged problem). Při každém takovém selhání se člověk stále stává přesvědčenější o vážnosti problému a o potřebě zkoušet to pevněji a vytrvaleji.

2. Pokusy přimět druhé, aby se chovali požadovaným způsobem, i když se zároveň žádá, aby to udělali spontánně.

Žena, která vyhledala terapii poté, co byl její syn zatčen pro delikventní činnost, vyjádřila svůj problém takto: "Chci, aby Bob dělal tohle, jenže **já chci na něm, aby to chtěl dělat**. Neměl by se slepě řídit příkazy a nechtít to. Uvědomuju si, že dělám chybu, ale nedokážu přesně určit, co dělám špatně. Nechci mu diktovat, chci ho naučit, aby dělal věci podle sebe. Přece hoch jeho věku nemůže bejt ponechán sám sobě." Jena-Paul Sartre diskutoval podrobně o tomto základním lidském dilematu spočívajícím v přání **aby si druzí počínali tak, jak my si přejeme, přičemž chceme, aby to dělali svobodně a spontánně.** Často bývá požadováno rozhodnutí mezi tím, dostaneme-li od druhých určitou rekaci, nebo dostaneme-li spontánní reakci, zejména v záležitostech citu a autority. Lidé se však někdy pokoušejí získat obojí, což má nešťastné důsledky. Nemohou pak jasně artikulovat svá přání, protože by interfrovalo se spontaneitou reakcí druhých. Zároveň hledají určitou reakci a začínají být frustrováni, když jsou od ní pořád stejně daleko. Jak se taková situace vyvíjí, komunikace o potřebách se musí nutně stát zmatenou, aby chránila spontaneitu, a obdržení toužených reakcí se může stát paradoxně nežádoucím, protože (nepřímo) ukazuje, že spontaneita se ztratila.

3. *Hledání neriskantních metod tam, kde je riziko nevyhnutelné*

Tento sebeporážející způsob řešení problémů se hojně najde v oblasti pracovní a v oblasti seznamování. Často vzniká, když člověk cítí, že další selhání by byla nesnesitelná a že další úsilí musí tedy být dokonalé. Tak například ostýchavý mladý muž se může snažit vyhnout riziku odmítnutí, když se pokouší získávat nové přítelkyně. Začne se tak soustřeďovat na nalezení dokonalého zahajovacího gambitu, že se nikdy nepustí do konverzace s příslušnicí opačného pohlaví. Podobně si obchodní cestující nebo člověk, který hledá zaměstnání, mohou osvojit varianty tohoto vzorce, když se snaží dělat dokonalý první dojem. Proplánují každý pohyb a výrok takovým způsobem, že neponechají žádné místo pro jakoukoli variaci v reakci druhých. Nebo se stanou tak citlivými na nuance reakcí druhého, že se to stane pro oba nepříjemným. V každém případě si odcizují druhou osobu a přesvědčují se, že to dost pečlivě nenaplánovali nebo že nebyli dost interpersonálně senzitivní, takže zdvojnásobí svoje úsilí.

4. Pokusy o dosažení shody argumentací

V jednom skeči Montyho Pythona jde muž na kliniku, kde lidé platí za to, aby debatovali. Ale zkušenost, která je mu nabídnuta, není tím, co čekal. Zaplete se do disputací o tom, co jsou to honoráře, jestli debata už začala, zda skončila, a jestli to vůbec je debata a ne spíš řada kontradikcí. S absurditou skeči vlastní je tu vyvedena ilustrace běžného výsledku, k němuž vede snaha lidí řešit rozdíly debatováním: totiž mohou si připadat že neplodně zkoumají nedostatek konsensu, pokud jde o základní

pravidla a relevantní informace. V takových situacích je také běžné, že jedna nebo všechny zaangažované strany posunou svou pozornost od obsahových sporných otázek na to, jaký by mohly vyvolat dojem, jak zvítězit nebo dominovat. Jak už ukázalo mnoho debatujících párů nebo rodičů a adolescentů, vítězství v debatě se může stát důležitějším než vyřešení sporných otázek, o něž jde. Kromě toho lze debatující strany přibírat, takže rozumný nebo smířlivý akt může být brán jako porážka. Při naší klinické práci jsme často zjišťovali, že delikventi vytrvávají v delinkventních aktivitách, když jediným myslitelným prospěchem je, že tím mohou popřít rodičovské nároky na autoritu a kontrolu. Rodiče se naopak cítili poháněni k znovuustavování pořádku vnucováním vzrůstající měrou nerozumných pravidel, čímž dodávali další popud k delinkventním aktivitám adolescentů. Coyne a Fabricatore (1979) popsali tentýž vzorec eskalace mezi vězni a strážemi v nápravném zařízení (community corrections center).

Plodné hnutí lidstva zdůrazňovalo hojné diskuse a sdílení pocitů jedinců jako panaceu na všechny lidské problémy, jenže věnovalo málo pozornosti případům, kdy je to *neproduktivní a dokonce destruktivní přístup. Nikdy nemůžeme říci jednu přesnou* věc (just one thing) a neefektivnost, s jakou komunikujeme, může aplifikovat morální fluktuace v důvěrnosti a pohodě (closeness and comfort), které doprovázejí všechny vztahy. Když se vztahy přerozují, je možné, že tenze vyvstávající z pokusů dosáhnout shody argumentováním se mohou stávat problematičtějšími než rozdíly, které mají být řešeny. To platí zejména tehdy, když již byla ve vztahu trhlina v důvěře, jež nicméně skýtala účastníkům značné uspokojení. Kola obvinění a obrany zabírají čas a vytvářejí stále horší pocity, přičemž blokují výskyt pozitivnějších interakcí.

5. Přitahování pozornosti tak, že se člověk pokouší dosáhnout toho, aby ho druzí nechali na pokoji

Tímto pokusným řešením se dá udržovat mnoho problémů od manželského nesouladu přes depresi až po paranoidní chování. Člověk může začít s tímto postupem, když definuje nějaké chování druhých jako úskočné či zákeřné (insidious), jako takové, které naznačuje, že ho nedostatečně cení nebo k němu mají málo respektu. Člověk se pak pokouší řešit problém emocionálním nebo fyzickým stažením, váhavým pátráním nebo dokonce protiútoky. I když tyto snahy mohou uspět, mohou také zintenzívnit nežádoucí chování druhého. Coyne (1976, 1976b) popsal akumulaci negativních interakcí u depresívních osob. Depresívní osoby jsou přesvědčeny, že druzí s nimi jednají opatrně (gingerly) a nevyjadřují ve skutečnosti své pravé pocity a tak se stahují nebo, jako druhou možnost, vyjadřují svůj pocit odmítnutí. V každém případě jejich zřejmý zármutek (distress) a hypersenzitivita zvyšují problematické chování druhých, čímž se depresívní osoba dále utvrzuje v platnosti své negativní percepce.

Souhrnně lze říci, že věčný kruh interakce mezi problémem a pokusným řešením je sebeperpetuujícím systémem. Segal (1980) přirovnal pacienta s perzistujícím problémem k člověku, který uvízl v pohyblivém písku. **Čím víc zápasí, tím víc klesá. Čím víc klesá, tím víc zápasí.** Tato pokusná řešení perpetuují a dokonce zhoršují problém způsobem, který tradiční terapeuti interpretují jako známky hluboko uložených problémů intrapsychické povahy. Z hlediska krátké strategické terapie přílišná zaujatost okultními vnitřními entitami a skrytými příčinami rozptyluje tradiční terapeuty a odvádí jejich pozornost od sledování interpersoálních kontextů, v nichž je chování pacienta perpetuováno. Brief-strategický terapeut neshledává nic užitečného v pátrání po příčinách odloučených od tohoto kontextu a předpokládá, že pro účely intervence je interpersonální kontext dostačující jako svá vlastní explanace. Teorie a praxe

krátké terapie se opírá o dva hlavní předpoklady: "bez ohledu na jejich základní zdroje a etiologii - jestli ty mohou být vskutku vůbec spolehlivě určeny - problémy, s nimiž lidé přicházejí na psychoterapii, **perzistují** jenom tehdy, když jsou udržovány pokračujícím současným chováním pacienta a druhých, s nimiž interaguje. Ve shodě s tím, jestliže je chování udržující problém přiměřeně změněno nebo eliminováno, problém bude vyřešen nebo se ztratí, bez ohledu na jeho povahu, pramen nebo trvání" (Weakland et al., 1974, s. 144).

VEDENÍ KRÁTKÉ STRATEGICKÉ TERAPIE

Úvahy před léčbou

Při konvenční psychoterapii se předpokládá, že ta osoba, s níž je sjednána úmluva, se stane identifikovaným pacientem nebo klientem, a ipso facto ohniskem léčení. V krátké terapii však nemáme za to, že když nějaký člověk požádá o přijetí, že to znamená, že je to osoba, která se zavazuje ke změně, nebo nejvhodnější bod pro intervenci v interpersonálním systému. Mnozí lidé nevyhledávají terapii pro své nesnáze se svými problémy, nýbrž proto, že jsou pod tlakem někoho jiného, kdo je ve větších nesnázích nebo více motivován. Tak alkoholik může vyhledat terapii, protože hrozí rozvod, anebo adolescent proto, že jeho rodiče naléhají.

V krátké terapii se předpokládá, že léčba bude nejefektivnější, jestliže terapeut bude pracovat s těmi členy interpersonálního systému, kteří jsou nejvázanější na změnu. Takže při nejprvnějším kontaktu s případem, ať jde o telefonický rozhovor, nebo o úvodní sezení, je důležité odhadnout, koho nejvíc problém trápí, poněvadž tento člověk pravděpodobně nabízí nejlepší hybný moment, který napomůže změně. Nemusí to být nutně člověk, ktrý by byl při konvenční terapii určen jako identifikovaný pacient. V ideálním případě sdělí vybraná osoba následující: 1) já mám problém; 2) snažil jsem se ho řešit a byl jsem neúspěšný; 3) žádám vás o pomoc.

Jestliže osoba, která volá, aby si domluvila schůzku, nebo která přichází na první sezení, nevyhovuje těmto kritériím, je k dispozici množství strategií, jimiž je buď možno zvýšit motivaci, nebo identifikovat vhodnější bod pro intervenci v systému (Fisch et al., 1975). Při práci s adolescentem, který není přesvědčen, že má problém, který vyžaduje terapii, může například terapeut papouškovat jeho výhrady, přičemž poukazuje na to, že on má problém, tzn. že jiní na něj uplatňují tlak. Klient by se pak mohl zavázat k léčbě s tím, že ohnisko by bylo na hledání způsobu, jak by se dalo efektivněji zacházet s těmi, kteří ho, jak to tak vypadá, nejvíce nutí. Tento závazek však také terapeutovi ponechává volnost k tomu, aby exploroval způsoby, jak vyvolat změny v původním prezentování problému.

Existují další strategie, ale pro naše současné účely považujeme za důležité toliko zdůraznit pasti, do nichž láká předpoklad, že každá osoba která žádá terapii, je připravena pracovat na udaném problému. Nepodaří-li se identifikovat vhodnou kontaktní osobu v systému, může to vést k situaci, kdy terapeut zjistí, že je obtížné shromažďovat informace, že je těžké přimět osobu, aby akceptovala nové myšlenky nebo se pustila trochu jiným směrem při nakládání s problémem. Taková iluze, že jde o léčbu, může přetrvávat, dokud dotyčné nevyprší čas nebo nedojdou peníze nabo pokud terapeut neodkáže toho člověka na jiného terapeuta.

Jak si opatřit popis problému

Během celé krátké strategické terapie je terapeutovou principiální činností shromažďování jasných a konkrétních informací o probíhajících interakcích, které charakterizují problém. Tyto informace s používají za prvé k uchopení problému, dále při rozhodování o intervencích a nakonec při kontrolování jejich výsledků. Pátráme po informaci, která terapeutovi postačuje k tomu, aby si vytvořil vizuální pohyblivý obraz každé situace, o které se právě diskutuje. I když očekáváme od terapeuta, že bude intuitivní a empatický, takový "film" by se měl opírat o detailní informace, ne o domněnky. Při nejmenším by měla být každá informace nebo interpretace terapeuta jím explicitně ověřována zprávami pacientů.

Léčba začíná jednoduše tím, že se zeptáme pacienta nebo pacientů: "S jakým problémem sem jdete?" Při následujícím dotazování pátrá terapeut po explicitních údajích, k nimž patří: 1) určitý problém, který vedli klienty k tomu, že vyhledali terapii; 2) jak je jejich problém vyjadřován v jejich každodenním životě, tzn. v čem jim brání nebo co je nutí, aby dělali, i když nechtějí; 3) proč vyhledali terapii **teď**, a ne dříve nebo později; a 4) jak padla volba právě na tuto instituci či terapeuta. Ve výjimečném případě bude bezprostřední odpověď znít: "Můj manžel a já spolu jaksi nevycházíme, a situace se zhoršila, když jeho rodiče oznámili, že stráví dovolenou s námi. Děti jsou citlivé na naše ustavičné hašteření a čím dál míň poslouchají. Nesnesla bych další napětí navíc, kdyby manželovi rodiče žili s námi, pokud nezmenšíme ty ostatní tenze. Můj lékař mi doporučil vás, protože jeho pacienti o vás mluví dobře".

Pravděpodobněji klienti zpočátku dají jednu z mnoha neuspokojivých odpovědí. Někteří nabídnou odpovědi, které jsou příliš vágní nebo všeobecné, než by poskytly obrázek o přetrvávajícím problému, jako třeba "my nekomunikujeme" nebo "jsem depresívní". V takových případech je nutné soustředěnější dotazování, například dotaz na určitou událost nebo požadování přesného popisu, jak takový problém nejvíc překáží v jejich každodenním životě. Jiní klienti poskytnou nekonečný seznam stížností a pak je nezbytné se ptát "Co z toho je nejdůležitější? nebo "Můžete vybrat jednu potíž, jejíž vyřešení by vám dalo potřebnou vzpruhu k vypořádávání se s vašimi dalšími problémy?" Další klienti prostě řeknou: "Já nevím, v čem je můj problém", a vyžadují asistenci při rekonstrukci pochodu, proč se vlastně rozhodli přijít na terapii, jak jsou stresováni a jak se to projevuje v jejich denním životě. Ač jsou údaje o problému odvozeny, důležité je, že jsme je získali. Krátká strategická terapie je strukturovaný, na problém orientovaný přístup a jeho stručnost (brevity) vyžaduje soustředění na jasné udání problému.

Deskripce pokusných řešení

Odpovědi na otázku: Jak už jste se pokoušeli zacházet s tím problémem nebo ho řešit?" obecně obdržíme snadněji než popis původního problému. Důraz je opět na tom, jak získat behaviorálně relevantní popisy specifických interakcí. Klienti se hojně soustřeďují na afektivní reakce a myšlenky místo pozorovatelného chování, a pak je nutné přeformulovat otázku, třeba: "Co z toho, co děláte, vede k těm myšlenkám nebo pocitům, a jak s ním pak zacházíte?" Jindy klienti bezmocně odpovědí, že "nic", a pak je užitečné se výslovně vyptávat, jak dělají to nic. Například sedí depresívní a stažený muž doma a poslouchá hudbu, která mu připomíná bývalou přítelkyni a v duchu pořád přemílá (přežvykuje), jak už nikdo jiný na světě by nemohl být tak podivuhodný. U jiných klientů, kteří dávají slabé odpovědi, terapeut stojí na tomto: "Nahlížím, že ten problém je v tom, jak získat to pro vás nejlepší; jinak byste se nedostal ke mně. Ale

každý se snaží zacházet s problémy, jak nejlíp dovede a já bych rád věděl, co vy už jste vyzkoušeli když to nefungovalo tak, jak byste rád."

I když lidé příznačně zkoušejí celou paletu strategií problémového řešení, obyčejně je to nějaké základní pravidlo nebo logika, kterou lze sumarizovat jejich úsilím. Nedá se říct, že klient explicitně se řídí nějakým pravidlem; spíš je ten výraz metaforou poukazující k možnosti obecného vzorce nebo společného jmenovatele. Obvykle terapeut hledá obecnosti v tom, jak se klienti pokoušejí dosáhnout cíle-objektu - a jak to obcházejí (Segal, 1980).

Například žena, která touží potkat se s někým, s nímž by mohla vytvořit nový vztah, chodí na večírky, ale vždycky s ochranou velké skupiny přátel; chodí do kaváren, ale vždycky si s sebou nese noviny, do kterých se může cele ponořit; a třeba se i zapíše do uměleckého kurzu, ale orientuje se tak na daný úkol, že to ostatní berou tak, že nechce být rušena. Ve všech těch případech je ta žena významně iniciativní, ale ve všem, co dělá, usiluje o to, aby se to nestalo zřejmým.

Terapeut by měl být pečlivý, aby nepřehlédl roli, jakou má reakce druhých, dokonce i tehdy, když prezentování problému nemá očividně interpersonální povahu. Například si jedna žena stěžovala, že nedokáže dokončit dizertaci. Úvodní diskuse o tom, co dělala s tímto problémem, se soustředily na její vlastní snahu psát. Jenže pak se mimochodem zmínila, že její přítel se snaží být jí nápomocný, ale že ona to moc neuznává. Když pak došlo k společnému rozhovoru s oběma, vyjasnilo se, že přítel se stával nepřátelským a verbálně hrubým, když se ukazovalo, že na jeho povzbuzování a podpoře nezáleží. Tento sporný bod se stal tak významným, že ona se teď vyhýbala dokonce i pokusům pracovat na dizertaci a zkoumala, zda mají zůstat spolu. On zaujal stanovisko, že by měla dokončit dizertaci tak rychle, jak je to možné, nebo ji vzdát, aby se tak vyhnuli dalšímu ohrožování vztahu, což zvyšovalo tlak na ni. Případy jako tento ukazují na nutnost vypátrat, jak druzí reagují na to, co klient dělá, aby vyřešil objevující se problém.

Jak zjistit, co má být cílem

Cíl terapie je formulován podle klientových odpovědí na přímé dotazování, jako třeba: "V co minimálně doufáte, že vám přinese to, že sem chodíte?" Hledá se behaviorální popis interakce, která by mohla znamenat, že problém byl vyřešen. Klientovo úvodní určení cíle bude pravděpodobně vágní nebo všeobecné, jako třeba "lépe komunikovat" nebo "být méně depresívní". Je třeba pokračovat v dotazování takovouto formou: "Můžete popsat situaci, podle které, kdyby nastala, byste věděl, že bylo dosaženo pozitivní změny?"

Mnoho zřetelů ovlivňuje terapeutovu reformulaci klientova iniciálního stanovení cíle. Za prvé se dává přednost tomu, aby cíl byl stanoven v termínech výskytu raději pozitivní události než jako pouhá absence negativních podmínek. Například v jednom případě si rodiče stěžovali, že se jim nedaří kontrolovat chování jejich dvou adolescentních synů, a bylo zřejmé, že rodiče mají sklon provokovat vzpurné chování svými neustálými dotazy, varováním a dotěrností (intruzívností). Původně naznačovali, že jejich cílem je, aby se hoši neprojevovali tak vzpurně. Pro účel léčby byl však cíl přeformulován tak, aby rodiče v pohodě odešli večer ven, aniž by museli telefonicky chlapce monitorovat. Tento pozitivní tah byl nekonzistentní s interpersonálním vzorcem, který charakterizoval problémovou situaci.

Druhým zřetelem při akceptování klientova cíle je, že by mělo jít o změnu, která je malá, ale strategická. I za optimálních podmínek je těžké nabrat nový kurs při řešení

problému, který odolával všem předchozím snahám. Klient pravděpodobně bude demoralizován a bude skeptický vůči úspěšnosti obnovených snah. Mohl by však být povzbuzován, aby udělal malou změnu, právě pro její významnost ve srovnání s celým problémem. Jestliže lze takto indukovat úkrok, který vede ke změně třeba v triviálním aspektu všeobemykajícího problému, možná se ukáže, že problém není tak monolitický, jak zpočátku vypadal (Watzlawick, 1978, s. 72). Hojně se například setkáme v případě deprese s tím, že lidé jsou s to potvrdit pocity nezpůsobilosti, bezcennosti a odmítnutí při provádění každodenních aktivity. Poněvadž depresivní osoba může být rezistentní vůči návrhům na jakékoli větší nové úsilí, může být otevřená vůči malým konkrétním změnám v denní rutině, které mohou být potenciálním průlomem do zdánlivě nekonečné řady (šňůry) selhání a frustrací.

Třetí zřetel byl nazván principem nevyřešeného zbytku (unresolved remnant) (Watzlawick, 1978, s. 73). V podstatě jde o pravidlo, že terapeut by neměl nikdy navrhovat možnost totálního vyřešení problému, nýbrž pouze jeho zlepšení. Tak cílem pro depresivní osobu je interakce s druhými, která je poněkud pohodlnější, nebo spánek trošku delší, i když nadále zakouší zřetelné nepohodlí. Tato strategie má dvojí efekt. Odmítá koncepci změny "vše nebo nic", čímž zbavuje klienta břemene toho, že musí být totálně úspěšný, anebo naprosto selhat. Také uvolňuje scénu pro klienty, aby mohli dosáhnout víc, než co terapeut zjevně očekává, a udělat to s pocitem vlastní iniciativy.

Strategie plánování

Brief terapeut se zavazuje, že pomůže klientovi dosáhnout cíle, přičemž uznává nezbytnost blokování, frustrování nebo přesměrňování existujících snah o řešení problému. Základní řešení vyabstrahované z klietova popsání všech pokusů činí terapeuta bdělým vůči tomu, čemu se musí vyhnout. Záměrem je ovlivnit klienta tak, aby nabral nový směr, který není variací základního řešení, takže chování perpetuující problém bude opuštěno.

Tak člověk, který trpí úzkostí, když mluví na veřejnosti, referuje o tom, co všechno už vyzkoušel: cvičení před zrcadlem, pořízení vyčerpávajících poznámek a náčrtů, dechová cvičení i užívání trankvilizérů. Mezi těmito řešeními byly rozdíly, ale společným rysem tu byl pokus redukovat úzkost. Brief terapeut by měl být opatrný, aby nenavrhoval variace na toto téma, ale místo aby se mu jenom vyhnul, nejlépe by udělal, kdyby navrhl určitý počet strategií, které představují jeho **opak**. Klient by měl být podněcován, aby 1) oznámil posluchačům, že je nervózní; 2) udělal úmyslně chybu; 3) počínal si, jako by zapomněl co říká, a požádal posluchače o pomoc; nebo 4) upustil své kartičky s poznámkami uprostřed své řeči. To všechno reprezentuje obrat o 180° vzhledem k předchozím pokusným řešením (Segal, 1984).

Krátká strategická terapie zdůrazňuje intervence ve formě komentářů, návrhů (sugescí), předpisů a nápovědí, které jdou proti strategiím, které klient považuje za logické. Samozřejmě že přimět klienta, aby prováděl kontraintuitivní úkoly, není snadné, protože se zdá, že taková rada, z jeho perspektivy, může věci jen zhoršit. Bude tedy důležité měnit náhledy klientů na jejich situace tak, aby se nová řešení mohla usnadnit a aby se existující řešení, která perpetuují problém ztížila. Obecný přístup se označuje jako "přerámování" ("reframing") a myslí se tím "změna konceptuálního a/nebo emocionálního uspořádání nebo hlediska, s ohledem na nějž je situace zakoušena, a jeho zasazení do jiného rámce, který souhlasí s 'fakty' též konkrétní situace stejně dobře nebo dokonce lépe, a tím změní celý jeho význam...Co vychází jako změněné jakožto

důsledek přerámování, je význam připisovaný situaci, a tedy jeho konsekvence, a ne jeho kokrétní fakta" (Watzlawick et al., 1974, s. 95).

Každé z následujících zarámování by se mohlo hodit pro klienta trpícího úzkostí při řeči, kterého požádáme, aby udělal záměrnou chybu: 1) je to metoda desenzitizace *in vivo*; 2) přehánění problému je forma učení, jak ho lze dělat, a je tedy prvním krokem v učení, jak ho nedělat (nepůsobit); 3) pravděpodobně to přinese nějaké náhledy, které by zabraly mnohem více času při konvenční verbální terapii. Někteří klienti se nechají zmást otázkou: "Víte, jak odevzdat při představení skutečně špatný výkon, nebo jen jak odevzdat amatérsky špatný výkon?" V dalších případech můžeme použít intervenci zvanou "smlouva s ďáblem". Klient musí souhlasit s tím, že bude plnit terapeutův *úkol, aniž by věděl, jaký je, nebo aniž by o něm diskutoval, jakmile byl uložen. Pak je* klient požádán, aby znovu kontaktoval terapeuta teprve tehdy, až bude úkol dokončen.

Určité přerámování, jak je volíme u daného případu, bude reflektovat klientovy hodnoty, přesvědčení a postoje. Od okamžiku, kdy klient se uvádí svými prvními výroky při počátečním kontaktu, se terapeut pokouší uchopit představy, do nichž by zorganizoval pacientovy snahy o zdolání stresu. Přerámování příznačně obsahuje aktivní uznání těchto snah a přidává k nim novou zvláštnost (twist) nebo nový směr, který způsobí, že alternativní chování se stane pravděpodobnějším. Existuje mnoho způsobů, jak motivovat klienty, aby se chovali odlišně. Rozhněvaným a frustrovaným rodičům lze dát úkoly rámované způsobem, který jim dovoluje dávat volný průchod jejich pocitům neškodně a terapeuticky, kdežto zase rodičům zdůrazňujícím svou pečovatelskou roli je možné dát návrhy (sugesce) takovým způsobem, že je vedou k tomu, že se stávají rodiči užitečnými a obětujícími se. Všetečné a na vhled orientované lze motivovat, aby zkoušeli nové myšlenky, aby zjistili, co se mohou naučit z nových zkušeností, kdežto rezistující klienty je možné povzbuzovat, aby se neměnili.

Přerámování se nejpravděpodobněji ukáže jako úspěšné, když vyžaduje nejmenší možný posun v představách (concepts) a chování. Milton Erickson přesvědčil pacienta, který s nikým nemluvil, aby se to pokusil udělat ve veřejné knihovně. Být ztichа se v knihovně sluší. Když byl tlak na udržení konverzace redukován, muž byl schopen interagovat s druhými, což vedlo k zahájení vztahu.

Intervence - hlavní témata

Krátká terapie vyžaduje, aby se terapeut přizpůsobil zvláštnímu stylu, jazyku a chování klienta, a všechny intervence budou pravděpodobně využitkovávat idiosynkratické *rysy klientovy situace. Existují ovšem některá vracející se témata či pozice, které* charakterizují aktivitu brief terapeuta, a bude možná užitečné si jich krátce povšimnout.

Zaujímání pozice one-down

Brief terapeuti používají mnoho taktik, aby zmenšili svou vzdálenost od klienta vyplývající z jejich role, a to tak, že sdělují, že terapeuti jsou prostí lidé s chybami a nejistotatmi. Předpokládá se, že klienti pravděpodobněji přijmou čiré myšlenky, vyzkoušejí úkoly a poskytnou úplnější informace, jestliže prostředí terapie zní tlumeně (is kept low key). Když se shromažďují informace, používá se vyslovená one-down pozice, aby se vyjasnily úmysly. Asi řekneme: "Mohl byste to prosím vás ještě jednou projít? Někdy musím slyšet věci pětkrát, než jsem schopen si s nimi poradit. Prosím vás, vydržte to se mnou". *V pozdějších stádiích léčby, když se předkládají nové* myšlenky nebo direktivy, jsou rámovány jako "ne příliš důležité", nebo "prostě jako

experiment, ze kterého byste se mohli možná něco naučit". Anebo terapeut třeba může navrhnout domácí úkol, a pak ho zavrhnout, poněvadž se v něm odráží nevhodný "terapeutický optimismus", jemuž se jeidně musí klient pravděpodobně bránit.

Pomalu

Léčba obecně pokračuje nejrychleji, když není klient pod přílišným tlakem, jenž ho nutí, aby vyřešil problém ihned, nebo není postaven před nějaký skutečný či fantazijní termín. V celé řadě situací mají lidé nejlepší výkon, když je zredukován jejich pocit, že jsou hodnoceni (Lavelle, Metalsky, & Coyne, 1979). Tudíž mnoho terapeutických manévrů je určeno k tomu, aby sdělovaly poselství: "Pokračujte pomalu" ("Go slow"). V mnoha případech jsou klienti varováni, aby se neměnili příliš rychle. Jindy jsou požádáni, aby přemýšleli o úloze týden před tím, než ji provedou. Účinnost se ještě zvýší, když se neustále připomíná zpoždění. Depresivní muž měl potíže, kdykoli se měl chopit iniciativy a o něčem promluvit, a jednou se zmínil o tom, že si chce postavit skalku. Terapeut naznačil, že je to předčasné, protože jeho deprese jasně vysála jeho energii. Muž si ovšem mohl všímat vhodnosti skalek, které příští týden potká, ale neměl by si za žádných okolností žádnou z nich vybrat. Jeho pozornost zaměřená na skály byla dále rozvíjena monologem terapeuta, který popisoval tvar a umístění různých skalek. Podobně lze na člověka, který se sociálně izoluje, naléhat, aby začal navštěvovat večírky, ale vyhýbal se přitom setkání s kýmkoliv novým. Riziko je možno zarámovat metaforicky jako, když si rozbije hlavu při útoku na svou osamělost, a v takovém případě je důležité příliš to neuspěchat, dokud nesebere dostatek nových sil. V tom mezidobí se měla (šlo o ženu) připravovat na to, jak druhé odrazovat, co nejlépe bude schopná.

Když klienti přicházejí zpátky, šťastně vysvětlují, že přece jen pokročili, a brief terapeut to pravděpodobně vezme na vědomí, ale také varuje, aby zpomalili. Lze dále naznačit, že pokrok, kterého dosáhli, vylučuje něco dalšího aspoň na týden nebo na déle. Když si terapeut takto počíná, usnadňuje to klientům, pomáhá jim, aby se vyhnuli pocitu, že musí zachovat výchozí zisky a pokračovat, anebo budou považováni za neúspěšné, a zároveň jim to dává důvěru v jakoukoli pozitivní změnu, která se uděje v nadcházejícím týdnu.

Pesimismus

Tradiční koncepce myšlenek a postojů jakožto mentálních elementů ingorují míru, ve které lze o těchto "elementech" uvažovat užitečně jako o povýtce sociálních jevech. *Tradiční terapeuti jsou tak nepřipraveni na extenzi, v jaké je iracionální bezmocnost* klientů udržována stejně iracionáním optimismem a falešným opakovaným ujišťováním těch, kdo klienty obklopují (Coyne, 1986a). Mabel Cohenová et al. (1954) si všimli, jak se terapeuti typicky setkávají s pesimismem svých klientů při seduktivních slibech, které jsou příliš velké, než aby se splnily, a následuje odmítnutí, když klienti nereagují příznivě. Naopak brief strategičtí terapeuti se aktivně vyhýbají optimismu a falešnému ujišťování a nabízejí místo toho záměrný (calculated) pesimismus. Když se klienti táží: "Doktore, můžete mi pomoci s mým problémem?" Brief terapeutova odpověď bude mít pravděpodobně takovouto formu: "Pomohl jsem některým lidem, ale jsou jiní, s nimiž jsem nedokázal udělat nic. Ale i kdybych vám řekl, že jsem byl úspěšný v každém jednotlivém případě, ještě pořád byste měl právo si myslet 'Ano, ale já bude jeho prvním neúspěchem'" (Fisch et al., 1975). Začínající brief terapeuti bývají překva-

peni, jak rychle se klienti vzdávají pesimistického stanoviska, když terapeut kontruje ještě větším množstvím pesimismu.

Nebezpečí zlepšení

Většina osobních změn zahrnuje balanci pozitivních a negativních elementů, a tak má smysl varovat klienty, že existují nevýhody a dokonce i nebezpečí při zlepšování. Nutnost změny lze pak uvidět jako méně naléhavou, klienti jsou méně pod tlakem a jsou realističtěji přichystáni na negativní stránku procesu. Existují však přídatné strategické výhody pro terapeuty, kteří varují před nebezpečími zlepšení (Segal, 1980). Někteří klienti požadují pomoc, ale házejí břemeno změny na terapeuta. Když argumentuje pro nebezpečí zlepšování, vrací terapeut náklad zpátky takovýmto klientům, aby ukázali svou ochotu usilovat.

V jiných případech může terapeut své stanovisko, že "zlepšení je nebezpečné", využít k tomu, aby rozrušil destruktivní vzorce plísnění (nagging) a rezistence. Manžel třeba naléhá na svou ženu, aby přestala kouřit, takovým způsobem, že v ní vyvolává pocity viny. Tím ovšem způsobuje, že je pro ni těžší přestat. Jestliže terapeut naznačí, že muž jí plísní prvě proto, že si je vědom tohoto bumerangového efektu (dokonce "nevědomě"), může ženino přání nebýt už sužována vést k tomu, že přestane kouřit. Jak poznamenává Fisch et al. (1974): "Jedna věc je být plísněn a docela jiná věc je být jemně postrkován" (jako kulečníková koule - snookered, s. 35).

Předepsání symptomu

Celá řada problémů je udržována úsilím zmařit jejich výskyt. Tato řada zahrnuje problémy spojené s paradoxem "buď spontánní", kam patří třeba poruchy spánku, sexuální potíže a spisovatelovy zábrany. Atleti tvrdě usilují o to, aby se vyhnuli charakteristické chybě, a páry usilují, aby se vyhnuli další při, což také spadá do tohoto vzorce. Jsou nadměrně zaujati potřebou vyhnout se obvyklému negativnímu výsledku, a to odvádí jejich pozornost od úlohy, jíž se zabývají, a činí selhání pravděpodobnějším. To je pak vede k závěru, že se nesnažili dost usilovně, když to, čeho je jim třeba, znamená osvobodit se od sebeporážejících požadavků, které ukládají sami sobě. Napomenutí, aby relaxovali nebo neusilovali tak usilovně, mají zřídka žádaný efekt, a je nutné navrhnout jim místo toho, aby aktivně přivodili nežádoucí výsledek. Existuje mnoho důvodů, které mohou ospravedlnit takový kurs. Ascher a Efran (1978) popsali předpisování symptomu u osob trpících insomnií s podmínkou, že když zůstanou vzhůru, mohou tito klienti sbírat a shromažďovat příklady myšlenek, které je odvracejí od spánku, což jsou údaje, které jsou podstatné pro každý léčebný plán. Kontrolované srovnávání ukázalo, že tento přístup byl úspěšnější než relaxační techniky. Brief terapeuti používají podobné podmínky, ale patrně je ozdobí přídatnou sugescí, že čím déle tito klienti zůstanou vzhůru danou noc, tím více myšlenek nashromáždí, a získají tedy lepší základ dat.

Podle kontextu problém udržujícího úsilí lze navozovat řadu dalších podmínek pro předpisování symptomu: 1) "Jestli se tomu problému skutečně nelze vyhnout, když způsobíte, aby se vyskytl záměrně, stane se aspoň předvídatelným". (2) "Když to umíte udělat, dělejte to s trochu větším rozmachem"; 3) "Jestli se ten problém nikdy nevyskytl vícekrát než třikrát do týdne, mohl byste zkusit mít ho pětkrát v úterý, takže by bylo méně pravděpodobné, že k tomu dojde zase ve středu".

V jednom případě jistý muž pravidelně uléhal celé hodiny na gauč a přemítal o neutěšenosti své finanční situace, která ve skutečnosti nebyla tak špatná. Bylo mu

poukázáno na to, že jemu a jeho ženě se vždycky značně ulevilo, když taková doba skončila, a když skončila, bylo typické, že oba pak byli více sdělní, uznalejší a citlivější. Jiné páry by možná nejdříve požadovaly destruktivní debatu, aby se to "vyřídilo" tímhle způsobem. Tomuto páru bylo řečeno, že samozřejmě mají tuto volbu, a mohli by se k ní uchýlit, kdyby jeden z partnerů cítil, že jejich situace si to naléhavě vyžaduje, nebo že terapie pokračuje příliš pomalu. Pokud by neobjevili třetí alternativu, měli však pravděpodobně vytrvat u atak manželova přemítání. Pár se shodl na tom, že by byly žádoucí tak dvě nebo tři noci týdně strávené s větší důvěrností, a tak bylo navrženo, aby muž překvapoval svou ženu záchvaty přemítání s přibližně stejnou frekvencí. Terapeut nadhodil, že to bude oběť a že dobrá debata by mohla být snazší, ale dvojice druhou možnost odmítla. Později sdělovali, že to zkoušeli vytrvale, ale že bylo nemožné prodlužovat záchvat přemítání. Užívali si více svého společného času a jejich sexuální život se obnovil. Vyzradili však, že byli zmateni tím, co terapeut mínil tou "třetí alternativou".

ZÁVĚREČNÉ POZNÁMKY

V tomto posledním případě terapeut navrhl páru, že by manžel měl mít záchvaty depresivního přemítání, nebo jako druhou možnost by mohli mít rozepři, která by se mohla ukázat jako destruktivní. V širším kontextu cílů terapie by ani jedno z toho nevypadalo jako žádoucí výsledek. Pro terapeuta nebylo cílem více přemítání ani více rozepří, ale on zaranžoval situaci tak, že pár už nemohl brát za své chování odpovědnost a inicioval změnu. Byli (trikem) ošizeni o svůj problém.

Klienti často přijímají takové předpisy absurdního chování šťastně a s širokými úsměvy, jako by nějak porozuměli podstatně humorné povaze této smrtelně vážné hry. Někdo řekne: "Používáte na nás psychologie naruby, a ve skutečnosti nechcete, abychom měli problém." V takovém případě terapeut jenom souhlasí, neboť "uvědomění" ("awareness") dotyčného je irelevantní, pokud je direktiva dána a splněna (Haley, 1976, s. 204).

Používání paradoxu a předpisování symptomu uráží terapeuty, kteří věří, že to, jestli klienti dosáhnou změny, je méně důležité, než to, jestli mají otevřenou a poctivou lidskou zkušenost s terapeutem, který se s nimi dělí o porozumění. Haley (1976, s. 208) se staví proti tomu, že takoví terapeuti ignorují fakt, že terapeutický kontext je **placeným** (paid) vztahem, ne upřímnou lidskou zkušeností, a že je v tom cosi nehumáního, když terapeut přijímá peníze jen za to, že je humánní ke klientům. Takové argumenty však patrně nebudou pro všechny přesvědčivé. Někteří terapeuti jsou prostě příliš poctiví či upřímní na to, aby hráli hry popisované v této kapitole. Dávají přednost tomu hrát hru, která spočívá v tom, aby nebylo vidět, že hrají hry (Laing, 1970).

Zcela neobvyklá řada starostí vyvstává kolem otázky dohodnout se s řadou osob na změně chování někoho jiného. Nepodceňujeme tuto otázku, ale odvoláváme se na protiargument, že většina klinicky relevantního chování se odehrává v kontextu signifikantních vztahů, a změny v tomto chování jsou spjaty se změnou ve vztazích. Předpokládáme, že klienti a ti, co jsou kolem nich, se nevyhnutelně ovlivňují navzájem a že terapeut tu stojí s odpovědností před rozhodnutím, jak to vzít do úvahy nejhumánnějším, nejetičtějším a nejúčinnějším způsobem. Už si nemůžeme dovolit další luxus, že bychom konstruovali svou etickou odpovědnost v krátkozrakých neekologických termínech.

Hypnóza – rozmluva nebo samomluva

Vladimír Dvořáček:

Referát na II. česko-slovenské konferenci ericksonské psychoterapie ***"Komunikace a psychoterapie"****, Brno, 22. 9. 1995 Hotel Vroněž*

Je pro mne ctí vystoupit po brilantním referátu prof. Kratochvíla. Prof. Kratochvíl byl prvním hypnotizérem, který mě hypnotizoval. Snad je můj praktický zájem o hypnoterapii realizací někdejší posthypnotické sugesce.

V tomto sdělení se zaměřím na to, zda čistě monologická strategie za jakou je obvykle hypnóza pokládána dovoluje i dialog. K tomu, abych se do rozpravy pustil mě inspirovaly následující myšlenky:

Svět jako zkušenost patří základnímu slovu JÁ-ONO. Základní slov JÁ-TY je svět vztahu. *M. Buber*

Ve fyzice stejně jako v psychologii má pozorovatel výrazný vliv na výsledek pozorovaných dějů ... *A. Mindel*

Dialog je v hlubším slova smyslu vztahovou vzájemností, vztahem mezi Já-Ty. Cíl a směr není předem dán, během rozmluvy se rodí. *P. Příhoda*

V terapeutickém dialogu se uvolňují monology, které živí problém. *K. Ludewig*

Vnitřní dialog je to, co nás uzemňuje. *Don Juan*

Hypnóza je nejstarší **zakázkovou** psychoterapeutickou metodou. Obvykle má zmírnit nebo odstranit nějaký symptom. Vzniká a probíhá mezi hypnotizérem a hypnotizovaným. Aby mohla vyhovět zakázce musí být vytvořeny následující podmínky:

- hypnotizovaný musí vstoupit alespoň do lehkého transu a být vnímavý k sugescím hypnotizéra;
- hypnotizér musí být natolik dovedný, aby trans navodil a léčebně jej využil.

Klient vyhledá hypnotizéra ve stavu nouze, nejčastěji když jiné léčebné metody selhaly. Očekává obratný postup a rychlé vyřízení jeho zakázky. Naléhavost požadavku: **odstraň, potlač, zmírni mé trápení** zapůsobí na hypnotizéra. Ten si položí banální otázky: co?, jak?, kdy? za jakých okolností?

Odpovědi jsou závislé na

- terapeutově filozofii
- způsobu jeho jednání a hovoru s klientem
- pojetí hypnotického transu
- jak se vyrovná s vnitřním dialogem (monologem) u sebe i klienta
- zda rozlišuje vědomí a nevědomí, primární a sekundární procesy
- zda výsledek terapie spojuje se změnou prvního nebo druhého řádu.

Zjevná nebo skrytá filozofie orientuje hypnoterapeuta buď na objektové hypnotické postupy, které jsou ve světě slova Já-Ono nebo se otevře pro bezprostřední vztah ve světě slova Já-Ty. Vědom si značného zjednodušení usuzuji, že terapeutickou zakázku lze realizovat dvěma odlišnými přístupy k realitě, tedy i k hypnoterapii:

1) Strategie zaměřené na objekt

2) Transová praxe založená na vztahu subjekt - subjekt

Strategie zaměřená na objekt jsou převážně monologické, práce se symptomem je allopatická, k omezení vlivu vnitřního dialogu slouží disociace. Rozhovor je podřízen zvolené strategii, pokud vůbec proběhne je redukován na strategické a lineární dotazování.

Transová praxe založená na vztahu subjekt - subjekt vychází ze vzájmenosti a rozvíjí se v rozhovoru. Vnitřní dialog slouží k navození transu. Přístup předpokládá trans u terapeuta. Práce se symptomem je průběhová a homeopatická.

ZAKÁZKOVÉ STRATEGIE - LÉČIT, ŘEŠIT, UČIT

OBJEKTOVÉ METODY

DĚLNICKÁ

přetvářející - kovářská dostanu tě, však se poddáš

formující - hrnčířská přetvořím Tě, budeš takovým jak říkám: Den odedne se cítíš lépe

ÚŘEDNICKÁ

oznamující - referentská

četba hypnotizačních textů, od 2 do 3 chodíme na relaxaci, hypnózu

třídící - badatel škály hypnability

ten dělá to a ten zas tohle,

když jim říkám, to a tohle

a podle toho je roztřídím

HRÁČSKÁ

triková - judistická - použití paradoxů, navštívil tolik hypnotizérů

politická - přeznačkování

konfusní - žonglérská - přesycení, desorintace v čase prostoru, pojmová

ROLNICKÁ

kultivování - oráčská - učení se být v transu, prohlubování, asociace

zasévání - rozsévač - vyprávění metafor

Uvedené strategie nejsou lepší jedna druhé, ale svou povahou upozorňují na své přednosti i omezení. Adept hypnoterapie si je musí pečlivě osvojit, aby je později

modifikoval, zapoměl nebo používal v nezměněné podobě, ať již v tomto nebo jiném myšlenkovém rámci.

Okruh **dělnický metod** je založen na síle, strategii jak přemoci nebo přeměnit symptom. Přílišná snaha o dosažení cíle, připoutanost k výsledku vede k přímočarosti, naléhání a necitlivosti k možnostem klienta.

Okruh **úřednických metod** je založen na benevolenci. Vychází z úvahy experta, že je to on, kdo nejlépe ví jak to vlastně s hypnotickým transem je i s možnostmi lidí v něm. Pak je třeba jenom blahosklonně čekat jak to dopadne. Přílišná benevolence a pátrání jen po některých transových projevech opomíjí bohatost a rozmanitost transových dějů.

Okruh **hráčských metod** je založen na důvtipu, který má přivést do transu i ty, kteří se brání nebo z nějakých vnitřních příčin do něj vstoupit nemohou. Důvtip využívá lsti. Kdo byl přelstěn nebo obelstěn ten nezapomíná. Navíc na každou lest lze nalézt protilest.

Rolnický okruh je nejméně vázán bezprostředním efektem. I když jde o předmětnou strategii věnuje velmi mnoho pozornosti a času rozmluvě s klientem, sběru informací o něm a jejich včleňování do terapeutických metafor. Terapeut se zevrubně připravuje na každé setkání, často bývá příprava mnohem delší než vlastní hodinová hypnotizace.

Přes rozdílnost sjednocuje čtyři objektové strategie **pragmatická koncepce**. Všechny hledají a používají série pravidel, která dovolují zužitkovat navyklé způsoby v jednání člověka k tomu, aby vstoupil do hypnotického stavu, a vytvořily se podmínky k terapeutické změně. Během jednoho sezení se strategie prolínají.

Nedostatkem objektových strategií je ritualizovaný postup, který se může záhy obsahově vyprázdnit a blokovat rozvoj transu. Ovšem neplatí to doslova. Ritualizace může oživit procesy, které se uvádějí do chodu při jogové nebo zenové praxi. Obvykle jde o nekonání a nevědění, za něhož může člověk konečně nechat vnitřní děje volně plynout, aniž by do nich vědomě zasahoval. Takovýto průběh je charakteristický pro meditaci.

Subjektivý vztahový přístup

Vztahové pojetí není vědecké v klasickém slova smlyslu. Nepodléhá neomezenému kouzlu příčinnosti a účelnosti. Jde o setkání terapeuta-průvodce s klietem na jeho životní cestě v období, kdy má zdravotní nesnáze nebo osobní problémy. **Průvodce** pomáhá, podněcuje klienta tak, aby opustil ritualizovaný vnitřní dialog, podněcuje jej tak, aby aktivoval **nevědomé procesy**, které směřují jak k léčbě tak i individuaci.

Objasněme si rozdíl mezi objektovým a subjektovým přístupem na způsobech vzniku transového stavu. Předmětný přístup usiluje o to, aby trans vyvolaly metody hypnotizace. Hypnotizér potřebuje ovládat a řídit to, co se děje. U vztahového přístupu jde o setkání a společnou cestu. Hypnoterapeut respektuje tempo a možnosti klienta pečlivě provází a podněcuje to, co probírá. V rozhovoru o problému nebo symptomu dává klient, obvykle jemnými mimoverbálními projevy najevo, jaké děje probíhají uvnitř. Ono se mu to děje: cítí se bídně, má pocit, že mu to roztrhne hruď, v hrdle ho něco škrtí. Nechce to, ale nemůže jinak, musí se tím zabývat. Probíhá to neodbytně, samo od sebe má to všechny charakteristiky transu, zážitková kvalita: je to velmi nepříjemné. Nazvěme to **negativní trans**. To, že se klientu něco děje je výzvou pro terapeuta. V daný okamžik se nemůže zabývat **něčím jiným**, než prožitky klienta. Nepoužije libovolnou monologickou metodu s cílem disociovat od zážitků.

Klient je zcela ovládán tím, co se mu děje. Terapeut jej provází, může taktně napodobovat to, co dělá. Např. jemně zatíná pěsti, klade si ruku na hruď nebo svírá čelisti. Případně se ho ptá na to, co klient stejně dělá. Př.: "Můžete se zaměřit na pocity v hrudi?" a povzbudí ho, ať v tom pokračuje. Klient velice rychle vystupňuje transový stav, který se promění, přepne kanál, z propriocepce může přejít do jiné modality, do jiného kanálu, nezřídka vystoupí snové děje nebo reálné události, které mohly být uzlovým bodem vzniku nesnází.

Příklad

Přibližně 30letou ženu jsem přijal o půl hodiny později než byla pozvána. V místnosti ještě stála, když mi hněvivě vysvětlovala, že za chvíli musí odejít. Všiml jsem si, že stojí na pravé noze a levá je mírně zvednuta, napnuta a špičkou se dotýká země. Když se posadila zeptal jsem se jí na její levou nohu. Řekla mi, že je o 1,5 cm kratší a že má v lýtku křeč. A současně přitlačila špičku levé nohy do podlahy. Na dotaz mi řekla, že jí to pomáhá. Ptal jsem se, zda potřebuje pomoc i nyní. Přikývla a tlak levé nohy vzrostl. Vstoupila do transu, po několika minutách napětí povolilo, zklidnila se a volně imaginovala. Po otevření očí mluvila o tom, že se viděla při jízdě na koni. Po návštěvě u mě se chystala do jízdárny. Dodala, že má silné brnění v rukách. Domnívala se, že to nesouvisí s otěžemi, ale s něčím jiným. Brnění zesílilo, začala se chvět a výrazně zatínala žvýkací svaly pravé tváře. Asi po 10 minutách došlo k dalšímu přepnutí, začala klidně dýchat a do dvou minut krátce usnula. Probudila se překvapena, snad i šokována. "Už to téměř nebolí, ale jak to, když to bylo před 4 roky a bolesti trigeminu začaly před dvěma!" Dověděl jsem se, že před 4 léty porodila první dítě. Porod byl těžký, došlo k zanedbání, výrazně krvácela, lékař byl bezradný, dítě uviděla až po 14 dnech. Na porodním stole bezmocně a vyčerpaně ležela **zakousnutá do svého hněvu**.

Co se vlastně přihodilo: hypnotizér pozorně sledoval, co se s ženou děje. Přijal její nelibé nastavení, povzbudil ji, aby negativní trans mohl opakovaně proběhnout, vyvrcholit a přepnout do jiného zážitkového kanálu. Klientka přepla do příjemného transu, ale také získala částečný vhled do toho, co se u ní bolesti trigeminu mohlo vyvolat. Hypnotizér nebo lépe průvodce musí být zcela s klientem, být prožitkově na něj vyladěn. Komunikuje s ním na více úrovních než pouze verbální. Sám je ve specifickém transu, ve kterém je naladěn na klienta. Je ve **vnějškově orientovaném transu**.

Časování

Jedním z úkolů terapeuta je vystihnout vhodný okamžik, kdy podněcovat, navodit trans, začít s hypnózou. Průvodcovský či dialogický přístup je vždy plně v tom, co probíhá, je živen přítomností. Vstup do transu a práce v něm přirozeně vyplývá z průchodu negativním transem a přechodu do pozitivního. V tomto ohledu jsou objektové metody příliš těžkopádné a mohou působit uměle a situačně nepřiléhavě.

Závěrem

Ve sdělení jsem chtěl upozornit na omezení monologických hypnotických postupů a na nesmírnou plasticitu, otevřenost a především taktnost přístupu vztahového. Mottem této konference je citát od E. Ericksona, že lze vytovřit novou teorii u každého pacienta. Na tuto myšlenku se můžeme podívat ve světle předmětného slova **Já-Ono**. Pro množství teorií dospějeme k babylonskému zmatení jazyků. Nebo k ní můžeme přistoupit ve světě **vztahu Já-Ty. Pokud vím Erickson žádnou teorii nevytvořil.**

září 1995

Milý Zdeňku,

děkuji Ti za práci, kterou sis dal, a hlavně za to, že mi to ještě dáváš ke korektuře.

Otázka ovšem je, zda teď, s odvanutím konferenční euforie, bys Ty (a redaktoři neovlivnění citovým ovzduším končící pěkné konference) stále pokládal vytištění přepisu toho proslovu pro zkušenostně nezasvěcenou veřejnost za nějak poučné, potěšující...co jště? Tedy co z přečtení asi získají a zda to bude pro časopis příznivé. Já jsem v tom rozpačitý, myslím, že to tam spíš nepatří, ale jsem svrchovaně zaujatý; pokud nezaujatí usoudí, že se z toho dá něco prospěšného vyčíst, nebudu tomu bránit. Tvoje úvodní reportérská a přece jen trochu sugestivní poznámka v uvedeném nebo jakkoli Tebou upraveném znění je však nezbytná; snad trochu předejde psychopatologizaci nejen autora (o tom už se to proslýchá), ale i celé redakce Kontextu (o té se to ještě neví...).

Moc pozdravuji Tebe i Andragos

Karel B.

Ericksonovské elegie, aneb...

Karel Balcar

(Ještě než začnete následující text číst, představte si, prosím, že sedíte v kongresovém sálu brněnského hotelu Voroněž. Máte za sebou dva dny II. česko-slovenské konference ericksonské psychoterapie "Komunikace a psychoterapie", skvěle organizované Jurajem Barbaričem. A před Vámi je poslední referát. Jeho autor nechal přitmít sál - teprve ke konci jeho elegie se naplno rozsvítila světla . . .

Za přítomné Zdeněk Rieger)

Proč tu jsem?

Když mě Juraj Barbarič při náhodném setkání na jaře v Lékařském domě asertivně žádal o název sdělení pro tuto konferenci, naivně jsem odmítal s tím, že nemám nic nového. Jeho nepochopitelná vytrvalost mě však - po výměně několika zjevně se míjejících sdělení - dovedla k nahlédnutí, že máme podstatně odlišnou konstrukci této části konferenčního scénáře. Že ode mne skutečně nežádá ani nečeká nějaký zásadní *pokrok, nýbrž že mě tu jenom chce ukázat jako historický exponát.*

Pak jsem se tedy pro dobrou vůli poddal. Udal jsem však - spolu s hláškou, že na tu "ericksonádu" stejně hledím už jen z povzdálí - název dostatečně nicneříkající. A nadto spíš pochmurný - abych nebyl k ničemu konkrétnímu zavázán, dojde-li na věc. Ten je v programu. (Vzpomínám si, že obsahoval ještě nějaký výhružně znějící doplněk. Ten ale Jura tiše zcenzuroval a já jsem jej od toho jara zapomněl.)

Na věc došlo a Jura mě obezřetně zařadil až na konec, když už stejně moc pokazit nemohu. A tak jsem teď tady s vámi.

Co s tím uděláme?

Co tedy nyní, krátce před uzavřením, ještě vůbec vzbudí a vzápětí také upokojí zvídavost?

Kdo se dokáže **Kratochvílně** odpoutat od šarvátek skeptických hypnometriků?

A **Dvorně** *opustit rozcestí mezi "Já-Ono" a "Já-Ty", a dát se vést do bezvládí samotného* "Jenom Já"?

A vystoupit z **Jurodivé** spleti historických průpojů, stezek a směrníků ericksonské manéže do svého "Teď tady a jinak nic"?

A **Zíkávat** (promiňte, získávat) tak paradoxně - čím míň, tím víc, a víc už nic?

Vnořit se do prázdnoty chvíle přímo **Špitzově** vyhrazené, avšak stále dosud nenaplněné?

Lud(o)milně zacílit membránová čidla k **Chvályhodnému** přijímání vjemů z úplně jiného receptorového pole, herny, úřadu či továrny?

V pohodě **Ulehnout** a nenechat se **vyStrnadit** ze svého příběhu vyprávěním o tom, že je to jen vyprávění?

A splynout se svým tělem k **bezPeč(e)nému** vyvázání ze všech protiv a tlaků, jež plynule odplývají?

Zříci se zdání **Svobody**, nabízeného postmodernou dnešního světa za výprodejní cenu druhého řádu a vrátit se na cestu přirozeného zákona života v té skutečnosti, která - i bez naší konstrukční libovůle - stejně trvá...

A tak ty, kdo můžeš a chceš, zkus si ještě chvilku jít po téhle cestě. Teď víš a možná v tuto chvíli i vidíš, že se stává v něčem jinou, než ty cesty po kterých jsme se procházali v pečlivě vytyčeném parku na povrchu těchto konferenčních dnů, jejich minut a hodin. "Časy se proměňují..." zpíval Bob Dylan, a naše cesty též.

Svým vnitřním zrakem možná spatřuješ svou cestu, její obrysy... Jako každý máš v sobě její směr, a neseš si v sobě také všechno, čím jsi po ní už kdy prošel. A před tebou leží všechno, čím ještě smíš, máš, můžeš i nemusíš projít až k jejímu konečnému vyústění...

Na téhle cestě se asi zanořuješ do krajiny právě poněkud zapomenuté a přitom stejně nějak známé. Rozhodneš-li se teď jít po cestě dále, nevím, zda už tušíš blížící se úzkou soutěsku. Uzavíranou ze stran stále více se zužujícími úbočími skal, svírajícími tvůj prostor mezi zemí a ztemnělou oblohou. Na tomto místě už tak těsně, že nejspíš váháš: Vstoupíš do její úžiny, nebo Ustoupíš do bezpečnějšího, již poznaného prostranství kde lze prozatím ještě zůstat... Víš ale, že jen skrze její úzkost a svou odvahu máš možnost projít ze světa nezávazně konstruovaného zdání na půdu závazné skutečnosti, kam patříš.

Asi už i ve stínu vysokých úbočí rozeznáváš, že stezka před tebou se zužuje natolik, že jí člověk může dál projít jen sám, bez jakéhokoliv průvodce po boku. Víš, že jí před tebou jistě mnozí takto prošli. Víš také, že mnozí před tebou dali přednost tomu zůstat v jistotě kolektivních konstrukcí dohodnutého světa před rizikem zjištění, že věci jsou jinak. - Teď však nejde o ně, ale o tebe!

Dobře cítíš, že jít dál je tím pravým pro tebe. Víš však asi také, že nemůžeš předem opravdu vědět, zda z úžiny vede cesta dál, nebo zda tam všechno končí neprostupnou stěnou, dokud se nerozhodneš vstoupit a neuděláš to. A kdo ví, jestli tam bude čas a místo obrátit se zpět...

Netočí se ti trochu hlava ze všech těch hlasů okolo, které se podbízejí, varují, slibují a hrozí, co bude, když vykročíš - a co bude, když nevykročíš...? Ty víš, že tato chvíle rozhodnutí se může vrátit, když ještě vyčkáš. Víš ale také, že to může být už jen tentokrát a dost. - Komu ještě uvěřit? A co teď uděláš?

A vteřiny života ubíhají... co teď?

To stačí. Ty i jí, my všichni víme, že v tuto chvíli je to jen hra. Vážná a závažná, ale přece jen hra. - A víš, co bude příště?

Tak to máme na cestu. Udělejte si s tím, co umíte. - Uvědomuji si, že k zasedání odborníků se patří citovat Ericksona nebo aspoň Ericksoniány. Dodatečně tedy dodávám poučný a jen zdánlivě povrchní vzkaz od (zřejmě také erickonsce) Tolkiena z knihy "Hobit aneb cesta tam a zase zpátky":

"Kyž chcete něco najít, nemůžete udělat nic lepšího, než hledat... Když hledáte, obvykle jistě něco najdete, ale není to vždycky to, oč vám šlo."

(Předneseno dne 23. září 1995, BRNO)

Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti nemoci

Vladislav Chvála

Souhrn

Autor popisuje techniku práce s časovou osou. Tuto techniku úvodního interwiev rozvinul během posledních 10 let při práci s chronickými pacienty pod vlivem teorií psychosomatické medicíny, rodinné terapie a akupunktury. Autor hledá dominantní příběh spolu s pacientem a motivuje jej k tomu, aby společně našli alternativní verze příběhu. Tato práce s pacientem usnadní nastavení terapeuta na pacienta a jeho rodinný systém, což urychlí další průběh léčby. Časová osa je do praxe převedený bio-psycho-sociální pohled na nemoc a zdraví v rodinném systému.

Disociace události a somatizace

O psychosomatickém přístupu k léčbě bylo napsáno mnoho úvah. Byla učiněna řada pokusů vytvořit sjednocující teorii somatizace emočních konfliktů.[1] Potíž psychosomatické praxe je však v tom, že se vždy znovu setkáváme s originálním člověkem, s jeho vlastním subjektivním příběhem, který se od všech ostatních liší.

Hlavním nástrojem léčby je nepochybně sám lékař, terapeut, prostředím léčby je vztah pacienta a terapeuta [2]. Všichni si podle své přirozenosti volíme pomocné nástroje, techniky, teorie, hypotézy, které nám umožňují určitý úhel pohledu, dávkování terapie a ochranu terapeuta.[3] Je užitečné, jestliže zvolený nástroj přináší pacientovi úlevu a navíc usnadňuje terapeutovi přehlednost "operačního pole". Zvyšuje-li se jistota lékaře i pacienta, léčba se může dařit. Zvyšuje-li se v teapeutickém systému naopak úzkost a nejistota, léčba se nedaří.

I když je všeobecně známo, že nejrůznější životní události ovlivňují psychický (a proto i fyzický) stav člověka, v praxi je obtížné **zpětně propojit** události, duševní hnutí a somatizaci v jeden srozumitelný celek. I kdyby lékař byl ochoten se na nemoc dívat z širšího psychosociálního pohledu, pacient mu v tom nemůže vyjít vstříc. Událost, která se projevila somatizací (úmrtí matky, otce, svatba dcery...), je od svých následků v mysli oddělena, **disociována**.

Souvislosti jsou nevědomě potlačené a proto se nemusíme o nich dovědět přímým dotazem, nebo dokonce dotazníkem. Není divu, že sociálně-somatické souvislosti zůstávají zakryté, vědomím jen tušené. O tom svědčí známá slovní spojení, která ukazují na souvislosti příznaků a sociálních událostí (např. puklo mu z toho srdce, leze mu to krkem, nemůže to strávit, má toho plnou hlavu atd.). Tato úsloví se obyčejně uvádějí v psychosomatických úvahách jako doklad o symbolickém významu somatických příznaků, nebo jako návody, jak symptomy pacientovi překládat. Uvádím je

jako argument pro tvrzení, že v povědomí lidí je znalost psychosociálních souvislostí somatických příznaků dobře zakotvena.

Čas od času někdo znovu "objeví", že je třeba s těmito souvislostmi v léčbě počítat, vždy znovu jsou však tyto objevy zapomenuty. *Respektování psychosociálních souvislostí* při léčbě bývá přesto obsaženo v účinných terapeutických postupech, i když obvykle jen v neuvědomované podobě. Například sádrový korset způsobí nejen fixaci příslušné partie pohybového aparátu při bolesti, ale také zásadně změní situaci nemocného v rodině. Lázeňský pobyt vyjme nemocného z jeho každodenních povinností, akupunktura se svými principy Jin a Jang významně zachází se symbolikou ženské a mužské role, atp.

Proč se nám stále znovu ztrácí povědomí těchto souvislostí? Proč je musíme vždy znovu objevovat, když by bylo tak snadné se tomu jednou provždy naučit z dostatečně věrohodných knih? Předpokládejme, že nevědomí má ochrannou funkci. Vědět všechno o sobě, o svých pohnutkách, slabostech, záměrech, o všech souvislostech a vnitřních zápasech je neúnosné. Organisační jádro osobnosti proto využívá možnosti zanořit část obsahů mysli do nevědomí do té doby, dokud nebudou moci být vyzdvihnuty do vědomí [4]. Proto budou lidé vždy raději hledat "objektivní", na nich nezávislé příčiny nemocí. Jako bychom měli pocit, že je přijatelnější být obětí zlé nemoci, než si uvědomovat vlastní podíl na stonání. Psychosociální znalosti o nemoci jsou vždy znovu zatlačovány do kolektivního nevědomí z týchž ochranných důvodů, jako u individua.

Při práci s chronickými pacienty jsem považoval za nutné orientovat se ve složitém světě pacienta dříve, než si dovolím do něho vstupovat. Pacienti mě postupně naučili tomu, jak se dovídat o souvislostech mezi událostmi a symptomy v jejich životě. To se ukázalo být velmi užitečné při jejich léčbě.

U stovek případů během posledních deseti let jsem si všímal disociace mezi vznikem obtíží a událostmi. Ukazovalo se, že práce, kterou organisační centrum osobnosti muselo vynakládat na disociaci, nemohla být důsledná. Některé události nás natolik spojují s okolím, že se lze podle nich později orientovat [5]. Hlavním nástrojem k znovunalezení původních souvislostí se stal čas prostupující jako nit náš život, proto jsem nazval techniku **časovou osou**.

Práce s časovou osou

Zatím co pacient vypráví o všem, o čem potřebuje, my si pozorně všímáme časových údajů a zaznamenáváme je na linku času. Zpravidla postupujeme až do takové minulosti, jakou si klient pamatuje. Podporujeme jej při vzpomínání na všechny příznaky, které kdy měl, zakreslujeme o nich údaje na linii života. Později se vracíme po této ose zpět, když rekonstruujeme životní příběh pacienta od narození do současnosti. Tak se dostanou symptomy a k nim odpovídající události zase zpátky k sobě, kde před disociací byly.

Nejde nám přitom o "přistižení" pacienta při lži, to je třeba zdůraznit. Disociace není lží, je nevědomou ochranou. Nezřídka se dokonce stává, že pacient souvislost nepochopí, ani když ji může tímto způsobem uvidět tak říkajíc na vlastní oči. Pak je třeba obranu respektovat a vyčkat. Jde nám především o to, abychom pochopili souvislosti vývoje pacienta a jeho rodinného systému, abychom se mu lépe "nastavili". Nejde o zjištění přesných dat o pacientovi. Jde o nalezení dominantního příběhu jeho života. Podstatnější než sám výsledek je proces vznikání časové osy, vnitřní práce, kterou při tomto úvodním rozhovoru dělá nejen pacient, ale i terapeut sám na sobě.

Pacienti se somatickými stesky začínají obyčejně od konce: totiž od současnosti. Příznaky, pro které přicházejí, jmenují v prvé řadě, ale už tady je možno zaznamenat od kdy je mají, kdy se vyskytly poprvé, za jakých to bylo okolností. Často si vzpomenou, co přesně dělali, což může mít pro hypotetizování o souvislostech velký význam. Jindy mají zcela mlhavé vzpomínky na začátek obtíží. Je velmi důležité vyprostit příznaky pacienta z nánosu diagnos. Nespokojíme se s informací, že "dostal astma", chceme vědět, co mu skutečně bylo a jak to prožíval.

Zaznamenáváme graficky, od kdy do kdy a za jakých okolností se potíže vyskytovaly, co je zhoršovalo, co zlepšovalo. I v této fázi může pacient spontánně referovat o nějaké události, která se mu při hledání časových souvislostí vybaví, třeba "to bylo poté, co jsme se přestěhovali", nebo "od té doby, co jsem v novém místě" a podobně. Aniž bychom považovali události za cosi zásadně jiného než příznaky, zaneseme je pro přehlednost na druhou stranu časové linie.

Zastavujeme se u každé vybavené události a pátráme po souvislostech. Představujeme si okolnosti sami na sobě, aktivně se pohybujeme v čase s klientem. Vyptáváme se i na okolnosti početí a porodu. Pátráme po sourozencích narozených před pacientem i po něm a dokonce i po nenarozených. I události odehrané dávno před narozením pacienta mohou dávat jeho životu smysl.

Když nám vypráví např. o zlomené noze v šesti letech, může se nám vybavit náš vlastní zážitek z hospitalizace v dětství. Je třeba si hned ověřit, zda zkušenost klienta byla podobná té naší. Nemuselo tomu tak být. Pátráme po místech, kde se příběh pacienta odehrával. Známe-li ta místa, vybavujeme si je s emočním doprovodem, který se v nás k nim váže, abychom si ověřili, zda naše zkušenosti jsou blízké klientovým, nebo zda se liší. Tak se lze přiblížit významu, jaký události měly právě pro klienta v době, kdy se staly.

Nejde o to, co si myslíme my, ale co prožíval a co si o tom myslí klient. Tvarujeme svou mysl podle jeho. **Neinterpretujeme, měníme se.** Jsme zaujati pacientovým, ne svým příběhem, i když je transformován skrze naši vlastní životní zkušenost. Jsme spolutvůrci právě vyprávěné verze příběhu způsobem, jak naslouchám. Pokud možno si otázkami ověřujeme, zda chápeme věci tak, jak je klient mínil. Necháme se vést autentickými emočními reakcemi. Je třeba dobře pozorovat, abychom se příliš nemýlili.

Vedle časové osy klienta zakreslujeme též životní linie lidí, kteří v jeho příběhu vystupují. Bývají to samozřejmě matka a otec, sourozenci, partneři, děti, prarodiče. I zřetelně mýtické vyprávění o minulosti rodiny je třeba vnímat jako realitu. Nesešli jsme se proto, abychom pacientovi jeho realitu předělávali, ale abychom se ji pokusili pochopit.

Rodinná paměť našich klientů obvykle sahá přes 2 až 3 generace, tedy zhruba do začátku tohoto století. Pokud si zvykneme příchody jednotlivých členů od rodiny a odchody z rodiny zaznamenávat horizontálním odkloněním časové osy vpravo nebo vlevo, získáme přehled o významných pohybech v sociálním poli klienta: kdy a kam se kdo přiženil, odstěhoval, rozvedl, kdy kdo umřel a podobně. Pátráme po symptomech ostatních členů systému. Uvidíme, jaké jsou souvislosti mezi symptomy jednotlivých členů systému, jaké jsou jeho vývojové tendence.

Takto zobrazíme vývoj rodinného systému ve třech generacích. To, co bylo v mysli pečlivě od sebe oddělené, najednou máme před sebou zřetelně vedle sebe. Uvidíme, že i choroby, které jsme dosud považovali za zcela prosté psychosociálních kontextů, objevovaly se v rodině v obdobích zvýšených pohybů, úmrtí, svateb, rozvodů. Nejsou to jen běžné operace žlučníků, žaludeční vředy, bolesti hlavy, začátky astmatických

projevů, senné rýmy, alergií nejrůznějšího druhu obrny, bolesti zad a kloubů i se zcela serizoními objektivními nálezy. Jsou to překvapivě často i úrazy. Ani zhoubná onemocnění nevznikají bezesmyslu.

Časová osa a komplexní terapie

Nemoc z tohoto pohledu viděna, má patrně vždy psychosociální souvislosti. Platí to i o symptomech akutních chorob infekčního původu. Tento pohled je však důležitý především u chronických chorob. Tam je třeba hledat souvislosti, porozumět potřebám pacienta a nabídnout intervenci, která nepovede jen k další fixaci obtíží. Je důležité vždy uvažovat o celém rodinném systému. Léčbu stanovenou na základě takovéto úvahy můžeme považovat za komplexní v pravém slova smyslu, ať už použijeme medikament, proceduru, operaci, akupunkturu, ceremoniál, psychoterapii nebo rodinnou terapii. **Zasadíme je však do vhodného kontextu.** Respektujeme pak totiž v psychosomatice tolik proklamovanou bio-psycho-sociální jednotu člověka.[6]

Základem pro tento přístup však je uznání organismu jako sebeorganisujícího se systému [7]. **Je to totiž organismus sám, kdo je aktivním tvůrcem všech příznaků.** Náš respekt k němu umožní najít tu nejvhodnější cestu k tomu, aby příznaky netvořil, to jest, aby se vyléčil. Klíčovým je vztah snižující úzkost.[8] Tuto podmínku dobře splňuje i lékař nacházející oporu ve vlastní erudici a zkušenosti. V současnosti patrně ubývá jistoty v tradičním pojetí naší medicíny, proto jsou často vyhledávány jiné terapeutické systémy.

Jak to, že příznaky často vystihují dramatickou situaci pacienta, nebo ji dokonce řeší, i když on sám si ji vůbec nemusí být vědom? Odpověď je třeba hledat v jiném pojetí nemoci. Teprve z většího množství organismem vytvořených příznaků si suprasystém může vybrat ten nejvhodnější **příznak pro regulaci vyššího řádu**. V tomto okamžiku se mění akutní choroba v chronickou. Nejen organismus sám je aktivním tvůrcem příznaků, ale podle naší zkušenosti suprasystém v nestabilním stavu aktivně vyhledává příznaky, kterých by se mohl "zmocnit".[9]

V jedné rodině jsme mohli pozorovat tento nestabilní stav. Dcera odešla na vysokou školu. To rozkývalo dosavadní stabilitu rodinného systému. Když pak dceru porazilo auto, ačkoli se jí nic vážného nestalo, matka nutkavě pátrala po následcích poranění, neustále se dcery ptala na potíže a velmi ji tím znejisťovala. Tak byli schopni "objevit", vlastně zesílit, i ty nejslabší příznaky, které se ovšem více týkaly nejistoty a úzkosti, než neurologického postižení.

Když například záchvat kašle u dítěte tlumí agresi rodičů, z prostého akutního onemocnění se začíná stávat onemocnění chronické, které, jak ví každý klinik, má přes podobnost příznaků jiné vlastnosti. Onemocnění se vymkne logice akutního onemocnění, protože jeho logika leží v regulaci vyššího řádu. V běžné klinické praxi chybí povědomost o existenci suprasystému pacienta, proto si neumíme s chronickou chorobou poradit.

Přichází-li si taková zneklidněná rodina k lékaři pro potvrzení své obavy o některého svého člena (tedy ve fázi, kdy destabilisovaný suprasystém "pátrá po symptomu"), sehráváme často neblahou roli. Toto je moment, kde nejčastěji můžeme pacienta poškodit. Nejsme-li dost pozorní, nedodržíme-li všechny indikace i kontraindikace, a někdy i tehdy, se může stát, že pomůžeme nejistotu systému, která volá po nalezení vhodného symptomu, uspokojit tím, že potvrdíme symptom jako součást choroby. Nejde v žádném případě o vědomý proces jako je např. simulace.

Rozdíl mezi časovou osou a klasickou anamnesou

Lze namítnout, že práce s časovou osou je jen dobře odebraná anamnesa. Klasikové medicíny kladli na odběr anamnesy velký význam. Dodnes platí: "Poslouchej pacienta při anamnese, říká ti diagnosu." Tato klasická anamnesa však stojí na předpokladu **objektivity**, jako ostatně celá novověká věda. Práce s časovou osou stojí na post-moderních předpokladech: **svět pacienta je sebeutvářející se jedinečný svět**, ve kterém tzv. objektivita, nemá místa[10]. Vzniká a potvrzuje se vyprávěním, je tedy narativním světem[11]. Při práci nám nejde o to, zjistit jak to doopravdy bylo. My nejsme v pozici nezávislého pozorovatele, který je expertem, a proto ví, co je a co není možné. Jsme mnohem spíše stále udivenými posluchači, kteří mohou případně zpodobnit, jak je svět pacienta uspořádán. Na tomto podobenství pak je možno postavit ovlivnění, bude-li vůbec možné.

Naše práce s časovou osou se také liší od původních prací o životních událostech (Holmes a Rahe 1967). Jejich snaha o objektivizaci vlivu životních událostí na somatizaci byla lákavá, ale přinesla jen částečné pochopení.[12] My hledáme **dominantní příběh** pacienta (Epston a White, 1990), protože ten má na vývoj onemocnění zásadní vliv. Vede totiž k vytěsnění jiných alternativních hypotez, v kterých je často uložena pacientova naděje na úzdravu.

Na vývoj práce s časovou osou měly vliv jednak rodinná terapie a jednak akupunktura. Akupunkturní diagnosticko-terapeutický systém je velmi odlišný od naší medicíny. Velkou výhodou je, že umožňuje pochopit vývoj symptomů v celku. Poskytuje množství metafor pro spojení emocí a somatizací.

Teorie rodinné terapie je využita ve způsobu pohledu na nemoc všech členů rodiny, ve způsobu dotazování i **non-expertní pozici terapeuta**. Zkušenosti všech dosavadních vývojových stádií rodinné terapie byly využity, od strukturální, přes strategickou až po systemickou terapii. Dnes je stále častěji používána **externalizace**, jako významný nástroj rodinné terapie. Časová osa vyhovuje i tomuto novému způsobu uvažování. Podstatou externalizace je totiž vyprávění, příběh, ve kterém se symptomy vyskytují. Zpočátku jen nezávazně, stále častěji a stále více pak organismus ovládají. Terapeut při znalosti kontextu snadněji může podpořit nositele příznaku v tom, aby příznaky přemohl[13].

Non-expertní pozice terapeuta je zásadní proto, aby hypotézy, které jej nad časovou osou napadají, neměly ráz interpretace. Musí být nabídkou, nápadem, nikoli direktivou přicházející z vyšších sfér. Tak se během práce s časovou osou stává pacient sám expertem na svůj život, je vtahován do způsobu uvažování, které usnadní navození změny v jeho životě.

V Liberci 3. 3. 1995

MUDr. Vladislav Chvála
Gen. Svobody 35
Liberec 13

Liiteratura:

1. **Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.:** Psychosomatická medicína, Avicenum, Praha 1993.
2. **Nalint, M.:** Der Artz, sein Pacient und die Krankheit, Stuttgart, Klett-Cotta 1982.
3. **Balint, M., Balint, E.:** Psychoterapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart, Klett-Cota 1980.
4. **Jung, C. G.:** Analytická psychologie, její teorie a praxe, Academia, Praha 1993.
5. **Elchordus, M.:** Znovuobjevený chronos: nová úloha času v sociologické teorii, v: Metodologie výzkumu životních drah, Výzkumný ústav sociálneho rozvoja a práca, Bratislava 1989.
6. **Engel, G. L.:** A unified concept of ehalth and disease. Prospect Biol. Med., 3, 1960, s. 459-485.
7. **Maturana, H. R.:** Erkennen: Die organisation und Verkorperung von Wirklichkeit. Braunsweig - Wiesbaden: Vieweg (Wissenschaftstheorie, Wissenschaft und Philosphie, Bd. 19, autorizované německé vydání W. Kock, 1982).
8. **Mrázek, Z., Trapková, L.:** Terapeutický vztah, in: Skála a kol.: Psychoterapie v medicínské prax, Avicenum Praha 1990.
9. **Bertalanffy, L. von:** General systems theory. London, Lane Penquin Press 1971.
10. **Chvála, V.:** Radikální konstruktivizmus a praxe, Prakt. lék. č. 7, 1993.
11. **Bubenzer, D. L., West, J. D., Boughner, R. S.:** Michael White and the Narrative Perspective in Therapy, The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and Families, Vol. 2, No. 1 (1994), Alexandria USA.
12. **Holmes, T. H., Rahe, R. H.:** The social readjustement rating scale. J. psychosom. Rs. 11, 1967, s. 213-218.
13. **White, M., Epston, D.:** Narrative Means to Therapeutic Ends. New York: Norton, 1990.

Externalizace problému a internalizace osobního působení

Karl Tomm, M. D., profesor psychiatrie na Univerzitě v Clagary.

(Článek pro Kanadskou psychiatrickou asociaci, Halifax, září 1988, publikovaný v Journal of Strategic and Systemic Therapies, Vol. 8, No. 1, Spring 1989)

Přeložila PhDr. Markéta Rokytová

ÚVOD

Během několika posledních let znovuobjevil nadaný rodinný terapeut Michael White (1984, 1986, 1987, 1988) novátorskou psychoterapeutickou techniku, "externalizaci problému". Je ironií, že tato technika je zároveň jednoduchá i velmi složitá. Jednoduchá je tím, že v podstatě vyžaduje lingvistické oddělení problému se kterým pracujeme od osobní identitiy pacienta. Tato metoda otevírá "pojmový prostor" pro pacienty, kteří mohou použít efektivnější způsoby, jak se zbavit vlivu problému na své životy. Komplikovaná a těžká je na tom křehkost prostředků, jimiž toho může být dosaženo. White v nedávné době poukazoval na svoji práci jako na "terapii literární podstatou". Jinými slovy díky pečlivému používání jazyka se mobilizuje pacientovo úzdravné jednání. Pro terapeuta se technika stává zajímavou tím, že je použitelná u širokého okruhu problémů (včetně problémů tak závažných jako je schizofrenie, deprese, paranoia, násilí a nebezpečí sebevraždy).

White cituje dva hlavní zdroje inspirace pro svoji práci, oba z humanitních oborů. Prvním z nich je Gregory Bateson (1972, 1979), britský a zároveň americký antropolog a filosof, který aplikoval kybernetiku do sociálních věd a vypracoval nový pohled na mysl. Zásadním Batesovým přínosem je zdůraznění epistemologie "jak víme to, co víme", dále základních "rozdílů, které vytvářejí rozdíl" ("differences that make a difference") u živých systémů a konečně ekologických "vzorců, které spojují" ("pattern that connect"). Druhým zdrojem inspirace je Michel Foucault (1965, 1973), francouzský historik a filosof, který provedl socio-politickou analýzu potřebnosti moderní medicíny v západní kultuře. Foucault odhalil, že vědecké systémy jako je medicína mohou být mimořádně opresivní při transformování osoby do odlidštěných "subjektů" prostřednictvím vědecké klasifikace, řízené "pohledem" (gaze). Ve svém pokusu o porozumění a objasnění Whiteova příspěvku vycházím z práce Humberta Maturany (1972, 1987), chilského biologa a neurofilosofa, který vytvořil ucelenou teorii poznání. Maturana vysvětluje, jak myšlení vzniká v mezilidských interakcích a "jazykováním" ("languaging"). "Mysl není v mozku", leží v jazykové interakci mezi lidskými činiteli. Vědomí je tedy jev především sociální, nikoli biochemický, fyziologický či neurologický. Čas však bohužel nedovoluje bližší pohled na tyto teoretické příspěvky a jejich souvislosti s Whiteovou metodou.

Externalizace problému

Přibližně před 10 lety zjistil White jednoduchý, ale účinný fakt. Při hovoru s dětmi, které nebyly schopny udržet stolici si všiml klinického zlepšení, když byl schopen hovořit o problému jako o něčem nezávislém na dítěti. Vytvořil označení "Poťouchlý Pů", které odpovídajo enkopréze (1984) a personifikoval to jako cosi vně dítěte (1986). Například při rozhovoru s jedním dítětem ono "cosi" uvedl dotazem: "Jak říkáš té protivné věci, která tě vždycky dostane do obtíží? Pů?..." "Už se ti někdy stalo, že se po tobě Pů vyšplhal a zastihl tě nepřipraveného, řekněme tak, že se přikrčil ve tvých kalhotkách, když jsi byl úlně zaujat hrou?"

Když dítě souhlasí, pokračuje White ve vyptávání, jaký vliv má vetřelec "Poťouchlý Pů" na vytváření nepohody, neštěstí, frustrace, rodinných problémů atd. Ptá se i ostatních členů rodiny, jak ovlivňuje "Poťouchlý Pů" jejich život: "Když byl výš syn zaskočen Poťouchlým Pů a udělal tedy nepořádek, co jste podnikli?

Když Pů způsobí, že cítíte odpor a frustraci, co vás to nutí dělat?" Tak postupně všem členům rodiny dochází humorným způsobem, že jsou utlačováni společným nepřítelem, který není totožný s dítětem jako osobou.

Na první sadu otázek (o vlivu Poťouchlého Pů na rodinu) navazuje White dalšími dotazy o vlivu dítěte a rodiny na "Poťouchlého Pů". Např.: "Stalo se někdy, že jste nad Půem zvítězili a odkázali ho do patřičných mezí, místo aby on zvítězil nad vámi? Stalo se někdy, že Pů přiměl vašeho syna udělat nepořádek a vás naváděl, abyste na něj začali křičet, ale vám se to podařilo zvládnout a místo toho jste synovi nabídli podporu?" Dítě i rodina obvykle zpočátku vnímají takovéto otázky jako zvláštní. A ony zvláštními skutečně jsou, obzvlášť je-li někdo předem zabrán do úvah o obtížích spojených s problémem. Tato druhá sada "ovlivňujících otázek" přináší rodině možnost uvědomit si své vlastní prostředky k omezení "moci", kterou nad nimi problém má. Členové rodiny jsou vyzváni, aby si všimli, že už si osvojili určité efektivní kroky vedoucí ke zvládnutí problému. Tyto dotazy nejen vymezují kompetence rodiny, ale přispívají k další externalizaci problému.

Když je problémem místo dítěte jasně označen "Poťouchlý Pů", komplikace jako kritika, obviňování a vina jsou výrazně omezeny. Dítě má míň důvodů obviňovat sebe samo. Vždyť přece Poťouchlý Pů je viníkem, ne dítě. Rodiče mají méně důvodů kritizovat dítě nebo obviňovat sami sebe, a profesionálové mají méně důvodů obviňovat rodiče (např. za přílišnou přísnost či naopak za přílišnou protektivitu). A protože obviňování vede k obraně a pocit viny k potlačení podstaty problému, omezení jejich převahy je osvobozující. Otvírá se tím prostor k dalšímu úsilí o řešení problému. Protože je tu někdo, kdo všem způsobuje problémy, nejsou už členové rodiny více štváni proti sobě a pro dítě i pro rodiče je snazší "spojit síly v poražení Poťouchlého Pů". Výsledkem je rychlejší a hladší průběh terapeutického procesu.

Třebaže byla tato léčebná metoda nejprve zkoušena při práci s dětmi trpícími enkoprézou, její využití bylo rozšířeno na široký okruh problémů a úspěšně bylo aplikováno při práci jak s jednotlivými dospělými, tak s páry a rodinami (White, 1986). Např. ve svém článku o schizofrenii popisuje White (1987), že je schizofrenii možno externalizovat jako onemocnění, tedy externalizovat atributy stylu "života v koutě" (např. soubor negativních symptomů), které jsou schizofrenií podporovány, pak externalizovat specifické návyky, které podporují tento "životní styl" a konečně externalizovat patologické předpoklady z kterých tyto zvyky vznikají. Jinými slovy, proces externalizace problému je dynamický. Není to statické přeformulování problému, jde o kontinuální proces konstruování "nové reality" v probíhajícím terapeutickém zpracování problému, "odsekávání" ho z pacientova vnímání sebe jako osoby. Je to tedy soustav-

ná separace problematických vlastností, představ, domněnek, přesvědčení, zvyků, postojů a životního stylu z pacientovy dominantní identity.

Důvodem, proč je tento proces tak léčivý je skutečnost, že je účinným antidotem proti neúmyslnému, ale všudypřítomnému patologizujícímu procesu v lidské interakci, a sice negativnímu značkování. Např. během normálního rozhovoru o problému se členy rodiny, přáteli a příbuznými má problém tendenci propadnout do totožnosti nebo individuality pacienta. To vychází ze "všeobecného povědomí", že "člověk, který má problém je sám problémem". Lékařský model a DSM III toto přesvědčení také *podporuje: "Duševní porucha je v osobě." Odborná i laická konverzace, která je* založena na tomto předpokladu, je bezděčně patologizující, protože přispívá k vytvoření problematické osobnosti identity prostřednictvím "nálepky". Když je problém vtělen do osobní identity pacienta, je stále těžší mu uniknout. Je to zkrátka tím, že pro nikoho není snadné uniknout sám před sebou. "Jsem schizofrenik a to je důvod, proč dělám podivné věci." Externalizace problému je tedy užitečná terapeutická technika, která otevírá prostor k "nápravě" některých negativních důsledků sociálního značkování.

Internalizace vlastního vlivu

Je však možno dokázat mnohem více než jen odznačkovat. Když už je jednou celý problém i s jeho specifickými složkami externalizován, nabízí se pacientům, aby si všimli příležitosti, že mohou sami proti němu něco udělat. Jsou vyzváni, aby unikli značkování a nasměrovali život směrem, který si sami zvolí (White, 1987). "Pokud by *to bylo možné, chtěl byste omezit vliv schizofrenie na váš život? Uvědomujete si, jak* vás schizofrenie nutí, abyste unikal před lidmi a vyhýbal se jim?...Jak se vám povedlo vzepřít se tomu a přijít na dnešní setkání i přes to, co vám schizofrenie přikazuje? Co si představujete, že vám to může říkat o vašich schopnostech, kterých byste si jinak nevšiml? Kdy jindy se vám podařilo zůstat sám sebou a nedovolit schizofrenii, aby vámi postrkovala?...Jak jste připraven k dalšímu kroku proti zvyku držet se zpátky, který vás tak drží v kleštích? Dal byste přednost tomu být slabá osoba se silným zvykem nebo silná osoba se slabým zvykem?...Když podlehnete úsilí schizofrenie dostat vás do nesmyslné pozice, nutí to vaše rodiče k tomu, aby za vás dělali všechna rozhodnutí?" Toto jsou reflexivní otázky, které umožňují léčení self. Mohou nám pomoci k dosažení různých věcí v průběhu interview (Tomm, 1987). Především bych doporučil vaší pozornosti, že tyto otázky připouští možnost pacientova výběru a že pacient je aktivním činitelem usměrňujícím svůj vlastní život. Pokud explicitní nebo implicitní význam otázky odpovídá zkušenostem pacienta, je "brán k srdci" a je internalizován jako součást pacientovy rozvíjející se identity. Současně může být dosažen i pocit osobního působení a terapeutická konverzace se stane pro pacienta procesem osobního posílení.

Chtěl bych zdůraznit, že technika externalizace problému nezbavuje osobní zodpovědnosti. Zaměřuje se na ni a dále ji rozvíjí. Pacienti jsou vyzváni, aby poznali, že mohou volit mezi postupným podrobením se vlivu externalizovaného problému nebo odmítnutím podrobit se jeho diktátu. Když si tyto možnosti začínají jasněji uvědomovat a prožijí je jako ryzí možnost volby, téměř bez výjimky volí druhou možnost. Samozřejmě jsou ve svém protestu a vzpouře proti útlaku problému podpořeni. Je také důležité zdůraznit, že zodpovědnost pacienta za podrobení se je obvykle jen implicitní, spíše než explicitně vyjádřená. Minimalizuje se tím jakákoliv reaktivace obviňování a pocitů viny (spolu s jejich ochromujícími důsledky). Stejně tak není na pacienta vyvíjen tlak, aby přijal určitý způsob jednání. V terapeutickém rozhovoru jsou

zdůrazňovány a vyzdvihovány alternativy, které by pro něj mohly být použitelné. Je-li tomu tak, pacienti získají zkušenost s větším prostorem a svobodou zkusit další možnost vnímání, myšlení a jednání. Když pacienti nevstoupí do tohoto prostoru a neprozkoumají jej, dá se předpokládat, že jsou omezováni dalšími aspekty problému a bude tedy potřeba další, podrobnější externalizace. Např. mohou být pod vlivem přidruženého "strachu z dalšího selhání".

Další důležitou vlastností této metody je fakt, že problém je externalizován z osoby, ale není projikován do nikoho jiného. Osvobozující protest a vzdor tedy není směrován proti jiným osobám. Ostatní lidé z pacientova sociálního okolí jsou tak méně nuceni k sebeobraně a méně reagují obviňováním, přenálepkováním a re-patologizací pacienta.

Pro terapeuta je samozřejmě velice důležité, aby nezapomínal na problematické efekty velkých očekávání konstruktivní změny. To platí především u pacientů, kteří bojují s chronickými problémy. Samozřejmě je často nezbytné externalizovat "nerealistická očekávání" jako součást problému (někdy stejně tak pro terapeuta jako pro pacienta a rodinu!), abychom unikli patologizující zkušenosti se selháním, ztrátou odvahy a beznaději. Velmi malé kroky bývají nejrealističtější. Často je užitečné naznačit, že model "tři kroky dopředu a dva dozadu" je nejpravděpodobnější, obzvlášť je-li pacientova touha zbavit se chronického problému příliš silná. Každý, kdo se snažil změnit dobře vžitý osobní zvyk ví, že "staré zvyky umírají těžce". Nejdůležitější je především směr pacientova vývoje jako osoby, to znamená směr k většímu zdraví, nikoliv velikost či frekvence kroků.

Když jsou nakonec konstruktivní kroky provedeny, musejí být rozpoznány a musí na ně být odpovězeno, aby se staly částí léčivé identity. To je nezbytné, mají-li pozitivní změny vydržet. "Jak se vám povedlo dosáhnout konstruktivního výsledku?...Jak jste dokázal, že došlo k dalšímu kroku vpřed?" Nová konstruktivní chování jsou tak potvrzena, zhodnocena a je jim dán význam. Tím se zlepší jejich šnace na vtělení do nově se vynořujícího self. "Uvědomujete si, že když to uděláte, můžete se postavit na svoji stranu a proti problému?...Vidíte, jak důležitá byla vaše iniciativa?" Pokud to pacient nevidí, pak zkuste: "Pochopili jste z toho, že využitím takového jednání jste jednak ve svůj prospěch a dal starým zvykům za vyučenou tím, že jste se jim odmítli podřídit?" Procesu internalizace přispěje i přidání širšího časového rámce a kontrastních rozdílů, zdůrazňování rozdílu mezi dřívějším stavem a současným. "Jak to přispívá k novému směru ve vašem životě, k vašemu novému životnímu stylu?...Pokud budete i nadále pokračovat v tomto novém způsobu zacházení s problémem, jak se bude lišit vaše nová budoucnost od té minulé (ke které patřilo podlehnutí problému)?" Rozšíření hovoru o pacientovu sociální síť také napomáhá trvanlivosti změn. "Co by si myslela nebo cítila vaše rodina (či přátele), kdyby věděli o nových krocích, které jste udělal?...Jak jim dáte vědět, co se stalo?" Díky těmto otázkám jsou pacienti vyzváni, aby se stali pozorovateli sebe sama, aby přizvali další důležité lidi ze svého okolí k registrování konstruktivního jednání a aby poznali svůj vlastní přínos při vytváření léčebných změn pro svůj život.

Diskuse

Whiteův proces externalizace není zcela nový. V určitých ohledech zachycuje něco z prstaré náboženské moudrosti o posedlostech démony a vymítání zlých duchů. Tento proces je však demystifikován a zužitkován rigorózním a přesným způsobem. Podobně mnohé techniky internalizace osobní účasti jsou ve shodě s aspekty behaviorální terapie a s běžnou psychoterapeutickou praxí. Ale tím, že klade větší důraz

na přestavbu pacientovy totožnosti či individuality pomocí specifických otázek ukazuje větší propracovanost.

V současnosti svědčí o efektivnosti této nové metody především zkušenost a vyprávění. Nicméně v posledních letech měl Whiteův přístup velký dopad na strukturu klinické praxe v Austrálii a na Novém Zélandu. Nyní se zavádí i v Severní Americe a v Evropě, kde se mu již začali věnovat v několika centrech. V mé vlastní klinické praxi a v praxi mých kolegů z Programu rodinné terapie na univerzitě v Calgary bylo možno použít tuto metodu a pomoci tak překvapivě různorodé skupině pacientů. Empirické studie tohoto přístupu sotva začaly. Pokud se týká článků, jsem si vědom jen jedné předchozí studie: retrospektivní analýzy Whiteova použití jeho vlastní metody u 35 chronických psychiatrických pacientů, kteří byli opakovaně léčeni v Glenside Hospital v Adelaide. Toto nezávislé sledování prováděné Hafnerem, Mackenziem a Costainem (1988) ukázalo signifikantní redukci průměrného počtu dní v roce strávených v nemocnici u pacientů, kteří dodržovali Whiteovu terapii. Jde o snížení na 14 dní ve srovnání s 36 dny u kontrolní skupiny, které se dostalo běžného druhu psychiatrické péče.

Whiteova práce nabízí novou techniku užitečnou pro každodenní psychoterapeutickou praxi. Tato humánní a ohleduplná technika podle mého mínění patří mezi nejvíce vzrušující novinky vývoje v psychiatrii za poslední desetiletí. Ti z vás, kteří mají zájem seznámit se s ní blíže, mohou nalézt další informace ve Whiteových vlastních publikacích, které jsou uvedeny níže.

BIBLIOGRAFIE:

Bateson, G.: Steps to an Ecology of Mind, Ballantine Books, New York, 1972.

Bateson, G.: Mind and Nature: A Necessary Unity, Bantam Books, New York, 1979.

Foucault, M.: Madness and Civilization: A History of Insanity in the Agre of Reason, Random House, New York, 1965.

Foucault, M.: The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception. Tavistock, London, 1973.

Hafner, J., Mackenzie, L., and Costain, W.: "Family Therapy in a Psychiatric Hospital: A Controlled Evaluation" Unpoublished Manuscript, 1988.

Maturana, H., and Varela, F.: Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living, Reidel, Boston, 1972.

Maturana, H. and Varela, F.: *The Tree of Knowledge, Shaambhala, Boston, 1987.*

Tomm, K.: "Interventive Interviewing: Part II, Reflexive Questioning as a Means to Enable Self Healin", Family Process, 1987.

White, M.: "Pseudoencopresis: From Avalanche to Victory, From Vicious to Virtuous Cycles" Journal of Family System Medicien, 1984.

White, M.: "Negative Explanation, Restraint, and Double Description: A Template for Family Therapy" Family Process, 1986.

White, M.: "Family and Schizophrenia: Adressing the In-the-corner Lifestyle" Dulwich Centre Newsletter, 1987.

White, M.: "The Process of Questioning: A Therapy of Literary Merit?" Dulwich Centre Newsletter, 1988.

III. KAZUISTIKY

Adolescenti a jejich rodiny v pracovně rodinných terapuetů

Šárka Gjuričová, Jan Špitz, rodinné centrum DPK, FN Motol

(Upravené verse sdělení pro věd. program psychiat. společností 12/94

Období ve vývoji rodiny, kdy se dítě stává dospělým, bývá považováno za nejobtížnější část životního cyklu rodiny. V naší kultuře se rodiče a jejich potomci v této době navzájem nejvíce vzdalují ve svých představách o sobě, o životě a jeden o druhém.

Téma vypravěče či autora svého vlastního životního příběhu přináší do terapie Australan Michael White. Zatímco v příbězích dospělých vystupuje "já" jako vypravěč a zároveň i protagonista, ve věku adolescence žijí mladí lidé příběhy, kde jsou sice protagonisty, ale vypravěčem je někdo jiný. Jak připomínají Zimmerman a Dickersonová, terapeuti, kteří pracují v kontextu naratívní terapie, příběhy adolescentů jsou především příběhy, které pro ně vytvářejí jiní lidé, zejména rodiče a učitelé. Adolescent nebývá ještě autorem svého osobního příběhu, ačkoli se o to pochopitelně snaží. Rodičovské příběhy, vytvářejí kontext, v němž má adolescent, který se odchyluje od běžné normy, dojem, že se musí chovat právě tak, jak se chová.

Adolescenti žijí životy, jež nejsou ještě vytvořenými příběhy. To, co si přejí rodiče pro své dospívající děti, co očekává škola a to, co si přejí mladí lidé pro sebe, bývá v rodinách spojeno s napětím. Rodičovský příběh o dospívajícím je složitě utkán z jejich individuálních přání a očekávání o něm, programů adolescence, jak je určuje kulturní zvyklost i okolnostmi vlastního životního běhu. Například tam, kdy sami rodiče řeší osobní problematiku adolescentního rázu, zmítají se v nesnázích nových partnerstvích, snadno přeceňují potřebu i schopnost nezávislosti u dítěte. Kulturou proklamovaný a schvalovaný program adolescence - tj. osamostatňování - je pro rodiče omluvenkou k podcenění potřeby závislosti dospívajícího. Rodiče se pak předčasně uvolňují ze závazků vůči dítěti.

HANKA

Třináctiletá Hanka, žačka 7. třídy, je přivedena do rodinného centra otcem, elegantním mladistvým podnikatelem. Hančin věk školačky je v kontrastu s dojmem mladé ženy, Hanka vypadá o 3 - 4 roky starší, a to není jediný protiklad. Hanka má polovinu hlavy i tváře ukrytou pod hřívou vlasů, druhou má téměř vyholenou. Nabízí se zde metafora kontrastu zralé rafinovanosti a bezradnosti, ženy a děťátka-holátka bez vlásků.

Rodiče jsou již leta rozvedeni. Hanka žije s matkou, která si stěžuje, že Hanka zanedbává učení, chce chodit s partou starší mládeže do opuštěných baráků. Otec se zná s významnými lékaři nemocnice a Hanku přivádí proto, aby vyhověl matce. Sám důvod k tomuto kontaktu neshledává, domnívá se, že Hanka nebude se mnou hovořit. On sám má v poslední době na Hanku méně času, je zaneprázdněn podnikáním a založil novou rodinu. Otec soudí, že Hanka v jejím věku o setkávání s ním nestojí, je

už dospělá a má své přátele, potřebuje soukromí a volnost, matka vidí problém příliš dramaticky. Ostatně Hanka ráda vystupuje jako šestnáctiletá, nerada říká, kolik jí je roků a nechce, aby její věk vyslovili rodiče.

Hanka vstoupí do hovoru bez problémů, stěžuje si na situaci v rodině, kde žije s matkou, matčiným přítelem a jeho dcerou Ivetou v Hančině věku. Hance se zdá, že od ní chce matka mnohem víc práce doma nežli od Ivety. To pociťuje jako nespravedlnost. Hanka si myslí, že se máma bojí od Ivety něco chtít. Matka se prý obává konfliktů s partnerem, proto ustupuje ve všem nejen Ivetě, ale i příteli. "Mužskýho, před kterým bych se bála říct, co si myslím, bych nechtěla".

Hanka také kritizuje přítomného otce, jezdili spolu na hory a teď si na ni otec neudělá čas, co má dítě. Kritika otce překvapí, domníval se, že Hanka nestojí o kontakt s ním, když má svého kluka.

V závěru otec i dcera souhlasí se společným setkáním Hanky a obou rodičů u nás, Hanka pevně tiskne ruku, otec drží dceru kolem ramen.

Druhé setkání otvírá matka oznámením, že prý Hanka prohlásila, že sem už víckrát nepůjde. Uvažujeme, jak bychom se to dozvěděli, pokud by to matka nevyřídila a Hanka to nekomentuje. Matka pak hovoří o tom, že Hanka vždy byla samostatná, nyní, když je velká, přála by si, aby žily jako kamarádky. Umožnila Hance, aby ji její přítel navštěvoval doma v jejím pokoji, mohou tam nerušeně trávit čas. Matka se obává Hančiných návštěv opuštěných baráků, kam Hanka začala chodit. Hanka říká, že ji nebaví sedět pořád oma, kde nemá s kým mluvit. Matka vyjadřuje svou obavu o příznivý vývoj Hanky. Obviní otce z neangažovanosti, vyčítá mu, že si žije svým životem, rodiče se dostávají do rozporu a Hanka se stáhne. Závěrem matka opět připomene Hančin výrok, že už nepřijde, Hanka je vyzvána, aby si to řekla sama za sebe a to Hanka neřekne. Domlouváme termín příštího setkání. Následně telefonuje otec, ruší termín s tím, že se s matkou Hanky dohodli na tom, jak zajišťovat společně Hančinu přípravu do školy. Otec naznačuje, že Hančinu matku setkání u nás rozrušilo, má vlastní problémy a obávala se, aby o nich Hanka nehovořila.

Hanka je protagonistkou příběhu, jehož autorem je někdo jiný. Její dospělost, na níž ona sama tak urputně trvá, je dospělostí, kterou vskutku potřebují její rodiče. Starosti rodičů patří do adolescentního období a mohou tedy nabídnout své dceři jen málo podpory. Výzva k tomu, aby přišli všichni, kterých se problém týká, staví rodiče do krizové situace. Vyřešení této situace může být někdy vyřešením celého problému. Hančina matka je tou, kdo objednává skrze otce změnu u Hanky. Poté, co je vyzvána k účasti na této změně, vyslovuje sama - i když za Hanku - odmítnutí terapie, které sama Hanka před námi nevyslovila.

– – –

Následující kazuistika se týká známého jevu "proroctví, které se naplňuje, self-fulfilling prophecy". Pro rodiče v naší i mnoha dalších kulturách je očekávání, kým se jejich dospívající dítě stává, nutně stresující a to nejen vzhledem k vývoji jejich dítěte samého, ale i vzhledem k atribucím, daným pojmem adolescence. Očekávání je často formulováno negativně, jako obava "aby ne", např. aby nebyl nepoctivý a tak se objevuje téma adolescentova dialogu s rodiči, který může mít ovšem aktuální a často velmi riskantní charakter.

HONZA

Spolupráci s centrem vyhledala rodina se dvěma adolescenty, sedmnáctiletým Honzou a osmnáctiletou Evou. Tématem je neporozumění v rodině, rodiče si vyčítají, že dali dětem příliš volnosti. Sourozenci mluví málo. Honza komentuje svůj vztah s otcem, který se prohlašuje za zastánce přísné morálky. Morální bezúhonnost je nejdůležitější hodnotou, k níž směřuje otec své výchovné snažení. Při druhém setkání přicházejí rodiče bez dětí, dceru setkání rozrušilo, mívá totiž bolesti hlavy a břicha a potřebuje tedy ochranu. Teprve nyní se mluví o tom, že je syn od první třídy považován za méněcenné a morálně problematické dítě. V sedmi letech sebral v obchodním domě notýsek, musel jej vrátit a omluvit se, následně byl otcem přísně potrestán. Od malička si brali rodiče za úkol zvládnout Honzovu nespolehlivost a ukáznit jej. V současné době je Honza v učení. Problémem je to, že navštěvuje veřejné herny a rodiče musí platit velké částky, naposledy to bylo 12 tisíc. Honza si obvykle částku na hru půjčí, následuje pak období, kdy se skrývá před věřiteli, kterou matka vnímá s napětím, nakonec se Honza "přizná" k dluhu, slibuje nápravu a rodiče, někdy pouze matka, dluh zaplatí. Další kontakty s centrem udržuje zpočátku jen matka, později oba rodiče.

Ukazuje se, jaký problém to pro rodinu je. Chlapec v učilišti prospívá a nemá společenské problémy, prohrává však stále velké částky, rodiče tolerují odprodej cenných částí vybavení bytu. Situace vrcholí tím, že nechá matka chlapce sledovat soukromým detektivem. Chce zjistit, zda není zaplaten do trestné činnosti, podezřívá zapojení do mezinárodního gangu. Dovídá se, že je Honza osamělým hráčem a kontakty s vrstevníky má většinou prostřednictvím půjček, které na něm vymáhají, a je zklamaná. Matka vyslovuje přání, aby byl Honza duševně nemocný a mohl být hospitalizován nebo aby byl zatčen a obviněn. Zařizuje dokonce předvolání na policii, doufá, že to s chlapcem pohne. Konečně se problematizuje i dobré zapojení v učilišti a učební obor je přerušen. V té době se připojuje k terapii otec a rodiče v kontaktu s námi konfrontují své kroky a mění své postoje. Rodičovský příběh o Honzovi jako člověku vrozeně morálně nedostatečném, kterého musí rodiče napravovat, se proměňuje. V širším kontextu příběhu, k němuž patří rodinné moralizování, dostává Honzovo chování odlišný význam. Tak například otec se sebeironií, která u něj ukazuje na nové možnosti, vzpomíná na příhodu s knihou o podvodu s prodejem Karlštejna. Honzu četba mimořádně zaujala, byla to prý jediná kniha, kterou Honza doslova hltal. Otec ji kdysi Honzovi nabídl jako výstrahu před chybným morálním vývojem, a Honza zřejmě pracoval s textem jinak, nežli otec zamýšlel.

Po více než roce spolupráce se situace mění tak, že je chlapec zaměstnán, přestalo prohrávání větších částek, hledá si vztahy s vrstevníky. Doma se situace mění, rodičům se zdá, jakoby se celá rodina vrátila před období, kdy začalo hráčství. Otec vyslovuje obavu, aby dokázali změnit svůj přístup a aby se celá historie neopakovala. Závažné zdravotní problémy dcery zůstávají stranou, a rodina si s nimi nedělá staosti.

Příběh, který lze chápat i jako dialog s rodičovskými hodnotami má obsah hráčství. Tento problém, který se sice vzácně objevoval i dříve, nabývá nyní jiné podoby. Zároveň jde o téma kodependence rodičů. Z hlediska terapie je příkladem práce v rodinném systému za nepřítomnosti identifikovaného pacienta, což je možnost v literatuře systematické terapie často popisovaná praxe, kterou zde před časem popsal prim. Špitz při práci s adolescentní anorektičkou.

Rodiny, které k nám přicházejí se svou starostí, nám nabízejí více než vlastní porozumění zkušenosti svých individuálních členů. Osobní příběhy v minulém i budoucím čase mají zároveň rodinnou dimenzi a jsou i příběhy, které jsou utvářeny svou dobou

a kulturou. Zároveň ovšem i svou dobu a kulturu utváří. Rodičovská vyprávění o životě jejich dospívajícího dítěte není tedy jen popisem, je - takto utvářenou - interpretací, která má i schopnost utvářet jeho život. Adolescenci lze pak chápat jako období boje o získání autorství v dramatu svého života.

Věrné zrcadlo rodiny anebo co nám říká pes, když se při rodinné terapii dívá z okna?

PhDr. Zdeněk Rieger, PhDr. Hana Vyhnálková

Každá rodina je - mimo jiné - ekosystémem. Ekosystém, který vyrostl - třeba jako ostrov - v universu světa. Obyvateli takového ostrova jsou všichni živí tvorové (a někdy i tvorové již mrtví anebo existující v mysli živých tvorů např. ve formě legendy). Tito tvorové - od člověka až po nejmenší mikroorganismus - tvoří nesmírně bohatou flóru, zaplňující a navzájem sdílející svými akcemi lineárními, cirkulárními a kontextuálními bohatství transakčního prostředí rodiny. Můžeme říci, že všichni živí tvorové jsou přitom stejně významní. Že jeden bez druhého nemůže vytvářet jedinečnost pevniny Ora (Ostrova rodiny), vyjadřující nejen jeho historii (časovou osu), ale také např. charisma. A že soužití všech živých tvorů Ora vytváří i psychologickou dynamiku jeho zdraví (resp. nemoci). Transakční prostředí rodiny není zaplněno tedy jen jazykem, ale také akcemi na úrovni mikrobakteriální flóry a biochemie. Proto někdy cizí hosté na Oru - třeba mimomanželský partner - jsou "nakaženi" "domácími bakteriemi" Ora, domácím obyvatelům Ora nepůsobícími žádné potíže. A proto někteří živí tvorové svojí existencí mohou vážně ovlivnit zdraví rodiny. Známe i takové, kteří jsou pro některé rodiny přímo zakázáni - např. kožešinová zvířata v rodinách, v nichž některý z obyvatel má na kožešiny alergii. Kdo ví, čím to je. Naopak jsou ovšem zase někteří tvorové velmi žádoucí, spoluvytvářející imunitu a stabilitu Ora a specifický ráz jeho transakcí. Mezi ně patří také psi. Pojďme si na stručných příkladech zobrazit, jak právě psi dokáží vyjádřit, co se v rodině děje. Případně ovlivnit její chování. A jak je dobré zahrnout do spolupráce s rodinami všechny důležité živé tvory - a psy zvláště. My je ke spolupráci zveme již řadu let. Spolupracovali jsme nejen se psy, ale také s krysami, křečky, morčaty, andulkou, hadem, želvou a jakýmsi cizokrajným pavoukem. Rodiny, které nějakého takového "domácího malzíčka" mají, nejsou překvapeny, když je zveme ke spolupráci. U psů zvláště. Psy to ostatně také nepřekvapuje. Jen některé kolegy ještě stále ano...

Ale pojďme k našim stručným příběhům...

Příběh 1.: Velký afgánský chrt, která nalezl klíč k setkání

Přišel se 17letiletým synem, který měl za sebou vážný pokus o sebevraždu a právě dokončoval pobyt v Psychiatrické léčebně, a s matkou a otcem tohoto syna. Nejen on, ale všichni byli velicí, rodiče velice i podnikali. Na víc neměli čas. Terapeut jim nabídl, aby si sedli kam chtějí - a ukázal na židle, rozestavené do kroužku. Rodiče se posadili na židle vedle sebe, syn si po krátkém váhání nečekaně sedl na zem v rohu

velké konzultovny. Není to obvyklé. Mezi ním a rodiči byl velký prázdný prostor. Terapeut si sedl na židli - čelem k synovi i k rodičům, kteří se museli ohlížet. Když se všichni rozsadili, přesunul se chrt do 2. rohu konzultovny a plácnul s sebou o zem. Přitom se na nás pozorně díval, vzdálen ještě víc od nás, než syn. Terapeut po chvíli nevydržel a s dovolením syna se přesunul na zem vedle něho. A tak on, syn a o kus dál pes seděli vlastně s hlavami na úrovni nohou rodičů, kteří klidně pokračovali ve svých sděleních. Pes však po chvíli - když terapeut začal živě hovořit se synem a nevyhýbal se dotykům - vstal a rozhodně šel k terapeutovi a synovi. Otec se uchechtl: "Teď vás kousne, šaháte mu na pána", řekl terapeutovi. Pes ale obešel rodiče a pak s sebou plácnul na zem tak, že měl hlavu vstrčenou mezi terapeuta a chlapce, ohlížel se přitom na rodiče. Jako by terapeutovu a synovu pozici posiloval. Matka to ostatně nevydržela: "Když chceš," řekla a přisedla si na zem k synovi a psovi a terapeutovi. Chvíli po ní to udělal i otec. Pro jejich syna to byla významná zpráva, jak se pak v průběhu terapie ukázalo: stál rodičům za to, aby sestoupili ze svých míst a vstoupili do jeho "transakčního prostředí"...

Příběh 2.: Jako ve větru

17letý syn se bál větru, byl s tím opakovaně léčen. Rodina přicházela vždy usměvavá, vyjadřovala verbálně pohodu a jak si vzájemně rozumějí. Byla to rodina, vzniklá ze dvou rodin předcházejících: matka se dvěma syny (20 a 17 let) a otec s 15letým synem. Založili společně novou rodinu před půl rokem. Konzultace byly plné úsměvů, ale mnoho nám neřekly. Po 2 konzultacích jsme prosadili, aby přišli všichni i se psem. Byl to temperamentně působící jezevčík. Hned od počátku pobíhal a kousal do hraček, až je prokousnul. Nikdo ho neokřiknul. A tak se to opakovalo, až jej pak okřikli najednou tři: "Nech toho, pojď sem!" Pes začal všechny zmateně obcházet, hledal, ke komu jít, rád by splnil takový příkaz. Nakonec se usadil u nohy prvního terapeuta a pak druhého terapeuta - jejich role byla zjevná. Naše otázka "Čí je ten pes?" pak byla jen logická. Ukázalo se, že všech, že nemá svého pána. Pes nás tak uvedl na stopu: ukázalo se, že všichni členové rodiny byli k sobě tak ohleduplní a tak chtěli uchovat harmonii v nově vzniklé rodině, že si nejen netroufli se zamračit, ale neřešili ani otázku - kdo bude o čem rozhodovat. A tak nebylo jasné, kdo co určuje v rodině. A syn, který byl prostřední ze tří dětí - a také vždy sedával uprostřed rodiny - se cítil "jako ve větru". A měl z toho strach...

Příběh 3.: Dalmatin Andy ukazuje hranice-nehranice

Jsou mu 2 roky a je velmi přátelský. Je obyvatelem Ora, kde spolu s ním žije matka a 2 již dospělé, dosud svobodné, děti. Mají problém, protože děti matku nerespektují. Mají ji přitom rádi. V průběhu konzultace se Andy věnuje své zjevné favoritce: matce. Opakovaně jí klade hlavu do klína, pokládá si na ni packu, obejde ji a stoupne si a zezadu položí matce packy na ramena, oblizuje ji. Není ani jednou informován o tom, že to matce v daném kontextu vadí. Nám to sice matka naznačuje neverbálně, ale jemu neříká nic. Ostatně neříká mu to nikdo z rodiny. Terapeut se nakonec neudržel a se souhlasem matky si povolal Andyho k sobě. Potěšen zájmem - přišel. Terapeut mu jasně ukázal místo, kde má být. Zná se s dalmatinci a ví, který tón na ně platí. S ostatními členy rodiny pak pobaveně reflektuje udivený výraz Andyho. A to, že umí

respektovat hranice, když je jasně a srozumitelně informován. Díky tomu pak můžeme hovořit o rozhraní mezi ostatními v rodině...

Příběh 4.: Pudl Ben okupuje náruč

Přišla čtyřčlenná - pardon: pětičlenná - rodina s otázkou, co s údajně "agresivním" devítiletým Tomášem. Napadá své vrstevníky: skočí vždycky na ně a sráží je na zem. Otec s matkou si nevědí rady, protože rodiče Tomášem napadených dětí si stěžují - a na Evu je hodný, tak, jak si otec a matka přejí. Zdá se, že jediný, kdo není situací vyveden z míry, je střední pudl Ben. Radostně pobíhá kolem členů své rodiny, terapeutů si nevšímá. V průběhu konzultace s námi ale spolupracuje: ve chvílích, kdy téma rozhovoru zvážnělo a soustředilo se na Tomáše, začal dělat Ben různé skopičiny. Pudlíci jsou komedianty mezi psy. Díky tomu se pozornost od Tomáše převedla na Bena a závažnost chvíle odezněla. Tomáš se znovu nic nedozvěděl - a znovu nebyl závažný, důležitý. Vyvrcholilo to ve chvíli, kdy matka měla předvést, jak Tomáše oceňuje. Všichni stáli. Matka vykročila k Tomášovi, která napjatě čekal. V tu chvíli milý Ben vyskočil a začal se naléhavě sápat po matce. Měli to asi oba už dobře zažité: stačilo jen otevřít náruč a Ben si v ní hověl jako v peřince. Matka tedy chová psa, jemuž nedokázala říci "ne" - a nemá čím by mohla Tomáše pohladit. Jenom stojí, drbe Bena za uchem a kouká na syna. Scéna, která nás přimrazila. Já být Tomášem, napadlo terapeuta, skočil bych na Bena a srazil ho z náručí na zem... Jenomže Ben je miláček. A Tomáš moc chce, aby ho máma měla ráda.

Příběh 5.: Zásah v pravou chvíli

Černá francouzská buldočka, již starší dáma, žije v rodině tří dcer, mámy a táty. V rodině, kde je všechno ženské a kdy byl táta málem vystrnaděn. A tak teď bojují: táta o to, aby byl akceptován (a to za každou cenu) a máma a tři dcery za jejími zády o to, aby vypadl. Jejich buldočka chodí s nimi - je to další ženská, ale ví, že jejím pánem je otec. On se o ni stará - a on ji přivezl před léty, aby - za každou to cenu - potěšil matku, stěžující si, že kvůli němu odešli z venkova do Prahy a opustili tak přírodu, zvířátka atd. atd. Buldočka však, když jsou v boji všichni, tedy i dcery, se stahuje a leží opodál, jakoby se nic nedělo. Až když se dcery vzdálily, přichází její chvíle. Teď jsou přítomni jen oba manželé oba vrství konflikt až nadoraz - a ve chvíli, kdy se zdá, že dál už jít nemohou, kdy - sedíce proti sobě - je vzduch těhotný posledním zaječením, připlazila se buldočka do předstředí mezi nimi a natáhla se tak, že zadní nohou se dotýkala nohy své paní a přední nohy vzpínala k nohám svého pána. Byla napjatá na co nejdelší délku. A paní a pán se spontánně k ní sehnuli a společně ji pohladili. A všichni jsme se usmáli.

Příběh šestý: Asta, držená hlazením

Přišla kvůli 16letému Honzovi a jeho rodičům. Mají ten problém, že Honza chodí za školu, i když moc dobře ví, že se na ni dostal jen zásluhou rodičů, že bere doma rodičům tak cenné věci a zubům a nohám se bez matčina důsledného připomínání vůbec nevěnuje. Mají toho více, co Honza nedělá správně jak má. Asta je velký knírač, pohledná mladá slečna. Zpočátku je otcem (také velkým, všichni jsou tady velice velcí) držena velmi pevně na vodítku: kňučela, chtěla si prohlédnout konzultovnu. Aby

nekňučela přitáhla si ji matka k sobě: a pevně ji držela hladící rukou. Asta nemá úniku: je držena buď na vodítku nebo hlazením. Ptáme se, co by se stalo, kdyby ji pustili: šla by k Honzovi, neboť si ji přál a oni mu ji koupili, aby byl řádný atd. atd. Prosíme, ať ji pustí: Honzy si ani nevšimne a jde k terapeutovi, který prosbu vyslovil, skáče na něho, klade hlavu i na jeho kolegyni a nakonec si lehá vedle terapeuta a do jeho volně svěšené ruky strká svou packu. Jakoby ho držela za ruku. A tak je to pak po celou konzultaci: když terapeut gestikuluje, pustí packu, ona mu ji však poté do volné ruky strčí znovu. Na závěr probíráme průběh konzultace. Terapeuti sdělují, co jim Asta svým jednáním řekla. Připomněli "držení buď vodítkem nebo hlazením". Nedělají něco podobného s Honzou: Asta v té chvíli začala zase kňučet. Když terapeuti pak líčili, jak k nim Asta přišla, jak strčila terapeutovi packu do ruky a jak si ověřila, že i přesto na ní nebude nic chtít, posadila se, hřbetem se vtiskla k terapeutovi a vážně se zadívala na členy své rodiny. Terapeut pak už nevěděl, co ještě říkat, Asta vstala a šla ke dveřím. Jakoby věděla, že není nutné cokoliv dodávat.

Příběh 7.: Třeba je doma za oknem, aneb dlouhosrstý jezevčík v rodině, kde se nikdo s nikým neshodne a kde nikdo neví, co je doopravdy

Konzultace začala překvapivě: již v čekárně nás matka starostlivě prosí o to, aby byla pro jejich psa připravena miska s vodou. Má ji tedy připravenou. Rodina si sedá, matka jezevčíka drží na vodítku. Jezevčík však chce k misce s vodou: vodítko mu v tom brání, táhne jak může, kňučí, vyzývavě obrací pohledy na matku. Ale neúspěšně: možná si ho matka nevšímá ptoto, že se rodina hned od počátku dostala do konflitku, v němž otec káže, co je a co není správné a dospívající synové to zprudka odmítají - a přitom to vlastně ani neslyší, protože to slyšeli mnohokrát a mnohokrát si vyzkoušeli, že to, co jednou platí, podruhé platit vůbec nemusí. Pro ně miska s vodou žádána nebude: jejich hlasům a potřebám také není naslouchánо. Ale taktizovat jako jejich jezevčík, neumí: ten totiž právě změnil taktiku - hraje si s vodítkem a předvádí, jak je tady společně s námi a jak je vodítko zábavné. Matka mu to však zakazuje. Boj v rodině pokračuje, dokonce i trpělivost ztrácející terapeut začíná kázat, jen terapeutka jemně uhlazuje hrany. Jezevčík zalézá pod matčinu židli. Matka po chvíli zpozorní: pes se jí zdá asi podezřele klidný. A hle: zatímco se mu nevěnovala, překousal málem vodítko. Matka ho čapla za obojek a ptá se, může-li ho tedy pustit. "Ano, vždyť tady přece má tu misku s vodou". Jezevčík tak dosáhl svého. Je puštěn a hned vyrazil k vodě a napil se. Pak si očuchal matku a syny a skočil na klín tomu synovi, který právě konstruktivně cosi navrhoval. Ten ho však shodil, aby mu neumazal hálhoty-džíny. Tak skočil na klín druhému nejhodnějšímu přítomnému: terapeutce. Nikdo si toho nevšímá, asi vědí, že jí sukni neumaže. Anebo jsou tak zaujati pokračujícím bojem. Pes poctil svojí pozorností tedy syny a matku s terapeutkou - jen otci a terapeutovi se obloukem vyhnul: asi se mu nelíbilo, jak kázali. Asi ví, že existují také cesty od kázání k zakázání. Ví to i přesto, že je mu teprve 1 rok - terapeut tím byl překvapen, hádal mu podle chování více. Jezevčík na klíně terapeutky dlouho nevydržel - šel si ještě prohlédnout teritorium konzultovny. A pak konečně našel to pravé místo: vyskočil na židli u okna, postavil se a opřený packami o rám skla, se začal díval ven, ven, ven, zády k nám všem a ke všemu. Tohle ještě žádný z hostitelských psů, řešících se svojí rodinou nějaké otázky, neudělal. Díval se za hranice transakčního prostředí své rodiny. Jak by jeho rodina nebyla tady, ale tam za oknem. A byl už klidný, už si nic nevymýšlel. Ústy terapeutů nabídl jednu z alternativ: "Když mu pustíte, uklidním se. A nebudu se zlobit kvůli zákazům dávno před tím, než by mohly být vysloveny..."

Ale pozor, to ještě není konec. Když odcházela rodina s jezevčíkem z konzultovny, setkala se v čekárně s rodinou dalmatince Andyho. Andy byl volný, jezevčík znovu na vodítku. Andy sebejistý, jezevčík ve střehu. Jezevčík začal zuřivě štěkat a nechtěl pustit Andyho dál. Paní Andyho vzala za obojek a obloukem se s paní jezevčíka a s jezevčíkem obešli, aby mohli jít dál. Přesně takový oblouk udělali i ostatní členové rodin - i když už psi byli vzdáleni. Jak by to bylo - nebýt psů? Andy nepotřeboval vodítko, neboť miloval svou paní tak, že se od ní nemohl odtrhnout. Jezevčík byl držen vodítkem, protože se o něho paní bála. Jedno pouto bylo viditelné, druhé skryté. I tohlo nám dokázali naši hostitelé - psi sdělit...

Referát na vědecké schůzi sekce rodinné terapie 30. 5. 1995 v Praze.

IV. GLOSY

Dánský terapeut Torben Marner byl opět mezi námi

V roce 1991 se Petr Boš s Torbenem Marnerem dohodli na kongresu Duševní zdraví v evropských rodinách, že k nám přijede jako host Institutu rodinné terapie a systemických studií hned na podzim 1991 na týdenní kurs pro frekventanty Institutu. Myslím, že se chtěl tehdy Torben vrátit hlavně kvůli Praze, která jej silně oslovila, ale stalo se víc věcí najednou. Návštěva neznamenala jen začátek spolupráce s Institutem, byla také počátkem přátelských osobních kontaktů, a také prvního uvedení externalizace. O tom, že externalizace se "chytla" svědčí například první číslo Kontextu v tomto roce.

V roce 1995 uspořádal Torben jednodenní workshop pro loňské účastníky, plánovaný jako supervizní. Byla nás 30. září malá skupinka, takže měl každý si mohl vyslovit své otázky; Torben říkává, že má raději komorní hudbu než symfonický orchestr a tak se pracovalo opravdu dobře. V pondělí a v úterý jsme pak přivítali Torbena v rodinném centru v Motole, kde živě pracoval s několika rodinami, které k nám chodí a každý člen týmu centra i lůžkové části DPK měl možnost konzultovat o vlastních obtížných případech. Ve středu 4. 10. měl Torben naplánovanou konzultaci u Lídy Trapkové a pak workshop a konzultace u Vládi Chvály v Liberci.

Když jsem se před rozloučením ptala Torbena, jestli by měl chuť udělat příště workshop také pro nové zájemce, řekl že rád. Tak jsme si řekli, že dobrým termínem by bylo jaro 97, kdy se bude otvírat Obecní dům a to je Torbenovo nejmilejší místo Prahy.

Šárka Gjuričová

V. NOVÉ KNIHY

Sigurd Reimers a Andy Treacher
Intruducing User - Friendly Family Therapy, Routlege, London and New York, 1995

Uvažovat o tom, jaká je osobní zkušenost uživatelů (pacientů, klientů či zákazníků) není samozřejmostí praxe rodinné terapie. Název, který lze poměrně doslovně, i když neelegantně, převést jako "Úvod do rodinné terapie, přátelské k uživatelům", to ostatně napovídá. Zájem o zkušenost pacientů je poměrně nového data; západní veřejnost si pamatuje dosud živě hlasy těch, kteří zažili (říkává se "přežili") psychiatrickou léčbu, hlasy, které zejména v 80. letech přinášely mnohdy šokující kritiku a staly se podnětem pro změny v léčebných přístupech. Autoři jsou přesvědčeni, že také rodinná terapie byla převážně řízena názory těch, kdo ji poskytují, a nikoli zkušeností klientických rodin.

Výzkumný projekt autorů - oba jsou praktikující rodinní terapeuti - přináší řadu zajímavých údajů (prospělo by přehledné shrnutí), pro čtenáře je užitečný zejména praktický návod, jak při zavádění takové přátelské terapie postupovat.

Šárka Gjuričová

VI. INFORMACE

INSTITUT PRO SYSTEMICKOU ZKUŠENOST PRAHA
ve spolupráci s mezinárodním týmem lektorů
presentuje
různé současné koncepty

Krátké a systemické terapie

1. – 2. září 1996
Steve de Shazer - Kurt Ludewig
společný workshop
(světová premiéra)

3. září 1996
Immelda McCarthy - Ernst Salamon
společný workshop

Anglicky s tlumočením.
Cena za oba workshopy 2100 Kč (platby do 30. 6. 1996).
Oba wokshopy jsou volně zarámovány jako "o" setkání budoucího dvouletého mezinárodního výcviku pro kolegy z býv. východních zemí (1997/1998).

Mezinárodní tým lektorů
bude přítomen v Praze již 1. - 3. 9.1996.
(A. Aambo / Norsko, I. K. Berg, S. de Shazer / USA, A. Claesson, E. Salamon / Švédsko, I. McCarthy / Irsko, K. Ludewig, M. Vogt.Hillmann / Německo)

Informace a přihlášky: ISZ, Farského 8, 170 00 Praha 7
Tel.: 46 00 42, Fax: 2422 4045, Bankovní spojení: UNB, a.s.
P.O. Box 785, Lazarská 5, 111 21 Praha 1, č. ú.: 5103113 / 6400

VII. MÍSTO ZÁVĚRU

Pozvánky nakonec:

Sekce rodinné terapie Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii Vás zve na pravidelnou schůzi, která se koná v úterý 28. května 1996 v 17 hodin v Lékařském domě na Praze 2, Sokolská č 31- u stanice metra I.P. Pavlova. Program je věnován **"KVĚTNOVÝM KAZUISTIKÁM"** . Koordinuje PhDr. Miroslav Vyhnálek.
Další schůze sekce rodinné terapie jsou plánovány na 24. září a 26. listopadu 1996 v 17 hodin v Lékařském domě.

Psychologické dny 1996 proběhnou ve dnech 21. až 22. června 1996 na fakultě těl. výchovy a sportu UK, Martího 31, Praha 6 pod názvem **Diferenciace a integrace v psychologii (Rozumíme si ještě ?)** Přihlášky: ČMPS, Kladenská 48, 160 00 Praha 6, tel.: 02/ 3163185.

Konference **"Sexuální zneužívání a sexuální násilí"** se bude konat 5.- 7.9. 1996 v Praze. Zájemci se mohou hlásit na adrese: PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav, Karlovo nám. 32, 110 00 Praha 1, tel. 02/24904568.

PANGEA, Nadace J.A. Komenského pořádá 1.- 3.10.1996 v hotelu Hilton-Atrium v Praze 1 obecnou poradu na téma: **O komunikaci mezi lidmi, státy a národy.** Hlavní diskusní témata jsou definována jako A. Technologie, B. Prostředí, C. Lidé. Jednacím jazykem je čeština a angličtina. Kontaktní adresa: GARANT s.r.o., Opletalova, 15 110 00 Praha 1, tel.: 02/24210650, 24210735.

1st Congress of the World Council for Psychotherapy je pořádán ve dnech 1.-5.7. 1996 ve Vídni. Kontaktní adresa: ICOS Congress Organisation Service, GmbH, Chleifmühl-gasse 1/14, A-1040, Wien, Osteraich. Tel. 00431 5876044, fax 00431 5876059.