

Anima-terapie

DUŠE RODINY



DUŠE RODINY

INTEGRATIVNÍ RODINNÁ TERAPIE V APOLINÁŘI

Pavel Bém, Jan Hovorka a kol.

Praha 2023



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Tato odborná publikace vznikla v rámci a jako výstup projektu „Integrativní rodinná terapie – odborná publikace“, reg. č. CZ.03.2.X/0.0/0.0/20_139/0017180, který byl podpořen z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost, programové období 2014–2020.

Odborné konzultace:

Lucie Lucká, Lea Brodová, Alena Vávrová, Ester Danelová,
Michael Chytrý, Ivan Úlehla, Ivan Verný

Editor © Pavel Bém, 2023

Authors © Pavel Bém, Jan Hovorka, Markéta Chlupová, Filip Kadlec, Jiří Kokrda,
Eva Libánská, Zdeněk Macek, Jasenka Medenčevič, Šárka Palečková,
Jitka Počarovská, Kristýna Šonková, Jarmila Tolimatová, Jitka Vodňanská,
Richard Zajíc, Parisa Zargari, 2023

Epilogue © Ivan Verný, 2023

Photos © Tomáš Vodňanský, Jitka Vodňanská a archiv Jitky Vodňanské, 2023

Cover photo © Jiří Kokrda, „Rodinné sochání v akci“, 2023

Cover © Lukáš Příbaň, 2023

© Anima-terapie, 2023

ISBN 978-80-7476-303-8

Obsah

1. Úvod (<i>J. Vodňanská</i>)	9
2. Historie rodinné terapie v Apolináři (<i>P. Bém, J. Vodňanská</i>)	13
Apolinářský „Genius loci“	13
Jaroslav Skála, Petr Boš a Jitka Vodňanská u zrodu rodinné terapie v Apolináři	15
Jaroslav Skála a Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii	15
Jitka Vodňanská	18
„Dlouhé prsty“ Virginie Satirové	23
Petr Boš	26
„Bošská“ rodinná terapie	28
3. Zdroje Apolinářského modelu (<i>P. Bém, J. Hovorka, E. Libánská, Z. Macek, Š. Palečková, J. Tolimatová</i>)	31
Systémové přístupy a Gregory Bateson	35
Model růstu: Virginie Satirová	38
Strukturální rodinná terapie: Salvador Minuchin	47
Strategická rodinná terapie: Jay Haley a M. H. Erickson	58
Systemické přístupy	74
Konstruktivismus na tři doby: ohlédnutí v čase	74
Systemický Hamburg: Kurt Ludewig	78
Na „řešení orientovaná“ terapie: Steve de Shazer	80
Narativní přístup: Michael White	81
Postmoderní konverzační a kolaborativní přístupy	85
Spolupracující přístup: Harlene Anderson v kontextu nařízené terapie	86
Otevřený dialog: Jaakko Seikkula	102

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie	105
<i>(P. Bém, J. Hovorka, J. Kokrda, M. Chlupová, Š. Palečková, J. Vodňanská)</i>	
„Nová“ historie rodinné terapie v Apolináři a inspirační zdroje <i>(P. Bém, J. Hovorka)</i>	107
Výukou k jednoduchosti: „Méně je více“ <i>(J. Hovorka)</i>	112
Čtyři pilíře pro práci s rodinou (stavba „Chrámu“) <i>(J. Hovorka)</i>	114
Ko-terapie a „Mnohohlas“: Střecha Chrámu <i>(M. Chlupová, Š. Palečková)</i>	127
Ekosystémová terapie: Výjezdy rodinné terapie (apolinářský „klenot“) <i>(P. Bém)</i>	137
5. Rodinné příběhy	147
Duše rodiny: Transpersonální rodinná terapie traumatu <i>(P. Bém, J. Vodňanská)</i>	149
ZaPláTání: „Patchworkové“ rodiny a psychosomatika <i>(J. Tolimatová, R. Zajíc)</i>	181
Nekonečná terapie: Jak dlouhá má být krátká terapie? <i>(Š. Palečková, J. Hovorka)</i>	194
Terapie, kterou nikdo nechce: Spolupráce s OSPOD <i>(E. Libánská, J. Hovorka)</i>	213
Transgender fenomén v rodinné terapii: „Vždyť jsem si hrál s autama“ <i>(J. Počarovská, Z. Macek)</i>	229
Děti v osidlech terapie: Rodina, co neví, že je v rodinné terapii <i>(F. Kadlec, K. Šonková, P. Zargari)</i>	249
6. Specifické oblasti péče	267
Rodinná terapie a závislosti <i>(P. Bém, J. Tolimatová)</i>	269
Nerodinné systémy: Skupinová terapeutická práce s dětmi, dospívajícími a mladými dospělými <i>(F. Kadlec, K. Šonková, P. Zargari)</i>	288
7. Slovo závěrem <i>(P. Bém, J. Hovorka)</i>	303
8. Epilog <i>(I. Verný)</i>	313
Literatura	317

1. Úvod

Jitka Vodňanská

Duše rodiny. Duše Apolináře. A také trochu moje duše. Připadá mi to jako v dávnověku. Píší se sedmdesátá léta minulého století a v Čechách panuje těžké období hluboké normalizace. Pracuji a vlastně i spíše „žiji“ v jednom tichém, tajemném zákoutí Prahy. Apolinářská ulice se svojí „jedovou chýší“¹ a kostelem sv. Apolináře, ubytovnou bývalých jeptišek a později protialkoholním oddělení, do toho porodnice, blázinec, venerologie a Kozí stezkou dolů na Albertov rovnou na patologii. Dokonalý genius loci. Nahuštěný život. Inspirace zrození a smrti.

Samotné protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky bylo světem samo pro sebe. Svěží, inspirující, provokující a disciplinované. Padesát mužů, pro které se alkohol stále pánem i bezmocí, sestry – bývalé jeptišky, Týnka Maťová, životní partnerka Skály a pak, neuvěřitelná a neopakovatelná osobnost Jaroslava Skály. Někdejší atmosféra se vlastně nedá popsat slovy. Originální, tvořivá, nabitá silou a energií a přitom tak milosrdná, empatická a pečující.

Skála byl geniální ve všem, do čeho se pustil. Byl plně oddaný tomu, pro co se rozhodl. O své pacienty měl totální zájem. Viděl je v celé jejich komplexnosti, počínaje tělem, myslí přes zdroje až po jejich rodinné zázemí. Nic nemůže vzniknout samo od sebe, o vše je třeba se postarat. A vytrvat, ať se ti to líbí nebo ne. To byla Skálova životní filozofie, nejenom jako lékaře, ale také sportovce-atleta. Je třeba se starat o tělo, děti, rodinu a také duši.

Rozhodli jsme se napsat knihu o rodinné terapii v Apolináři a tak se ve vzpomínkách vrátím rovnou do času jejího zrození. Píše se rok 1971 a jsem mezi prvními adepty rodinné terapie na dobronické louce. Terapeuty jsou rozvedený docent Skála, svobodná sestra Maťová, svobodná Jitka Schánilcová (později Vodňanská, tedy já) a „Sally“, svobodná novinářka z Mladého světa Jiřina Hanušová. Mám trochu (hodně) trému. Nikdo z nás nemá o rodinné terapii ani potuchy, ale všichni máme chuť a nadšení... A to věděli dobře i naši pacienti se svými rodinami.

1 Laštovka, M., Laštovková, B.: *Pražský uličník. Encyklopedie názvů pražských veřejných prostranství*. Praha: Academia, 2022.

DUŠE RODINY

Skutečný odborník na rodinnou terapii se objevil až v roce 1972 na prvním počátku dalšího jedinečného „zrození“ – sebezkušenostního výcviku SUR ve skupinové psychoterapii, který založil Jaroslav Skála s Eduardem Urbanem a Jaromírem Rubešem. „Ego“ se svým kontrolujícím „superegem“ a neoddělitelným, hravým „id“.² Výcvik tehdy vedl shodou okolností právě Jaroslav Skála, a já byla jeho frekventantkou. Rodinní terapeuti tam tehdy byly hned dva: Petr Boš a Honza Špitz. A nejspíše není náhodou, že právě oni dva se stali zakladateli moderní rodinné terapie v Čechách.

Petr Boš začal s rodinnou terapií v dětské psychiatrické léčebně v Dubí u Teplic. V nadšení, odvaze a odbornosti si byli se Skálou podobní. Podobně jako Skála organizoval výcviky (v rodinné terapii), založil odborný časopis, podílel se na prvním kongresu rodinné terapie v Praze a pozval do Prahy „hvězdy“ rodinné terapie tehdejšího rodinno-terapeutického nebe, mezi nimi i Virginii Satirovou. Ta se stala pro mnohé české a slovenské terapeuty totálním zjevením, a také obrovskou inspirací. Později se Petr Boš přestěhoval do Prahy a stal se v našem apolinářském týmu rodinných terapeutů kolegou, skvělým mentorem a také supervizorem. Když budeme trochu „drze“ počítat první setkání rádooby rodinných terapeutů na dobronické louce, má tradice rodinné terapie v Apolinárii právě 53 let.

Jitka Vodňanská, Malajsie, 19. 1. 2023



-
- 2 Pochopitelně se jedná a nadsázku, ale velmi působivou. SUR je zkratkou počátečních písmen jmen zakladatelů: Skály, Urbana a Rubeše. Z psychoanalytického „nadhledu“ byl za „ego“ této jedinečné trojice považován právě Jaroslav Skála, za „superego“ Eduard Urban a za „id“ Jaromír Rubeš.

2. Historie rodinné terapie v Apolináři

Historie rodinné terapie v Apolináři

Pavel Bém, Jitka Vodňanská

O historii apolinářského Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii v „Jungmannově domě“ není možné hovořit bez souvislosti se čtyřmi pojmy. Tím prvním je „Apolinář“ jako místo, kontext, duch či „genius loci“, těmi dalšími pak osobnosti Jaroslava Skály, Jitky Vodňanské a Petra Boše.

Apolinářský „Genius loci“

Budova současného Apolináře má bohatou historii¹, která sahá až do „zlatých časů“ historie českého národa. Původně kapitulní budova, sousedící s kostelem sv. Apolináře, byla založena, stejně jako chrám, Karlem IV. v roce 1363. Sloužila jako sídlo kanovníků a později exerciční dům. Apolinář byl křesťanským světcem. V roce 490 se stal prvním biskupem v Classe u Ravenny. Vynikal laskavostí a zásadovostí, zakládal si na čestném a spravedlivém jednání. Apolinář nejenom horlivě hlásal Boží pravdu, ale podle evangelia také žil a skrze modlitbu ve spojení s Kristem uzdravoval věřícím nejenom duši, ale také tělo. Ve službě Kristu nedbal výhrůžek ani utrpení. Opakovaně byl zajat, bičován a mučen. Byl donucen bosýma nohama šlapat po žhavém uhlí, ale to mu neublížilo. Byl vyhnán z města a odvezen lodí do vyhnanství. Loď ztroskotala, ale Apolinář přežil a dostal se do maloasijské Mysie. Nakonec se mu podařilo po dlouhé pouti vrátit zpět do Ravenny, ale jeho mučednický osud nebyl u konce. Biřící byl ubit k smrti. Papež Řehoř I. prohlásil Apolináře v roce 595 n. l. za svatého. Nejspíše není náhodou, že svatý Apolinář je patronem (injekčních) jehel (cechovní patron „jehlářů“) a také patronem proti nemocem pohlavních orgánů či epilepsii. A stejně tak nebude náhodou, že v areálu kapitulní budovy dnes nesídlí pouze Klinika adiktologie, či historicky Středisko drogových závislostí, ale také venerologické lékařské specializace.

1 Miovský, M., Šejvl, J., Popov, P.: *Klinika adiktologie "U Apolináře" v perspektivě 70letého vývoje*. Praha: Albert, 2018.



„Jungmanník“ – sídlo Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii ANIMA v Apolinářské ulici.

V roce 1789 byla do kapitulní budovy umístěna porodnice, která sloužila až do roku 1875, kdy zahájila činnost Hlávkova Zemská porodnice o několik set metrů výše. Současně s porodnicí byl do budovy umístěn i nalezinec, který byl posléze přemístěn na Karlov. Významnou postavou v této době byl porodník prof. Antonín Jungmann, bratr „slavnějšího“ Josefa – básníka, lingvisty a vůdčí osobnosti českého národního obrození, který v přilehlém objektu (dnešního Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii) vyučoval porodnictví. Vyučoval jak budoucí lékaře, tak porodní báby, pro které napsal učebnici „Úvod k bábení“. Antonín Jungmann patří mezi zakladatele moderního evropského porodnictví. Dodnes nese budova jeho jméno, říkáme jí „Jungmannův dům“ či zkráceně „Jungmanník“.

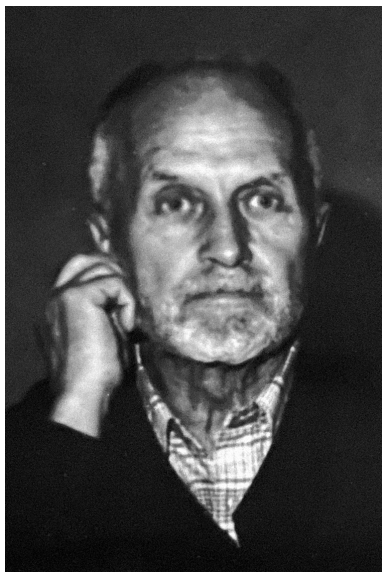
Jaroslav Skála, Petr Boš a Jitka Vodňanská u zrodu rodinné terapie v Apolináři

J. Skála, J. Vodňanská a P. Boš stáli u kolébky rodinné terapie v Apolináři. Někoho možná překvapí, že mezi sebou měli blízké, v pravém slova smyslu „rodinné vztahy“. Jaroslav Skála byl v SURu (v sebezkušenostním výcviku v psychoterapii, viz dále) výcvikovým „otcem“ Petra Boše a Petr Boš byl ve stejném programu výcvikovým „otcem“ Jitky Vodňanské. Tyto „příbuzenské vztahy“ byly pro rozvoj rodinné terapie v Apolináři naprosto zásadní. Vytvořily blízký, provázaný, tvořivý, respektující a milující „rodinný systém“. Samozřejmě, že lze namítnout, že psychoterapeutický výcvik je „jenom“ výcvik, a že přenosové vztahy jsou „pouze“ přenosové, ale nejspíše nám každý, kdo takovým sebezkušenostním zážitkem prošel, a zvláště pak za předlistopadového politického režimu, dá za pravdu, že formativní význam takové zkušenosti je skutečně významný, možná dokonce pro další profesní růst zásadní. Stejně tak považujeme za významnou existující „pupeční šňůru“ mezi psychoterapeutickým výcvikem SUR a počátky české rodinné terapie. Nejenom Petr Boš, ale i další vůdčí osobnost české rodinno-terapeutické školy Jan Špitz totiž SUREm prošel také.

Jaroslav Skála a Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii

V roce 1967 založil Jaroslav Skála Středisko pro děti a mládež (SDM), které následně prošlo svojí přirozenou evolucí a bylo nejprve „dojmenováno“ na Středisko pro děti, mládež a rodinu (SDMR), později „přejmenováno“ na Středisko pro mládež a rodinnou terapii (SMRT) a nakonec pro vypořádání se s „divokým“ akronymem na Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii (SPaRT) a to mu zůstalo dodnes.

J. Skála byl tvůrčí a v pravém slova smyslu renezanční osobností, a kromě vlastního Oddělení pro léčbu závislostí (1948) postupně tvořil a zakládal jeden specializovaný program pro pomoc závislým za druhým: socioterapeutický „Klub Usilujících o Strízlivost“ (KLUS, 1948); časopis „Zápisy z Apolináře“ (1949); pevnou součást odvykací léčby závislých zaměřenou na „manželskou terapii“ (1950); „Protialkoholní záchytnou stanici“ (1951); pobočku Apolináře v Lojovicích pro „léčbu recidivujících pacientů a nedobrovolné léčby“ (1958), později transformovanou na „oddělení pro



Jaroslav Skála (25. května 1916 Plzeň – 26. listopadu 2007 Praha) byl český lékař – psychiatr, specialista na léčení alkoholismu a jiných závislostí a zakladatel první záchranné stanice. V únoru 1948 založil KLUS – Klubu lidí usilujících o střízlivost a v září 1948 zahájilo činnost protialkoholní oddělení v budově vedle kostela sv. Apolináře v Praze. To vedl J. Skála až do svého odchodu do důchodu v roce 1982. Během svého působení vypracoval komplexní léčebný program závislostí. Od roku 1953 pracoval v psychoterapeutické sekci Psychiatrické společnosti, v roce 1982 byl pověřen jejím vedením. Od roku 1968 založil 20 výchovných komunit. Do roku 1994 stál v čele Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, kterou spoluzakládal a vedl do roku 1994. Své pacienty tak nejen léčil za závislosti, ale pomáhal jim najít i novou životní náplň, aby neskouzli zpět. Byl autorem více než 140 odborných publikací.

léčbu závislých žen“ (1971); stanový tábor v Dobronicích u Bechyně, který se stal místem „intenzívních, léčebných a doléčovacích pobytů“ pro apolinářské pacienty (1962); „letní chatičkový tábor pro děti z rodin závislých“ v Lojovicích (1964); „Středisko pro děti, mládež a rodinu“ (1967); „Středisko drogových závislostí“ (1971); ve spolupráci s Linha Singers „komponovaný pořad Múzy a drogy“ (1974) a mohli bychom pokračovat dále. Mezitím se aktivně zúčastnil a organizačně spolupodílel na pořádání významných mezinárodních odborných sympózií a konferencí a také se osobně zúčastnil všech sokolských sletů a spartakiád. Schopnost, vytrvalost a trpělivost byly jeho genetickou výbavou, ke které sám přidal vášeň. Postupně propracoval strukturu a program léčby tak, aby odpovídal „biopsychosociálnímu“ modelu etiologie vzniku návykového onemocnění. Podílel se na vytvoření samostatné Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii a spolu s Jaromírem Rubešem a Eduardem Urbanem založil SUR, dynamicky zaměřený a skupinově i komunitně pojatý vzdělávací program v psychoterapii, který je dnes nikoliv jedinou, ale určitě významnou formou postgraduálního vzdělávání psychoterapeutů i rodinných terapeutů postavenou na sebezkušenosti a rozvoji osobnosti terapeuta.

Smyslem výčtu Skálových zásluh o rozvoj české adiktologie a psychoterapie není dokázat jeho jedinečnost, originalitu, vytrvalost či vášeň, ale především ukázat vznik a vývoj apolinářského pracoviště rodinné terapie

2. Historie rodinné terapie v Apolináři

v souvislostech, v kontextu. Jaroslav Skála byl tak trochu protialkoholní „Baťa“. Všechno všude dokázal dokonale zařídit. Sám bydlel v suterénu kláštera, v „jezevčí noře“. Nikdy se nezamykal. Jednou přišel rozzuřený pacient s napřaženou lopatou s úmyslem ho zabít. Skála se zpříma postavil a řekl něco jako: „Prosím, tady jsem“. Lopata klesla...

V roce 1972 se Skála rozhodl pod vlivem zkušenosti, že rodiny alkoholiků se významně podílí na úspěšnosti či neúspěšnosti odvykací léčby a udržení abstinence, pozvat v indikovaných případech do léčby závislých pacientů také jejich manželky případně celé rodiny. Manželky bydlely v Jungmanníku, v tehdejší Středisku pro děti, mládež a rodinu a zúčastňovaly se v plném rozsahu léčebného programu. Minimálně jedenkrát za rok pořádal Skála týdenní až čtrnáctidenní pobyty pro celé rodiny v léčebné pobočce Apolináře v Červeném Dvoře. Místo skupin se dělala rodinná terapie. V centru pozornosti nebyla rodina, nýbrž závislý pacient. Rodiny se vzdělávaly a učily, jak zacházet s konkrétními rizikovými či problémovými situacemi. Určitě se nejednalo v pravém slova smyslu o systémovou či systematickou terapii, její zárodky nicméně byly zřejmé. Terapie vedl Skála se



Doc. J. Skála „velí“ nástupu pacientů protialkoholního oddělení před ranní rozcvičkou. Poté vždy následoval běh a do teploty 2 °C studená sprcha na zahradě Apolináře.

DUŠE RODINY

svoji spolupracovnicí a také životní partnerkou Týnkou Maťovou, mladou Jitkou Vodňanskou a Sally, novinářkou z Mladého světa.

Skála pracoval spíše instinktivně a s notnou dávkou tvořivého nadšení. Vždy se staral o děti ze závislých rodin. Zájem o rodinu pramenil z jeho hlubokého pochopení, že rodina může pacienta podpořit v úzdavě. Skála tvrdil, že „závislost je onemocnění celé rodiny“ a zastával názor, že každá rodina má své zdroje i nástroje ke změně, akorát o nich nemusí vědět.

Jitka Vodňanská na Skálu vzpomíná: „Jaroslav miloval život a dával do něj veškerou svoji báječnou tvořivost, oddanost a entuziasmus. Jeho nadšení bylo infekční. Zrál jako „dobré víno“. Čím starší, tím chutnější a zábavnější. Několik let jsme byli spolužáci v supervizním úcviku, který do Čech přivezla z Anglie Julie Hewson a Evropská asociace pro supervizi a který položil základ institucionalizaci supervizní práce v Čechách. Na závěr Skála v roli respektovaného „stařešiny kmene“ pasoval slavnostně všechny absolventy do „hodnosti“ supervizora rytířským mečem. Rituál se odehrával v rotundě na hoře Říp.“

Na „stará kolena“ Jaroslav Skála poznamenal: „Je dobré být v centru dění a nepřekážet“. Ale také při oslavě svého jubilea v roce 1986 přiznal, že kdyby měl možnost začít znovu, zaměřil by svoji pozornost především na práci s rodinou a rodinnou terapii:

„Závidím doktoru Gačičovi, že je nezatížen starými programy..., začal se systémovou prací. Být o třicet let mladší, tak bych jel na stáž a začal taky.“²

Jitka Vodňanská

J. Vodňanská: „Apolinář je prastarý klášter. V pravém i spirituálním slova smyslu. Skrývá se v něm duch místa, mystika, tajemství a síla. To je to, co mě k němu tak magicky přitáhlo. Strávila jsem zde více než padesát let svého života. Jak se to stalo, nevím. Mohu jen podat svědectví o své trvanlivosti, pokoře, důvěře a věrnosti. A radosti.“³

2 Kontext. *Bulletin Sekce pro rodinnou terapii*. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 1, číslo 3, 1985.

3 Vodňanská, J.: *Voda, která hoří*. Praha: Torst, 2018.

2. Historie rodinné terapie v Apolináři



Jitka Vodňanská (nar. 12. 11. 1944) je přední česká psychoterapeutka individuální, skupinové a rodinné terapie, nadšená propagátorka zážitkových terapií – muzikoterapie a bodyterapie (biosynthesa, aj.), supervizorka integrované supervize a výcviková lektorka skupinové psychoterapie, rodinné terapie a supervize. Přes 40 let pracovala ve Středisku pro psychoterapii a rodinnou terapii u Apolináře v Praze 2, které 30 let i vedla. Založila nadaci Anima (dnes Anima-terapie, z.ú.), zabývající se terapií dětí z rodin závislých, včetně rodinné terapie. Od roku 1990 se věnuje meditaci vipassaná – meditaci vhledu. Od r. 2000 jezdí každý rok na několikaměsíční meditační retreaty do asijských klášterů, zejména do milované Barmy.

Tak jako byl Skála duchovním otcem Apolináře, „matkou“ Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii byla a stále je Jitka Vodňanská. Vystudovala antropologii a hnutím „osudu“ a možná i náhod se rozhodla krátce po událostech „Pražského jara“ v roce 1968 ucházet o místo v pražském Apolináři. Určitě není náhodou, že si Jitku Jaroslav Skála vybral. A udělal dobře. Z antropoložky se stala psycholožkou, psychoterapeutkou a rodinnou terapeutkou. A také pedagožkou a supervizorkou. A také buddhistkou. Výčet specializačních odborností Jitky Vodňanské, spoluautorky knihy i této kapitoly, by nestačil na dalších deset stránek textu a nejspíše by se v něm čtenáři ztratili. Zmínka o této šíři vzdělání i zkušeností je nicméně významná k pochopení následující kapitoly, pojednávající o „Apolinářském modelu rodinné terapie“. A to proto, že právě tato obrovská pestrobarevnost a kreativita osobnosti Jitky Vodňanské dala základ vývoji apolinářského týmu, jeho personálnímu obsazení, pestrosti rodinno-terapeutických škol, která ve své práci využívá i skutečnosti, že celý tým pracuje s minimálními obměnami od devadesátých let minulého století dodnes. Z takového týmu se „neodchází“, byť byste mohli namítnout, že to může být k jeho škodě...

V následujících odstavcích jsou zaznamenány reflexe a komentáře J. Vodňanské na nejrůznější témata apolinářské historie, i naší psychoterapeutické a rodinno-terapeutické práce. Považujeme je za cennější a za-

DUŠE RODINY

jímavější, než faktografický výčet událostí, kterými procházelo za více než padesát let své existence apolinářské centrum rodinné terapie.

Jitka Vodňanská vzpomíná: „Apolinář byl svět sám pro sebe. Zaštitěné ušlechtilou prací se tam mohly po celá léta dít záškodnické aktivity vůči socialismu. Vydával se Reportér, na 1. máje jsme nemuseli mávat fábora-ma a tlačit se v naprdu nutých davech. Později tam pracovali nejrůznější státní „nepřátelé“. Skála podepsal Několik vět. Byl předvolán k výslechu na policii. Kdo vám to dal podepsat? Hrdě pravil: „Neřeknu“. J. Skála měl zvláštní kouzlo. Všichni jsme se ho báli a všichni jsme ho obdivovali a ctili. Jen málokdo z jeho týmu odpadl, byť jsme museli pracovat jako „nevolníci“. Jen tak, dobrovolně a ještě s nadšením. To nám zůstalo i ve Středisku pro psychoterapii a rodinnou terapii.

Jungmannův opukový dům s neopakovatelnou energií a „geniem loci“ sloužil původně jako porodnice zchudlých šlechtičen. V začátcích tam vedle klenutých stropů a tajemných sklepů byla také prohnílá prkna na podlaze a místo skel v oknech velké igelitové pytle. Při víkendových workshopech ti, co zde přespávali, vídali šedivou mrtvolnou postavu, velikého černého psa anebo mrtvou ruku, která se nad nimi vznášela. Topívalo se ve velkých kamnech uhlím. Svoboda, kterou jsme zde zažívali, nás inspirovala k bouřlivé terapeutické aktivitě. Vedly se tu nejrůznější kreativní kurzy: muzikoterapie, arteterapie, snové semináře, neverbální techniky, bubnování, taneční terapie, později k tomu přibylo holotropní dýchání a transpersonální konstelace.

Jaroslav Skála vytvořil základní stavební kameny rodinné terapie v Apolináři a další „otec zakladatel“ Petr Boš doplnil důležitou nadstavbu. Skála byl velmi racionální. Mně to umožňovalo pracovat s „pravou hemisférou“, s emočním světem a primárními procesy našich pacientů. Dal mi chuť, energii, kreativitu a odvalu zkoušet nové věci. Skála mi vlastně nikdy nic „nezakázal“.

Skála se řídil heslem „ber a dávej“ a nepřetržitě pracoval s motivací pacientů i nás terapeutů. Jednou mi řekl: „*Když chcete jet na rodinnou terapii, budete dělat muzikoterapii*“. Tak jsem koupila bubny. Při jedné z terapií došlo i na muzikoterapii. Skála řekl: „*Tak se každý předvedeme, jak na tom s těmi bubny jsme*.“ Po té, co každý z rodiny včetně nás terapeutů zabubnoval, rodina řekla: „*Jitka bubnuje jinak, s bubny to neumí*.“ A Skála odpověděl: „*To je celá Jitka. Bubnuje jinak, ale bubnuje dobře*.“

2. Historie rodinné terapie v Apolináři



Jitka Počarovská, Richard Zajíc, Markéta Chlupová, Jaroslav Fous, Pavel Bém a Jitka Vodňanská v Animě. Focení novoročenky s muzikoterapeutickými bubny, fotograf v zrcadle.

A rodina to s úsměvem přijala, Bylo to úžasné. Dostala jsem ocenění, že jsem sice „jiná“ a „divná“, ale že to je ku prospěchu všech zúčastněných.

Na dobu více než sedmi let k nám přišel nestor českých rodinných terapeutů, dětský psychiatr a bývalý primář léčebny v Dubí u Teplic Petr Boš. Jako kolega, jako supervizor, jako malý, jedinečný, nevidaný „mrož“, co přinášel vědomosti odkudsi z Ameriky a také z „východu“. Přivedl do Československa Virginii Satirovou, americkou rodinnou terapeutku, která přehodila výhybku na našich zaběhaných kolejích a úplně změnila styl a obsah naší terapeutické práce.

Petr Boš byl nesmírně vzdělaný psychoterapeut s psychoanalytickou orientací. Zásadní vliv na jeho příklon od psychoanalýzy k systémovému a systemickému myšlení měla Virginie Satirová. Boš byl vlastně humanistickým filozofem s všeobšahlou, spirituální a trochu „zenovou“ osobností. Byla jsem „nasátá“ jeho přístupem ke světu i jeho filozofií. Byl „holistický“, jemný a měl rád umění. Učil nás používat metafory. Když něco nešlo, uměl se na problém podívat z úplně jiného pohledu: vždy byl schopen nalézt něco, co jsme si pojmenovali jako „energie změny“ nebo „koánové řešení“. Na

dětském táboře jsme měli problém z autistickým a agresivním chlapcem, který ohrožovalo ostatní děti nožem, a my si s ním nevěděli rady. P. Boš nám poradil: „Dejte mu nějaký kov a kámen.“ Udělali jsme to a agresivita zmizela jako mávnutím kouzelného proutku.

V Apolinári se vždy chovala úcta ke vzdělání. Měl dokonale promyšlenou stavbu léčebného systému. Nabízel „zrcadlo“ minulosti, prožívání přítomnosti tady a teď, a nabízel také vhléd do budoucnosti – „jak bys mohl zářit, až se ti povede dobře“. Ti, co dělali psychoterapii, museli mít speciální vzdělání. Absolvovat mnohaleté psychoterapeutické výcviky bylo podmínkou. Psychoterapeut totiž nemá žádná speciální „fidlátka“, ale jenom sám sebe, svoji osobnost.

Rodinnou terapii vnímám jako veliký obřad. Dnes máme exkluzivní možnost pracovat v terapeutickém páru. Žena a muž. Psychiatr i psycholog. S terapií jsem začínala po návratu z mateřské dovolené v roce 1981 s Šárkou Palečkovou a Vladkou Čajkovskou, bez znalosti teorie a s minimem zkušeností. Přicházely rodiny a dávaly nám zakázku. Jako u švadleny, kde chce každý člen rodiny obyčejně ušít trochu něco jiného. Učily jsme se vyjednávat s rodinou. O zakázce, o týmu, tak obvykle začínal celý proces. Tento proces jsme vnímali jako složitý a jemný „tanec“. Učili jsme se rodinu oceňovat a hledat její zdroje. Nedávat rady, už tehdy jsme tušili, že si poradit musí každá rodina sama. Když je vůle k uzdravení, cesta se vždy objeví.

V průběhu následujících více jak čtyřiceti let přicházely rodiny s nejrůznějšími problémy, často zatížené těžkou karmou. Jeden člen rodiny spáchá sebevraždu a pomyslná hranice mezi životem a smrtí je protržena. Vidíte otevřenou propast. Kdokoliv z rodiny do ní může kdykoliv a jakýmkoliv způsobem spadnout. Viděli jsme tragické příběhy závislých, nešťastné děti, které byly odloženy a opakovaně zneužívány. Chodívali jsme dělat terapie i k lidem domů. Tam bylo možné se rozhlédnout a leccos pochopit. Počátky dramát rodinných nenávistí se mohou odehrávat zamlženě, třeba v koupelně. Jak kdo vymačkává pastu. Jak kdo klade do odkapávače mýdlo. Zdánlivé drobnosti, zárodky a předzvěsti budoucích uragánů. Rodiny, které jsou připraveny na bolestné změny a jiné, co k nám chodí jako do autoopravny. Vyměňte nám tchýni, tátu, dítě. Příběhy se vlní, zaplétají, rozplétají, mají zlé i dobré konce.

Uvažuji o psychoterapii a rodinné terapii. Co to vlastně je a co je to, co léčí? Napadá mě: Stálá přítomnost. Stálý kontakt. Alchymistický proces. Sestup do hlubin. Dialog. Rozhovor. Respekt. Úcta. Zájem a zvědavost. Víc

2. Historie rodinné terapie v Apolinári

umění než věda. Rodinný terapeut je mladší sourozenec šamanů, vědem, kněží či stařešinů.

Co léčí bolesti na duši, stesky, zoufalosti, vztahy se sebou, s druhými, se světem? Co léčí traumata, závislosti, beznaděje? „Nejjádrovější“ úzdravné vehikulum je vztah. Terapeut sám je terapeutický nástroj. Může nabídnout jen tolik, kolik toho v sobě vytříbil, vyléčil, poznal a pochopil. Může dovést klienta jen tak daleko, kam došel sám.

Jdeme stejnou cestou jako stovky našich klientů. Hledáme zdroje. Věříme ve změnu. V růst a transformaci. Pereme se s vlastní nedůvěrou. Hledáme po všech čertech přesahy „někam“. Učíme se mít respekt k sobě a s pokorou přijímat všechno, co se nám děje, jako smysluplné. Snažíme se přijímat složitou a náročnou povahu věcí a vztahů. Učíme se zkoušet, experimentovat, kultivovat, porozumět, interpretovat, hypotetizovat. Jemně a dovedně provázet. Mít odvahu jít k sobě.

Jak se apolinářský tým v čase vyvíjel, rostl do pestrosti osobností, různosti terapeutických škol a také do kreativity. Za důležitou jsem vždy považovala integraci. Můžeme se hádat o tom, kdo a jak co dělá, ale po diskuzi celý proces integrujeme. A to obohacuje jak nás, tak samotné rodiny. Důležité také je, že vlastně všichni členové týmu jsou dnes lektory v nejrůznějších rodinno-terapeutických a psychoterapeutických výcvicích.

Přemýšlela jsem o tom, jak moc a v čem se lišíme od ostatních českých rodinno-terapeutických škol. Určitě ne v touze poznávat a experimentovat, ta asi patří do každého dobrého týmu. Možná v tom, že pracujeme často a někdy i velmi hluboce s rodinnou spiritualitou. Vstupujeme do „pravé hemisféry“ rodiny. Intervenujeme nejenom v jazyce, ale také vytváříme prostor pro hluboké emoční transformační stavy. Ale to možná dělají i jinde.

„Dlouhé prsty“ Virginie Satirové

Virginie Satirová měla k někdejšímu Československu výjimečný vztah a také my k ní. Ovlivnila zásadním způsobem jak Jaroslava Skálu, tak Petra Boše. Pro mě byla zjevením. Ve všech významech tohoto slova. Něco jako elektrárna. Veliká žena nejen fyzickým vzrůstem. Vplula mezi nás hravě, vesele, s lehkostí a téměř nadpřirozenou přirozeností a neobyčejnou obyčejností. Ráno vytančila z chatičky na louku v americkém růžovém župán-



Virginia Satirová v akci při „sculpturing“. Zády stojící Daria Kocábová, sedící Jitka Vodňanská a vpravo Jan Vodňanský.

2. Historie rodinné terapie v Apolináři



Virginia Satirová při předvádění distresové pozice s bardy české psychoterapie a dvěma disidenty po jejich podpisu Charty 77. Zleva stojící doc. Stanislav Kratochvíl, sedící doc. Miloš Vojtěchovský, v kloboučku Jaroslav Skála, Virginia Satirová, Jan Vodňanský a vpravo klečící spisovatel Ivan Klíma.

ku, s růžovými natáčkami, zatímco my jsme s Jaroslavem (Skálou) dělali na hřišti dřepy a museli plavat v ledové Lužnici. Pila pivo a kouřila cigarety. „Skála neskála“. Byla absolutně svá. Odzbrojující originál. Nabídla se nám jako živoucí příklad toho, jak vypadá sebou nezatížený, laskavý a milující psychoterapeut. Když naslouchala, nikdo a nic jiného ji nezajímalo. Nebála se dotýkat, objímat, dívat se zcela do očí. Neinterpretovala. Neměla žádné hypotézy. Poslouchala srdcem. Fascinující byla její víra v lidskou dobrotu, lidský potenciál, v to, že změna je vždycky možná. Důraz kladla na odpovědnost terapeuta za svůj vlastní rozvoj. Jsme zodpovědní nejen za své činy, ale i za emoce, myšlenky, názory, přání, předpoklady. Víra v univerzální životní sílu je neoddiskutovatelná součást dobré terapie. Bytí je důležitější než děláni. A také, že „smrt je dovršení růstu“, nikoliv úpadku.



Založení Animy v roce 1994 byli přítomni tehdejší ministr zdravotnictví Luděk Rubáš, sexuolog Slavomír Hubálek, Jitka Vodňanská a Jaroslav Skála.

Po revoluci jsem založila nadaci Anima (dnes Anima-terapie), které předsedal Václav Havel a správní radu tvořili: Ján Langoš, Jan Vodňanský, Slavomír Hubálek, Šárka Pešková, Vladka Čajkovská a já. Správní rada se nám už většinou odvála do nebes, ale duše Animy funguje dál.“

Petr Boš

Petr Boš je jedním z duchovních otců rodinné terapie v někdejším Československu. Byl rodinným terapeutem „Kontextu“. Nejenom Kontextu – bulletinu Sekce pro rodinnou terapii Psychiatrické



2. Historie rodinné terapie v Apolináři



Petr Boš (30. 9. 1934 – 1. 7. 1999) byl nejvýznamnějším ze zakladatelů české a slovenské systemické rodinné terapie. Zhruba od roku 1970 zaváděl praxi rodinné terapie nejdříve na dětské psychiatrické klinice v Dubí u Teplic, poté spolu s MUDr. Janem Špitzem na dětské psychiatrické klinice v Praze-Motole a nakonec ve Středisku rodinné terapie při Oddělení léčby závislostí VFN Praha.

Byl také propagátorem práce s rodinami, organizoval pravidelné Dny rodinné terapie v Lékařském domě v Praze, pořádal pracovní setkání (slavné „semináře v Dubí“), s dalšími kolegy překládali stěžejní texty systemických autorů a v roce 1987 uspořádal v Praze světový kongres rodinné terapie. Vydával legendární časopis Kontext a vytvořil knihovnu čítající několik set svazků odborné rodinně terapeutické literatury.

Byl také vášnivý fotograf amatér a nadšenec pro technické novinky. Pořizoval audio a video záznamy sezení, využíval práci týmu za jednocestným zrcadlem apod. V roce 1994 spoluzakládal sdružení Anima.

společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a předsedou této sekce, ale byl také rodinným terapeutem „kontextu“ v pravém významu tohoto slova. Zajímaly ho souvislosti, rámec, spojitost, vazba, podklad, pozadí... Byl nejenom ovlivněn, ale doslova „nasyčen“ nově zrozenou epistemologií Gregory Batesona a jeho pohledem na to, jak fungují živé organizmy, sociální systémy, např. rodina, příroda nebo vesmír⁴. Bateson definoval základní principy nového paradigmatu, který zcela změnil nahlížení na lidskou komunikaci, její obsahy i významy: „*Ten kdo určuje kontext (souvislosti) je příjemce zprávy*“ (myšleno v komunikační transakci). Stejná zpráva adresovaná různým příjemcům má tedy pokaždé jiný význam. „*Je to kontext, který definuje význam*“.

S jistou mírou nadsázky bychom mohli říci, že Petr Boš byl českým Batesonem. Samozřejmě, byl především klinickým rodinným terapeutem

4 Bateson, G.: Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

a jeho bytostné propojení s dalšími průkopníky rodinné systémové a následně systemické terapie, jakými byli Jay Haley, Paul Watzlawick a celý Mental Research Institute v Palo Altu, Virginia Satirová, Salvador Minuchin nebo Mara Selvini-Palazzoli s Milánskou školou od základů proměnilo rodinnou terapii v někdejší Československu. Je nezpochybnitelnou zásluhou P. Boše, že ještě za minulého režimu dokázal „velikány“ moderní rodinné terapie ve světě do socialistického Československa pozvat a nám ostatním tak umožnil dostat se do kontaktu s nově se rodící (anebo „snově“ se rodící) epistemologií fungování rodinných a sociálních systémů.

Vývoj rodinné terapie v Československu před listopadem 1989 a také v socialistické Evropě přesahuje rámec této publikace, ale je velmi zajímavý, a pro milovníky historie odkážeme na text Jana Špitze přednesený na I. Sympóziu o rodinné terapii v Teplicích v roce 1981 a publikovaný v Kontextu, bulletinu rodinné terapie⁵ o tři roky později.

„Bošská“ rodinná terapie

S Petrem Bošem v roli člena reflexního týmu a také v roli supervizora jsme prožili stovky hodin rodinno-terapeutické práce po dobu více než sedmi let. V poslední fázi svého života se přestěhoval s rodinou do Prahy, především proto, aby mu byla dostupná nezbytná zdravotní péče, bez které při jeho chronickém onemocnění nemohl žít. Každotýdenní návštěvy nemocnice mu přesto umožňovaly trávit pravidelný čas s naším apolinářským týmem rodinných terapeutů, účastnit se sezení rodinné terapie a práce reflektujícího týmu. S odstupem času se na tyto okamžiky nelze dívat jinak, než jako na obrovské profesní obdarování. Jeho otázky, postřehy, reflexe, hypotézy, paradoxy, úvahy o možných strategiích, stejně jako jeho fyzická přítomnost a neutuchající podpora pro nás byly zdrojem růstu a pramenem, ze kterého sytíme svoji „rodinno-terapeutickou žízu“ a profesní zvědavost dodnes.

Kolegyně Šárka Pešková na Petra Boše vzpomíná: *„Byl něco jako pohádkový dědeček. Sedával v červeném koženkovém křesle, v bílém roláčku, tesilových kalhotách, menší postavy, s měkkýma rukama a jemným hlasem. Kolem něho pak hrstka dychtivých posluchačů. Všichni*

5 Kontext. *Bulletin Sekce pro rodinnou terapii*. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 0, číslo 0, 1984.

2. Historie rodinné terapie v Apolináři



Odpočinek v Lojovicích po prvomájovém běhu. Na závěr jedné ze sportovních aktivit, které doc. Skála pořádal každoročně v jedné z léčeben (Červený dvůr, Lojovice). Mladá psychoterapeutka J. Schánilcová (dnes Vodňanská) se dvěma pacienty.

jsme tenkrát byli o třicet let mladší. Rodinná terapie v podání Petra Boše byla pro nás dobrodružstvím, neznámým územím, příležitostí k poznání a také neuvěřitelně barevným světem. Byl pro nás učitelem, průvodcem, světloňošem, inspirací, a také bezpečím.“

Jeho schopnost vnímat souvislosti a kontext, jeho ekosystémové myšlení, stejně jako duchovní hloubka jeho osobnosti je dobře srozumitelná v jeho poselství, které adresoval III. Sympóziu o rodinné terapii v Teplicích v prosinci 1989⁶:

„Nahlédněme měřítkem našich sympózií směr pohybu sociálních makrosystémů:

6 Kontext. *Bulletin Sekce pro rodinnou terapii*. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 6, číslo 1, 1990.

DUŠE RODINY

- *Rok 1981 – v den zahájení I. Sympózia je v Polsku vyhlášen výjimečný stav a Solidarita je postavena mimo zákon; my v Teplicích jsme svědky úzkosti a slz našich polských kolegů.*
- *Rok 1984 – v době konání II. Sympózia vychází hvězda naděje jménem Gorbačov.*
- *Rok 1989 – v době konání III. Sympózia se vláda věcí našich zpět k nám navrací. Československý podzim 1989 nepředstavuje pasivní, beznadějnou populaci s vymytými mozky – naopak, na povrch se přímo dere konstruktivní, tvůrčí, vitální protikultura. Mladá a dynamická, přinášející svědectví o tom, že vlastní éthos naší kultury zůstal nedotčen a právě on, hlubinný a bazální, je zdrojem této sebehojící tautologie. V tom je naše naděje, jako občanů i jako terapeutů.“*

Sametovou revoluci v roce 1989 považujeme za historický milník ve všech možných ohledech i pro vývoj apolinářského rodinno-terapeutického týmu. Nové zdroje, informace, svoboda cestování, konference, stáže..., jakoby v kosmu došlo k explozi supernovy a náš osobní i profesní „vesmír“ se začal neuvěřitelně rychle rozpínat. Ale to už patří do další kapitoly pojednávající o Apolinářském modelu integrativní rodinné terapie.

3. Zdroje Apolinářského modelu

*Pavel Bém, Jan Hovorka, Eva Libánská,
Zdeněk Macek, Šárka Palečková,
Jarmila Tolimatová*

3. Zdroje Apolinářského modelu

„Vše, co je řečené, je řečené pozorovatelem“

Rodinná terapie není ani metoda, ani technika, nýbrž „způsob myšlení“. Na rozdíl od klasické psychoterapie pracuje v jiném paradigmatu a s jiným konceptem toho, co považuje za „nemoc“. Její inspirační zdroje daleko přesahují obory lékařství a psychologie, a jak bude popsáno v následující kapitole, integrují poznatky z disciplín, jakými jsou kulturní antropologie, kybernetika a obecná teorie systémů, kvantová fyzika, lingvistika či filozofie. Systémy (i ty rodinné) neexistují jako „věci samy o sobě“, spoluvytváří je kognitivní a komunikační aktivita pozorovatele (např. terapeuta). Z tohoto axiomu také vyplývá, že deklarovaná „pravda“ v terapeutickém sezení je subjektivně vnímanou realitou. Je sociálním konstruktem, který vzniká v jazyce. Jako rodinné terapeutky nás nezajímají pravdy, obsahy, věci, ale především to, kdo a jak o nich mluví. Více než samotné vzorce chování v rodinných systémech nás zajímají jejich významy v konkrétních kontextech. Rodinná terapie je výzkumná operace realizovaná společně s rodinou, při které neplatí „pravdy“, ale existují „funkce“.

Smyslem této kapitoly je představit teoretické i praktické zdroje, ze kterých integrativní rodinná terapie v Apolináři („*Apolinářský model*“) vychází. Nemáme v úmyslu při stručném představení jednotlivých směrů a přístupů v historickém vývoji rodinné terapie ve světě, kterým jsme byli a stále také jsme ovlivněni, povyšovat jeden nad druhý. Jedná se možná o „paradox“, přinejmenším však o nepříliš obvyklé uspořádání v práci rodinno-terapeutických týmů v ČR, nicméně v čtrnáctičlenném

apolinářském týmu rodinných terapeutů jsou jak typičtí „satirovci“¹, tak strukturální či strategičtí terapeuti, stejně jako stoupcí systemických konstruktivistických, narativních či postmoderních konverzačních a kolo-
borativních přístupů. Každý z členů týmu je více či méně ovlivněn jednou
či více terapeutickými školami, byť ve své klinické praxi používá další
strategie a techniky patřící typicky do výbavy jiných směrů.

Pro „Apolinářský model“ rodinné terapie je specifická práce v tera-
peutickém páru a také s reflexním týmem. Toto v Čechách stále neobvyklé
uspořádání rodinné terapie vzniklo ve Středisku pro psychoterapii a ro-
dinnou terapii dnešní Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice
a 1. Lékařské fakulty UK na konci osmdesátých let 20. století po vzoru
Milánské školy a stylu práce, který vyvinula na Psychiatrické klinice v Ro-
chester State University ve Spojených Státech rodinná terapeutka Judith
Landau-Stanton se svým manželem M. Duncanem Stantonem. Tento tera-
peutický „setting“, jehož detailnější popis naleznete v samostatné kapitole,
je sice organizačně a ekonomicky relativně náročný, jeho nespornou výho-
dou je ovšem skutečnost, že při vlastní klinické práci se potkávají rodinní
terapeuti a členové reflexního týmu v nadsázce řečeno „s různou rodinno-
terapeutickou specializací“ a z této reality mohou benefitovat především
naši klienti. Pochopitelně, s odvoláním na konstatování v první větě této
kapitoly („*rodinná terapie není ani metoda, ani technika, nýbrž způsob
myšlení*“), je nezbytné dodat, že celý apolinářský tým rodinných terapeutů
se hlásí k integrativnímu/ „eklektickému“ pojetí rodinné terapie, a to přes-
tože každý z jeho členů je stoupcem té či oné rodinno-terapeutické školy.
I to je důvod, proč se jednotlivým přístupům v rodinné terapii budeme na
následujících stránkách věnovat jako základním zdrojům Apolinářského
modelu podrobněji.

1 V. Satirová a její transformační model růstu.

Systémové přístupy a Gregory Bateson

„Největší problémy ve světě jsou výsledkem rozdílu mezi tím, jak funguje příroda a tím, jak lidé myslí.“

Gregory Bateson²

Rodinní terapeuti s oblibou používají ve své klinické praxi tzv. „paradox“. Jedná se o jeden z nejefektivnějších způsobů, jak se vypořádat s „odporem“ klientů k žádoucí a očekávané změně, kterou má samotná terapie přinést, když spontánní pokusy o vyřešení problému selhaly. Termín „odpor“ si vypůjčujeme z psychoanalýzy, kde mu rozumíme jako vnějšímu tvaru intrapsychického konfliktu klienta, jehož důsledkem je neochota ke změně. V rodinné systemické terapii vnímáme „odpor“ jako projev dysfunkčních interakcí v rodinném systému, jehož základní nevýhodou je, že udržuje symptomatické chování. Smyslem terapie je tuto „patologickou homeostázu“ změnit. K tomu se nám může hodit právě „paradox“, kdy terapeut „předepisuje“ např. pokračování v symptomatickém chování klienta či celé rodiny. V rámci takto direktivně předepsaného, vlastně nesmyslného jednání si rodina může uvědomit nevýhodnost svých zaběhaných stereotypních vzorců myšlení či chování a nalézt odvahu je změnit.

Jedním z takových „paradoxů“ v historii vývoje rodinné systemické terapie ve světě je, že za „duchovního otce“ nového způsobu myšlení o rodině (a sociálních systémech) je považován Gregory Bateson – přírodovědec, antropolog, kybernetik, ekolog, etnolog a nejčastěji citovaný autor v publikacích o rodinné terapii, ale nikoliv rodinný terapeut sám o sobě. Jeho vliv je přesto nebo právě proto nedocenitelný, je autorem dnes běžně zažitých pojmů v odborném jazyce rodinné terapie, jako je **pattern**

2 Bateson, G.: Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. Chicago: University of Chicago Press, 2000.



GREGORY BATESON (9. května 1904, Grantchester, Velká Británie – 4. července 1980, San Francisco, Kalifornie, USA) byl britský a posléze americký biolog, antropolog a ekolog, vynikal i ve filosofii a psychologii. Podílel se na vzniku vědecké kybernetiky a je znám také jako zakladatel rodinné psychoterapie.

(vzor, vzorec, také stereotyp) nebo **cirkulární kauzalita**. Stal se jedním z klíčových tvůrců nové moderní systémové (později systemické) „epistemologie“, postavené na kritice Descartova pojetí vědy a mechanistického konceptu Newtonovské fyziky a integrující moderní poznatky z oborů kulturní antropologie, filozofie, fyziky, lingvistiky a komunikační teorie či kybernetiky a obecné teorie systémů. Bateson tvrdil, že živou skutečnost a tím spíše člověka a společnost nelze rozbít na „atomy“, tedy na ty nejjednodušší prvky, a tím se zbavit všech tvarů, podob a obsahů, redukovat člověka a sociální systémy na měřitelné veličiny a hledat pouze jednoduché lineárně příčinné vztahy mezi nimi. Takto vzniklé mapy, mohli bychom říci i „vědecké modely“, umožňují podle Batesona s živými organizmy zacházet či různě manipulovat, nevystihují však jejich základní povahu. V původním mechanistickém a analytickém pojetí vědy se ztrácí to, co nazýval „smyslem“. Proto kladl důraz na zkoumání kvalit, souvislostí a vztahů. Jeho fenomenálním přínosem byla schopnost aplikovat kybernetiku a teorii informací v oborech, jakými je antropologie, psychiatrie či ekologie.

„Jazyk obvykle zdůrazňuje jen jednu stránku věci. Dvojitý popis je lepší než jeden. Mapa není území.“³

3 Bateson, G.: *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Bateson byl rigorózním vědцем, a proto vědecký svět šokoval, když ukázal, že vědecké teorie jsou pouze „mapy“ sestávající nikoliv z podob a dějů, ale ze zjištěných údajů a jejich vzájemných formálních vztahů. To, co v nich chybí, je podle Batesona „příroda“. Ta nespočívá v údajích, hodnotách veličin a proporcí, nýbrž se projevuje v tvarech a podobách, je tvořena ději, skládá se z událostí, vzájemně propojených vztahy podobnosti či odlišností tvaru a souvislostí významu. Podle Batesona „myslíme v příbězích“, nikoliv v logických soudech, a zkušenost nespočívá na znalosti fakt, nýbrž ve vnímavosti pro podoby, podobnosti a odlišnosti. „*Nic z toho, na čem nám záleží a co má pro nás význam a smysl, objektivně zmapováno být nemůže.*“⁴ Objektivní poznání neexistuje. Pravdy, znalosti, vědomosti, poznatky nepopíratelně existují jako obsahy, stavy či výkony mysli a rovněž poznání je nutně subjektivní povahy. Aby ukázal, jak je toto konstatování banální a zřejmé, Bateson říkal: „*Každý školák by to měl vědět.*“ P r o t o poznání nemůže být jednotné, definitivní, nýbrž vždy mnohotné, relativní, vztažené k souvislostem. Věda (myšleno „tehdejší“ – osmdesátá léta 20. století)⁵ se zaměřuje na to, co je dané a platné, nutné a neměnné, a tudíž bezčasé, tedy věčné. Vše, co se do takové podoby „vědeckého“ obrazu světa nevejde, prohlašuje za neskutečné a tudíž takovou „skutečnost“ popírá. Tvar a vzor, podoba a hodnota, tělo a příběh, mysl a smysl, a především však poznání, se musí stát součástí vědou poznávané skutečnosti. V takto pojaté skutečnosti nalezne své přirozené místo nejenom člověk se svojí vědou, ale též krása, vědomí a posvátno. Výše uvedené („*objektivní poznání neexistuje*“; *nebo „myslíme v příbězích, nikoliv v logických soudech*“; *anebo také „živočich, který zvítězí v boji s prostředím, zničí sám sebe.*“, atd.), jakkoliv i dnes může být po čtyřiceti letech pro leckoho nepochopitelné a částečně i moderní vědou stále nepochopené, dalo základ novému paradigmatu a základním axiomům nové vědecké epistemologie, ze kterých rodinná systemická terapie vyrostla:

- Pravda je subjektivní, jistota neexistuje.
- Ohnisko zkoumání jsou události čtyřdimenzionálního časoprostoru, ve kterém je čas klíčová veličina.

4 Bateson, G.: *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Bantam Books, 1988.

5 Bateson, G.: *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

DUŠE RODINY

- Abstraktní myšlenky a mysl jsou součástí studovaného pole.
- Lineární čas (hodinový) je použitelný, nikoliv však vytvářející příčinné vztahy.
- Vesmír není dualistický, nýbrž monistický (viz „Mysl a příroda: nezbytná jednota“).

Na následujících stránkách se zaměříme na tři přístupy a terapeutické školy, které formovaly a stále ještě formují naši každodenní klinickou práci s rodinami. Jde o „Model růstu“ Virginie Satirové, který se ve své době stal „ženským zjevením“ ve světě převážně mužských terapeutů a badatelů, „strukturální rodinnou terapii“ Salvadora Minuchina, kterému se podařilo převést abstraktní kybernetické pojmy na srozumitelné a pozorovatelné klinické fenomény a „strategickou rodinnou terapii“, za jejíhož zakladatele je považován Jay Haley, a která se „zrodila“ v kalifornském Mental Research Institute v Palo Alto, kde Gregory Bateson v letech 1951–1959 prováděl s týmem spolupracovníků výzkum lidské komunikace.

Význam Gregory Batesona pro moderní vědecké paradigma trefně vystihl Fridjof Capra při psaní svého bestselleru „Bod obratu“: „*Když jsem došel k nějakému složitému místu, nikdy jsem si nezapomněl udělat poznámku – zeptat se Batesona!*“⁶

Model růstu: Virginie Satirová

Virginie Satirová je zcela ojedinělou postavou na poli rodinné terapie, „ženským zjevením“ mezi ve své době převážně mužskými rodinnými terapeuty, navíc se vztahem k někdejšímu Československu. Satirová je považována za jednu z nevlivnějších osobností v oboru psychoterapie. Někdy je nazývána matkou rodinné terapie.

Narodila se v roce 1916 ve Wisconsinu v USA jako nejstarší z pěti dětí. Vystudovala učitelství a později sociální práci. Po studiích pracovala v dívčím domově, kde si začala všimnout významu práce s rodinami internovaných dívek. Brzy si otevřela soukromou praxi a v roce 1951 vedla svou první rodinnou terapii. Neměla žádný ženský vzor a ve svém přístupu nenavazovala na žádného učitele. Cílem psychoterapie v jejím pojetí bylo

6 Capra, F.: *Bod obratu. Věda, společnost a nová kultura*. Praha: DharmaGaia, 2002.

3. Zdroje Apolinářského modelu



VIRGINIA SATIR (26. června 1916, Neillsville, Wisconsin, USA – 10. září 1988, Kalifornie, USA) byla americká sociální pracovníce, psycholožka a terapeutka, autorka metod pro zkvalitňování komunikace v rodinách i v organizacích. Je označována za matku rodinné terapie. Na základě své praxe vytvořila Model růstu k účinné psychoterapeutické práci. Jitka Vodňanská považuje setkání s Virginií Satirovou v roce 1979 pro celý svůj psychoterapeutický život za zásadní.

zlepšení vztahů a komunikace v rodině. Prohlásila, že uzdravením rodiny uzdravíme svět. Od roku 1958 žila Satirová v Kalifornii, kde navázala spolupráci s Donem Jacksonem a spolupodílela se na založení Mental Research Institute v Palo Alto.

Do svých šestnácti let vyrůstala Virginie se svými rodiči na farmě. Měla velmi blízký vztah k přírodě. V přírodě hledala prvky řádu, který umožňuje život ve vesmíru. Pochopila, že život ve vesmíru je mimo jiné výsledkem péče vody a slunce. Slunce dodává živým organismům světlo a teplo, voda výživu. Zjistila, že všechno, čemu věnujeme péči, roste. Péče a růst jsou hlavní premisy terapeutického přístupu, který Virginie Satirová o mnoho let později vytvořila. Její základní přesvědčení bylo, že i lidé jsou schopni neustálého růstu a změna je vždy možná. Ke studiu komunikace v rodinách ji přivedlo přesvědčení, že lidi spolu málo hovoří, a věci by se mohly hodně změnit, kdyby spolu lidé mluvili více a otevřeněji. Její zkušenost z dětství ji naučila, že v přírodě se daří tam, kde je úrodná půda. Mrtvou půdu je třeba ošetřit, dodat jí zdroje, vodu, slunce a výživu. Pak může přijít růst.

V rodinách a rodinné terapii nehledala žádného viníka. Věřila, že **nikdo není vinen**. Existují pouze **akce, reakce a interakce**. Všichni členové

rodiny dělají to, co se naučili a dělají to **nejlepší, co dovedou**. Ve své klinické praxi pochopila, že terapie má obsahovat víc než léčbu jednotlivce, který je nositelem symptomů a je proto označen za pacienta. Věřila, že má-li dojít v rodině ke změně na hluboké úrovni, je třeba pracovat se všemi členy rodiny najednou. Úkolem terapeuta je zdokonalit způsob, kterým spolu členové rodiny komunikují. Terapeutická přesvědčení a cíle práce s rodinou i s jednotlivcem, které před 70 lety Satirová vytvořila, jsou nyní integrovány v mnoha terapeutických směrech. Jsou stále aktuální a platná.

Terapeutická přesvědčení V. Satirové

Následující terapeutická přesvědčení se stala základem **Modelu růstu**:⁷

- Změna je možná vždy. Vnitřní změna je možná, i když je omezená možnost změny vnější.
- Rodiče dělají věci tak, jak v danou chvíli nejlépe dovedou.
- Všichni máme své vnitřní zdroje potřebné k úspěšnému zacházení se sebou a k růstu.
- Máme možnost volby, především ve smyslu vědomé odpovědi na stres na místo pouhého reagování na situaci.
- Terapie se má zaměřit na zdraví a možnosti, ne na patologii.
- Naděje je zjevnou a nedílnou součástí procesu změny.
- Lidé se sjednocují na základě podobnosti, a rostou na základě rozdílnosti.
- Hlavním cílem terapie je stát se tím, kdo za sebe rozhoduje.
- Všichni jsme projevem téže životní síly.
- Většina lidí volí to, co zná, zvláště v stresových situacích.
- Problém není problém. Problémem je to, jak s ním kdo zachází.
- Naše pocity patří nám. Všechny.
- Lidé jsou od podstaty dobří. Na to, aby se spojili a ocenili svou vlastní hodnotu, musí nalézt svůj vnitřní poklad.
- Rodiče opakují rodinné vzorce, které dostali jako děti, a to i přesto, že jsou tyto vzorce často dysfunkční.

7 Banman, J., Gerberová, J., Gomoriová, M., Satirová, V.: *Model růstu: Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta 2005.

3. Zdroje Apolinářského modelu

- Nemůžeme změnit minulost. Můžeme změnit její dopad na nás.
- Přijetí a ocenění našich minulých krůčků kupředu zvyšuje naši schopnost zvládat přítomnost.
- Jedním z cílů na naší cestě k celistvosti je přijmout rodiče jako lidi a setkávat se s nimi na úrovni lidství, nikoliv na úrovni rolí.
- „Coping“ (přizpůsobení, adaptace, zvládnutí) je projevem úrovně naší vlastní hodnoty. Vyšší sebehodnota znamená plnější „coping“.
- Vnitřní lidské procesy jsou univerzální, i když se odehrávají v různých situacích, kulturách a za různých okolností.
- Proces je cesta a možnost změny. Obsah formuje kontext, ve kterém se změna může uskutečnit.
- Hlavním cílem modelu růstu je kongruence a sebeúcta.
- Zdraví lidský vztah stojí na rovnocennosti.

„Meta cíle“

Satirová pojmenovala čtyři obecné „meta cíle“, které má terapie sledovat bez ohledu na konkrétní zakázku a potřeby klienta.⁸

1. Odpovědnost

Je třeba posilovat klientovu vlastní odpovědnost za jednání, myšlenky, pocity a vlastní očekávání. Terapie má podporovat jeho schopnost naplňovat své potřeby a touhy.

2. Schopnost rozhodování

Cílem terapie je prohloubení vlastní sebereflexe a sebezpřijetí, díky kterému je klient schopen činit lepší, myšleno zdravější a celistvější, rozhodnutí. Ta berou ohled na kontext, sebe sama i druhé, a to jak na intrapsychické, tak na interakční úrovni.

3. Sebeúcta

Psychoterapie má posilovat klientovu sebeúctu, která v pojetí Satirové znamená pozitivní sebezkušenost na té nejzákladnější úrovni – tedy nejen

8 Banman, J., Satirová, V.: *Psychologické eseje 1963–1983*. Praha: Triton, 2016.

na rovině aktuálního emočního stavu. Prostá touha po příjemných emocích může vyústit v narcistictní vzorec grandiozity. Sebeúcta je stav bytí, který znamená soulad nikoliv pouze s vlastními pocity, ale s celou svojí osobností („self“).

4. Kongruence

Je stavem vnitřní harmonie mezi našim rozumovým a emočním světem. Znamená soulad s životní energií, spojení s „univerzem“, vesmírem a se všemi lidskými bytostmi a životem vůbec. Satirová v souvislosti s fenoménem kongruence říká: „*Mír v nitru, mír mezi lidmi, mír ve světě.*“⁹ „Rodinné kongruenci“ se budeme věnovat podrobněji dále.

Základní terapeutické prvky podle V. Satirové

Aby rodinná terapie mohla být úspěšná, definovala Satirová nezbytné terapeutické prvky. Terapie podle ní musí být:

- 1. Zážitková.** To znamená, že vedeme klienta k tomu, aby prožíval dopad minulých událostí v přítomnosti. Satirová k tomu používala metafory a práci s tělem. Prožitek chtěla nejen podpořit tělesnou paměť, ale chtěla jej v těle i ukotvit. Vytvořila k tomu techniku/metodu, kterou nazvala „sochání“ („*sculpturing*“). Stavěla klienty a celé rodiny do živých obrazů, pomocí kterých jim umožňovala nové vhledy do problémových situací. Využívala vzdálenost, výšku, výraz, dotek, či jakýkoliv jiný impuls, a vždy od klientů vyžadovala reflexi toho, co vidí, co cítí a jaký to pro ně má význam. Sochání později zakomponovala do specifických technik, jako např. do: „*Rodinné rekonstrukce*“, kdy klient znovuprožívá formativní zážitky svého života ovlivněné třemi či více generacemi, nebo „*Večírku částí*“, jehož smyslem je integrovat vnitřní části a zdroje své osobnosti. Použití metafor v terapeutickém procesu považovala za účinný nástroj z důvodů posilování funkcí pravé hemisféry, která změny a vnitřní transformaci prohlubuje. Sochání také umožňuje neuvíznout ve slovech a interpretacích, neverbální práce jde za hranice běžných obran.

9 Satirová, V.: *Kniha o rodině*. Praha: Práh, 1994.

3. Zdroje Apolinářského modelu

2. **Systemická.** Terapie musí působit jak v intrapsychemickém, tak v interaktivním systému, v němž klient prožívá svůj život. Intrapsychemický systém Satirová přirovnávala metaforicky k ledovci. V něm jsou ukryty (ve velké míře skrytě, „pod hladinou oceánu“) emoce, vnímání, potřeby, očekávání či touhy. Interakční systém zahrnuje jak vztahy minulé, tak současné, které klient prožil a prožívá. Oba systémy jsou ve vzájemné interakci. Změna v jednom systému vyvolá změnu v druhém systému. Nicméně rozhodující „transformační změna“ je energetickým posunem v intrapsychemickém systému, který potom navodí změny v systému interaktivním.
3. **Pozitivně zaměřená.** V systemické rodinné terapii podle Satirové terapeut aktivně pomáhá klientovi přerámovat jeho vnímání problému do pozitivně zaměřeného cíle. Terapie je zaměřená na zdraví a na nové možnosti růstu, obsahuje objevování zdrojů, které předpokládanému růstu mohou napomoci. Satirová rozlišovala zdroje vnitřní, zdroje vnější a zdroje spirituální. Věřila, že životní síla, dobrá vůle, naděje a humor jsou vždy přítomny a jsou k dispozici každému, byť nemusí být na první pohled vidět.
4. **Zaměřená na změnu.** V terapii podporuje terapeut očekávání, že změna je možná. Zaměřuje se na změnu a na její možný pozitivní dopad. Klade otázky orientované na proces, např.: „V co jste doufal, že se stane, když přijдете na terapii? Co potřebujete udělat pro dosažení svých cílů? Co chcete, aby se změnilo?“ Takové otázky poskytují klientovi příležitost prozkoumat nezmapovaná místa uvnitř sebe sama. Klienti často chtějí, aby se něco změnilo, bez toho, aby se zavázali k provedení nutných změn. Často mají očekávání a přání, aby změnu udělal ten druhý, nebo aby se změnila okolnosti. Satirová vedla klienty k tomu, že změna vnitřní vede ke změně vnější. A také, že není-li možná změna vnější, je vždy možná změna vnitřní.
5. **Osobnost terapeuta.** Pokud má být terapeutickým cílem klientova kongruence, je nezbytné, aby se i sám terapeut choval a komunikoval kongruentně. Kongruentní komunikace obsahuje kongruentní jazyk a také kongruentní vztahovou složku komunikačního aktu, tedy „dojem“. Dojem zahrnuje charakter hlasu, mimiku, gesta, polohu těla, tonus, barvu

kůže, nebo třeba dýchání. Satirová byla přesvědčená, že nonverbální komunikace tvoří ve většině interakcí více než polovinu informace. Když je terapeut kongruentní, prožívá ho klient jako pečujícího, přijímajícího, plného naděje, zvědavého, autentického a angažovaného. Kongruentní jednání terapeuta na zážitkové rovině formuje klientovu zkušenost, na jejímž základě může zažívat nové pojetí sebe sama. Taková zkušenost bývá často korekcí minulých prožitků, např. zkušeností z původní rodiny. Klient v terapii nově zažívá respekt, ocenění a přijetí. To umožňuje podle Satirové spojit se s rodiči jako s lidmi a chápat jejich lidství, nikoliv pouze vztahovat se k nim jako k otci či matce, a to následně otevírá prostor k převzetí odpovědnosti za to, že můžeme žít podle vlastních očekávání a představ, bez nenaplnitelných iluzí.

Metafora ledovce

Metafora ledovce umožňuje terapeutům prozkoumávat jednotlivé části osobnosti klienta, oslovovat je a postupně pomáhat měnit. Satirová s oblibou říkala: „Stejně jako ledovce i my lidé ukazujeme světu jen malou část sebe sama. Většina zůstává druhým skryta.“¹⁰ O ledovci víme, že jeho větší část (pravděpodobně až 80%) je skryta pod hladinou. Ačkoli o části pod hladinou všichni víme, její přesnou podobu nedokážeme určit. Stejně tak nedokážeme přesně určit pocity, vnímání, očekávání a touhy druhých, ačkoli vidíme jejich chování, jejich výraz, slyšíme jejich slova i tón hlasu. Můžeme se domnívat, že například partnerovo mlčení znamená, že partner cítí vztek, ale je možné, že partner cítí něco jiného, například beznaděj nebo smutek. Satirová učila své klienty zkoumat svůj vlastní ledovec, své vlastní pocity, svoje vnímání, očekávání a touhy a zároveň poznávat ledovec toho druhého. Satirová věřila, že všichni lidé na celém světě mají některé touhy společné: touhou po svobodě, po respektu a po lásce. Satirová věřila, že každý potřebuje být milovaný otcem a matkou a každý potřebuje milovat své rodiče. Každý potřebuje být milovaný blízkou osobou, stejně jako moci někoho milovat, ale také moci milovat sám sebe.

10 Satir, V., Gomori, M., Gerber, J., Banmen, J: *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1991.

Rodinná kongruence

Satirová byla přesvědčená, že jako děti přicházíme na svět kongruentní a teprve v průběhu života se učíme nekongruentní postoje, které nám v danou chvíli umožňují přežít či zvládnout konfliktní situaci. Usmiřováním uklidníme rozhněvaného rodiče, obviňováním nebo rozumováním získáme převahu nad sourozencem, rušením unikneme od nepříjemné situace a podobně. Některé nekongruentní postoje získáváme imprintingem jako vzorce chování od svých rodičů. V původní rodině se naučíme, jak se chovat v problémové situaci, jak zacházet s emocemi a jak vyjadřovat svoje potřeby. V průběhu terapie se potom snažíme transformovat tyto staré vzorce na funkčnější „kongruentní tvary jednání“. Kongruence tedy znamená soulad a respekt se sebou samým, s druhými, s kontextem, reprezentuje lásku k sobě i druhým, a také významově obsahuje soulad naší verbální a neverbální komunikace. Je obrazem emoční pravdivosti, ochoty nést rizika a zkusit něco nového, schopnosti komunikovat včetně umění vyjadřovat nesouhlas a schopnosti vnímat a přijímat, jak mě vidí ti druzí.

Rodina komunikuje kongruentně, a tedy funkčně a efektivně, pokud jsou splněna následující kritéria:

- Započaté transakce jsou dokončovány.
- Otázky jsou kladeny jasně a odpovědi jsou jasné a srozumitelné.
- Nepřátelství a konflikt jsou rozpoznány a zpracovány.
- Členové rodiny znají sami sebe a to, jak jsou viděni druhými.
- Každý může vyjádřit odchylné mínění o druhých, komunikovat naději, očekávání i obavy.
- Rozdílné názory jsou přípustné.
- Jednotliví členové rodinného systému mohou volit mezi jednotlivými alternativami chování. Každý se může učit ze zkušenosti a opouštět staré, zastaralé vzorce.
- Zprávy vysílané mezi členy rodiny jsou jasné a chování je s nimi v souladu. Mezi projevovanými pocity a komunikovanými zprávami je malý rozdíl. Je minimum „maskovaných“ zpráv.

V souvislosti s kongruencí pojmenovala Satirová **pět základních svobod**, které jednotlivým členům rodiny umožňují žít plnější a tvořivější život a také vytvářet spokojenější vztahy:

DUŠE RODINY

- Mám svobodu vidět a slyšet, co je tady a teď, namísto toho, co by mělo být, co bylo nebo bude.
- Mám svobodu říkat, co si myslím a co cítím, namísto toho, co bych říkat měl.
- Mám svobodu mít pocit, který mám, namísto toho, který bych mít měl.
- Mám svobodu požádat o to, co chci, na místo věčného čekání na povolení od ostatních.
- Mám svobodu riskovat sám za sebe, namísto toho být pořád v bezpečí a „nerozhoupat lod“.

Deklarace sebeúcty Virginie Satirové

„Já jsem já. Na celíčkém světě není nikdo jako já. Všechno, co ze mě pochází, je zaručeně moje, protože Já sám/sama jsem si to zvolil/a. Vlastním na sobě všechno – své tělo, své pocity, svá ústa i hlas. Své chování k sobě i druhým, fantazii, naději, sny i strach. Víím, že v sobě mám hádanky i věci, kterým nerozumím. Ale dokud jsem svým přítelem a miluji se, můžu si dodávat odvahu a s nadějí hledat řešení záhad a hledat cesty, jak se o sobě dovědět víc. Jakkoliv vypadám a zním, cokoliv dělám a říkám a cokoliv si myslím a cítím v danou chvíli, je stoprocentně moje. A když mi časem něco z toho, jak jsem vypadal/a, zněl/a, myslel/a cítil/a, přestane vyhovovat, mohu to opustit a zbytek si nechat. Zkusit něco nového namísto toho, co mi už nesedí. Můžu a umím vidět, slyšet, myslet, mluvit a dělat. Mám „nářadí“ k přežití, k tomu být blízko ostatním, být produktivní a dávat smysl a pořádek světu lidí. I věcem mimo mě. Jsem svůj/svá, a proto na sobě mohu pracovat. JÁ jsem JÁ a je to tak dobře.“

Strukturální rodinná terapie: Salvador Minuchin

„Stručně řečeno, zájmem rodinné terapie je změna. V rámci oboru pracuji se sadou premis, které jsou mi důvěrně známé. Zkoumám vzdálenosti uvnitř rodiny a mapuji rodinu podle těchto parametrů. Ve své praxi se utvrzuji v názoru, že pro rodiny **existuje omezený počet vhodných organizačních uspořádání** a tato uspořádání jsou ovlivňována sociálním i historickým kontextem, stupněm vývoje rodiny a typickými faktory. Každé z možných uspořádání rodiny klade na její členy jisté požadavky. Proto terapeut zapojuje rodinu do terapeutického systému a pokouší se pomoci realizovat alternativní způsoby bytí. Terapeutickým cílem je rozšířit členům rodiny repertoár odpovědí na složitosti života.“¹¹

(Slova Salvadora Minuchina pronesená na konferenci „Evolution of Psychotherapy“ pořádané Nadací Milтона H. Ericksona v roce 1985 v arizonském Phoenixu.)

Salvador Minuchin, podobně jako Virginie Satirová, stál u kolébky vývoje rodinné terapie a dodnes patří mezi nejvlivnější rodinné terapeuty vůbec. Ve své klinické praxi si při práci s pacienty a jejich rodinami všiml velmi jednoduchého principu, a to že na utváření jedince má hlavní vliv rodinný a sociální (nebo chcete-li sociokulturní) kontext. A že chceme-li poznat význam nemocí, symptomů a obecně problémů, kterými strádáme, musíme se zaměřit na nejbližší vztahy v našem okolí.

Minuchin považoval umístění patologie při vzniku psychických onemocnění do psychiky jedince za zjednodušující a chybné. Patologie může být umístěna uvnitř jedince, stejně jako v jeho sociálním prostředí, i ve zpětné vazbě mezi nimi. Ve svém terapeutickém přístupu definoval tři axiomy:¹²

1. Žádný psychický život jedince není záležitostí vnitřních procesů. Jedinec ovlivňuje své prostředí, které ho zpětně ovlivňuje v neustále se

11 Zeig, J. K.: *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005.

12 Minuchin, S.: *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

DUŠE RODINY

opakujících interakcích vzájemného působení. Člověk žijící v rodině je členem systému, kterému se musí přizpůsobit. K jedinci lze přistoupit jako k subsystému či k části systému, nicméně neustále je třeba mít na paměti celek.

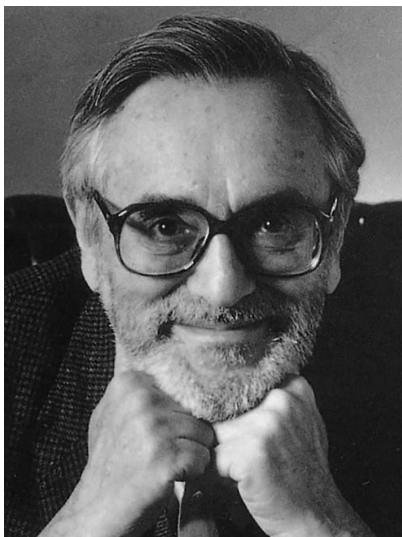
2. Změny v rodinné struktuře přispívají ke změnám v chování i vnitřních psychických procesech jednotlivých členů tohoto systému.
3. Terapeutovo chování se stává součástí tohoto kontextu, to znamená, že terapeut a rodina se spojují a vytváří nový systém („terapeutický systém“) ovládající chování jednotlivých členů.

Strukturální rodinná terapie je terapie činu. Nástrojem této terapie je **změna v přítomnosti**, nikoliv zkoumání a výklad minulosti. Cílem zásahu je rodinný systém, terapeut se k němu připojuje a usiluje o jeho proměnu. Smyslem terapie je dosáhnout adekvátní, to znamená efektivnější a **funkčnější rodinné organizace**. Funkcí rodinného systému je podpora, přizpůsobení, výživa a „zespolečenštění“ svých členů. Terapeut je v aktivní roli a přidává se k rodině proto, aby „opravil“ či pozměnil její chod tak, aby tyto základní funkce mohla lépe plnit. Vymezuje **hranice**, posiluje interakce, jindy pro dosažení změny navozuje terapeutickou nerovnováhu. Zajímá se více o samotné členy domácnosti než o vnější vlivy a zevní systémy. Změna nastává v přítomnosti, dochází k ní v průběhu terapie. Pozornost věnuje blízkosti či vzdálenosti členů rodiny a hranicím mezi nimi. Sleduje **hierarchii** mezi členy rodiny a vytvořeně **aliance** či **koalice**. Zajímá ho vnitřní soudružnost rodinného systému a její strukturální protipóly, „**zamotání/propletení**“ („enmeshment“) či „**rozvolnění**“ („disengagement“). Problémy a symptomy vidí jako důsledek rigidní a dysfunkční rodinné struktury a organizace.

Salvador Minuchin

Díváme-li se na život Salvadora Minuchina (1921–2017), nelze se ubránit dojmu, že vše, co dělá jeho přístup k rodinné terapii jedinečný, je v něm obsaženo. V citaci z domovských stránek jeho posledního působiště se uvádí: „Narodil se v Argentině v roce 1921 jako první ze tří dětí přísnému a spravedlivému otci, který vlastnil malý podnik, ochranné matce, která vedla domácnost, a velké rozvětvené rodině usazené v úzce propojené

3. Zdroje Apolinářského modelu



SALVADOR MINUCHIN (13. října 1921, San Salvador, Argentina – 30. října 2017, Boca Raton, Florida, USA) byl rodinný terapeut narozený a vyrostlý v San Salvadoru, Entre Ríos, Argentina. Vyvinul strukturální rodinnou terapii, která řeší problémy v rodině mapováním vztahů mezi členy rodiny nebo mezi podskupinami rodiny.

komunitě přistěhovalých ruských Židů, což představovalo čtvrtinu obyvatel malého venkovského města... Tato komplexní zkušenost ho zcitlivěla na fungování rodin a větších systémů a na potřebu vzájemné závislosti, loajality a sociální spravedlnosti.¹³

V tomto krátkém popisu je obsaženo tolik typického pro strukturální rodinnou terapii, kterou Minuchin vytvořil. Rodinný řád a hierarchie vyplývající ze sociokulturních podmínek, neviditelné, a přitom tak určující hranice a vazby mezi rozličnými částmi rodinných celků (subsystémy), víra v rodinu a život, který se neustále mění, stejně jako nás druhé, kteří se chtě nechtě měníme s ním.

Zažil se svou rodinou socioekonomické dopady krizí i vzestupů. V roce 1940 nastoupil na studium medicíny na univerzitě v Cordobě, ale po vojenském převratu byl ve čtvrtém ročníku jako aktivní účastník studentského odporu zatčen, na tři měsíce uvězněn, ze studia vyloučen a po změně politických poměrů opět přijat. V roce 1948 po vypuknutí první arabsko-izraelské války odjel z Argentiny a připojil se k izraelské armádě jako lékař. Po válce se už do Argentiny nevrátil, odjel do New Yorku a stal se dětským psychiatrem. Na svém prvním působišti pracoval s dětskými pacienty s těžkými psychotickými onemocněními.

13 <https://minuchincenter.org/salvador-minuchin/>

DUŠE RODINY

Vyškolil se jako mnoho dalších rodinných terapeutů v psychoanalýze, ale při práci s chudými obyvateli velkoměstských předměstí zjistil, že tento přístup se mívá účinkem. Dlouhé, nekonečné terapie, málo srozumitelné interpretace, chráněné terapeutické prostředí, a proti tomu potřeba akčnosti, nutnosti se neustále a rychle rozhodovat. Se skupinou kolegů, Dickem Auerswaldem, Charlesem Kingem, Brauliem Montalvem, Clarou Rabinowitzovou a minimem teorie či praxe, se Minuchin rozhodl pracovat s mladými pacienty v kontextu jejich rodin. Tým nainstaloval do ordinace jednosměrné zrcadlo, vzájemně se jeden od druhého učil, jak vést rozhovory s rodinami, a během osmi let vyvinuli teorii fungování rodiny v znevýhodněných podmínkách,¹⁴ která se stala základem strukturální rodinné terapie.

V roce 1965 byl Minuchin jmenován ředitelem Philadelphia Child Guidance Clinic a vzniklo tak stejně věhlasné propojení osoby a místa jako v případě Gregory Batesona a Paula Watzlawicka s Mental Research institute v Palo Alto, nebo v případě Miltona Ericksona a Phoenixu, Virginie Satirové a Crested Bute či Mary Selvini Palazzoli a Milánské systemické školy. Téměř z ničeho vybudoval jedinečné klinické zařízení a společně s Brauliem Montalvem a Jay Haleym vytvořili jedno z největších vzdělávacích a tréninkových center v USA, jehož podstatou byly živé supervize všech sezení, tedy metoda, která komunitním pracovníkům umožnila proměnit jejich spontánní reakce při práci s klienty v terapeutické intervence. Stejný induktivní přístup ve vzdělávání byl použit k posunu myšlení a praxe odborníků kliniky z individuálního na rodinný a systémový rámec. Prostřednictvím výcvikového centra rodinné terapie na téže klinice vyškolil v následujících letech stovky rodinných terapeutů z celého světa. Počátkem osmdesátých let 20. století se toto centrum (SFT) stalo nevlivnější a nejrozšířenější školou rodinné terapie.

Ještě v 92 letech byl na poli rodinné terapie aktivní, přičemž zůstal věrný svému pedagogickému principu, že „nejlepší učení pochází z děláním“. Zemřel v 96 letech.

14 Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013.

Rodinná struktura

Pojem rodinné struktury definuje Minuchin takto: „*Rodinnou strukturu tvoří soubor neviditelných funkčních požadavků, jež organizují způsob chování rodinných příslušníků. Rodina je systém, jenž je v chodu na základě transakčních vzorců. Opakované transakce vytvářejí vzorce jak, kdy a ke komu se vztahovat – a právě tyto vzorce jsou základem tohoto systému. Když matka řekne dítěti, aby vypilo šťávu, a dítě poslechne, vymezuje tato transakce, kým je v daném kontextu a chvíli ona ve vztahu k dítěti a kým je dítě ve vztahu k ní. Opakované úkony za daných podmínek vytvářejí transakční vzorec.*“¹⁵

Transakční vzorce ovládají chování rodinných příslušníků a jsou regulovány dvěma druhy omezení. První je generické povahy a představuje univerzální pravidla rodinné organizace, kam patří hierarchie vlivu a moci nebo funkční komplementarita mezi mužem a ženou (matkou a otcem ve vztahu k dítěti). Druhý systém omezení je idiosynkratické povahy a zahrnuje vzájemná očekávání jednotlivých členů rodiny. Ta jsou dána explicitními či implicitními vyjednáními, často zapomenutými a představují jakéhosi „autopilota“ stereotypně se opakujících vzorců či transakcí. Takovým způsobem je rodinný systém udržován v chodu. Je v něm ukotvena odolnost vůči změně a preferované vzorce chování probíhají, dokud je to možné. V okamžiku kdy se objeví odchylka jdoucí za práh tolerance, spouští se mechanismus, který má tendenci nastolit původní pořádek.

Pokud se dané podmínky změní, ať už jsou vnitřní nebo vnější, rodinný systém je vystaven nutnosti se přizpůsobit se. Úspěch takové „transformace“ závisí od schopnosti rodiny použít alternativní transakční vzorce, aniž by nicméně došlo ke ztrátě kontinuity důležité pro základní orientaci rodinných příslušníků. Ve shodě s evoluční teorií tedy považuje Minuchin za základní požadavek na funkční rodinnou strukturu schopnost se „přizpůsobit“, když se dané podmínky změní a také schopnost „transformace“.

- Strukturu rodiny vytváří **pravidla interakcí a očekávání**.
- Cílem terapie je změnit strukturu v rodinném systému (**restruktura**ce).

15 Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013, str. 55.

Základní terapeutické prvky

„Je velkou zásluhou Minuchinovy strukturální rodinné terapie, že tematizovala význam hranic a struktur. Při práci s rodinami pomáhá otázka, jak vypadá vztah mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí a zda jsou hranice v rodině jasné či difúzní. Odvážný a jasný, často konfrontační Minuchinův způsob povzbudil u mnohých odvahu vyjadřovat se v terapii zřetelnou řečí.“ (Schlippe a Schweitzer)¹⁶

Subsystémy a hranice

Podobně jako Satirová, definoval Minuchin tři hlavní ohniska zájmu v rodině. Věrný systemickému jazykovému ukotvení je nazval **subsystémy**. Hlavními subsystémy jsou *manželský* (mužsko-ženský, dnes často i stejnopohlavní), *rodičovský* (někdy označovaný jako výkonný) a *sourozenecký* (v případě jedináčků lépe dětský). Každý člen rodiny nicméně patří do řady dalších subsystémů, a právě na základě různých subsystémů vykonává rodinný systém svoje vývojové úkoly.

Každý subsystém si tvoří pomocí pravidel svoje vlastní **hranice**, které určují, kdo se do čeho zapojuje a jak. Účelem hranic je chránit rozlišení v celém rodinném systému. Ovlivněn svojí ženou, vývojovou psycholožkou, vnímal Minuchin v rodinných subsystémech úkoly, které kladou na své členy jisté požadavky. *„Hranice subsystémů musí být naprosto zřetelné, aby v rodině vše šlo tak, jak má.“¹⁷* V tomto normativním přesvědčení byl Minuchin naprosto nekompromisní a v dalších letech s rozvojem postmodernismu proto mnohokrát kritizován.

Minuchin rozlišoval více než jen jasné a nejasné hranice. Zavedenou se stala škála, na jejímž jednom konci je tzv. **rozvolnění** (představující rozptýlení hranice mezi subsystémy) a na straně druhé tzv. **zamotání/propletení** (představující rigidní hranice mezi subsystémy). Někde uprostřed je normální a tedy „žádoucí“ uspořádání. Minuchinův přístup byl normativní, byl toho názoru, že *„existuje jen omezený počet vhodných organizačních uspořádání v rodině“*.

16 Von Schlippe, A., Schweitzer, J.: *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2006.

17 Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013.

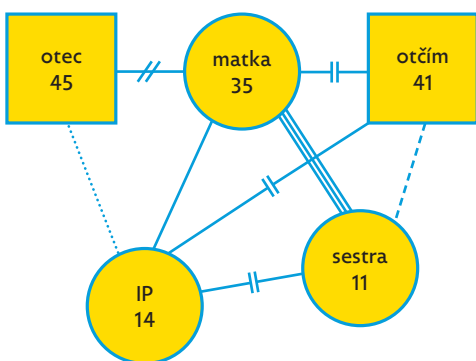
3. Zdroje Apolinářského modelu

Strukturální analýza

Pro zaznamenání základních transakčních vzorců v rodině používal Minuchin sadu ustálených značek a symbolů. Šlo o dynamický genogram, interakční mapu vztahů, jak se jeví při setkání s rodinou. Procesu vzniku těchto „obrazů“ říkal strukturální analýza. Minimálně pro první fáze chápání vztahů a transakčních vzorců v rodině jde o velmi užitečnou pomůcku.

Pro představivost uvádíme příklad takové „mapy“ i s legendou strukturálního záznamu:¹⁸

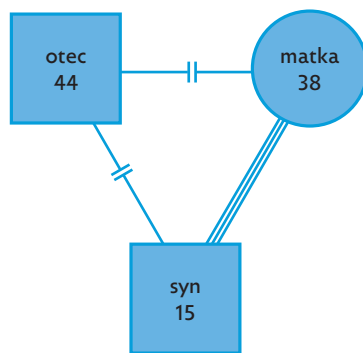
Obr. 1



mentální anorexie

Matka (35) se rozvede s otcem (46) se kterým měla původně dceru (14). Ta je identifikovaným pacientem. Dcera má nejasnou hranici s otcem, který je pro ni složitě dostupný. S matkou má rigidní vztah, taktéž v zásadě konfliktní. Matka má z druhého manželství s otčím sestru (11), která je rozmazlovaná, proto na ni IP žárlí. V rodinném systému si IP získává pozornost prostřednictvím symptomu mentální anorexie, hubne.

Obr. 2



drogy

Mezi otcem (44) a matkou (38) je konflikt. Mezi otcem a synem (15), který je identifikovaným pacientem je taktéž konflikt. Matka synovi vše dovolí („ma-ma-hotel“) a syn bere drogy.

Legenda:	-----	jasná hranice
	nejasná hranice
	————	rigidní hranice
	=====	spojenectví
	=====	přehnaná náklonnost
	—— ——	konflikt
	——//——	rozvod

18 Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013.

Rodinná restrukturační a role terapeuta

Restrukturační představuje terapeutické zásahy, které směřují k adekvátní, to znamená funkční organizaci rodinného systému. Každá rodina, která přichází na terapii poprvé, umožňuje terapeutovi svým zasedacím pořádkem vytušit spojení, koalice, izolaci nebo ústřední roli některého z členů rodiny. Dítě, které si drží pozici v bezprostřední blízkosti matky a při každé verbální reakci se na ni dívá a ověřuje, zda to, co říká je v pořádku, je obrazem, jak daný rodinný systém funguje i v jiných kontextech, než je ten terapeutický. Naopak člen rodiny, na kterého nevyhází při začátku terapie židle, neví, kam si má sednout a nikdo mu nevěnuje pozornost, nabízí terapeutovi informaci o tom, jak neutěšená je v rodinném systému jeho pozice. Tyto vnější tvary rodinné organizace má za cíl strukturálně pracující rodinný terapeut zmapovat a změnit a tím nastartovat navazující změny vedoucí k vymizení symptomu.

Restrukturační představuje „zlatý hřeb“ léčení a vytváří pohyb směrem k dosažení terapeutických cílů. Do vlastní terapeutické práce patří následující intervence:

- Připojení terapeuta k rodině a přizpůsobení
- Měnění rámce a transakčních vzorců
- Přehrávání
- Vymezování hranic
- Stupňování napětí
- Zadávání úkolů
- Práce se symptomem
- Manipulace náladami
- Podpora, vzdělávání a vedení

Terapie nemůže začít bez adekvátního připojení terapeuta k rodině. Po takovém spojení a naladění přebírá terapeut funkci režiséra a stává se postavou rodinného dramatu. Orchestruje jeho průběh, podle uvážení vytváří spojení, vstupuje do koalic, posiluje či oslabuje hranice mezi subsystemy, podporuje či naopak oslabuje transakční vzorce. Je aktivní a direktivní, a tuto roli využívá proto, aby rodině přinášel výzvy a otevíral možnosti k experimentům s alternativními transakčními schémata. Jeho úkolem je zachovat si dostatek svobody na to, aby mohl dirigovat zásahy, které otřesou dysfunkční rodinnou strukturou a umožní pohyb směrem

3. Zdroje Apolinářského modelu

k cílům terapie. Tato svoboda jednání je důležitá, protože pokud o ni terapeut přijde, stává se pevnou součástí rodinného systému a ztrácí možnost dělat restructurační intervence. Představme si, že do terapie přichází matka s pubertálním synem a s problémem jeho neovladatelnosti. Na samotném sezení je její mateřská nekompetence viditelně patrná. Syn si dělá, co chce, matku neposlouchá a terapeutické „připojení“ a práci komplikuje. Terapeut ve snaze neztrácet čas může začít namísto matky na syna uvalovat různá omezení a přebírat za matku její rodičovskou roli. Stává se „adoptivním“ rodičem a matka se v důsledku toho může zcela vzdát svých rodičovských kompetencí. Namísto toho aby rodina našla nový způsob organizace vedoucí ke zkompetentnění matky, stává se pravý opak.

Terapeut může měnit rámec sezení, manipulovat s prostorem, měnit podle potřeby rozsazení rodinných příslušníků a mapovat transakční vzorce v rodině. Je sice v aktivní roli, ale neměl by se stát ústřední postavou terapeutických interakcí, protože by se snadno mohlo stát, že jednotliví členové rodiny budou komunikovat pouze s ním a z terapeutického procesu zmizí autentické interakční vzorce běžného fungování rodiny. Pomocí vymezování hranic podporuje terapeut psychosociální růst členů při zachování celistvosti rodinného systému a funkční nezávislosti jeho jednotlivých částí. Je-li potřeba, terapeut stupňuje napětí v rodinném systému, protože dysfunkční transakční vzorce se vynořují typicky, když se rodina vyrovnává se zátěží. V průběhu terapie zadává úkoly a to způsobem, aby umožňovaly transakční aktivitu: *„Mluvte dál a nedovolte, aby vám manželka skákala do řeči“*. *„Kdykoliv budete mít pocit, že váš syn potřebuje podporu, položte mu ruku na rameno“*, atd.

Symptomy, se kterými rodina přichází, považuje terapeut za důležité, protože zaujímají zvláštní, „uzlové“ místo v rodinných transakcích a práce s nimi bývá nejpřímější cestou k diagnóze i změně dysfunkčního chování. Někdy používá terapeutické manévry „zveličení symptomu“ nebo naopak jeho „zlehčení“, jindy se snaží o přesunutí pozornosti od symptomu identifikovaného pacienta k jinému členu rodiny a jinému problému („přesun k novému symptomu“), čímž dochází k pohybu v rodině a k vytvoření nového kontextu fungování původního problému, se kterým rodina do terapie přišla.

Terapeut může během sezení pracovat s emocemi a ovlivňovat rodinné nálady např. podporou a zvýšením intenzity reakce, a tak vyvolat v rodině vědomí o nezbytnosti změny. I podpora, vzdělávání a vedení může v sobě

ukrývat restructurační funkce. Výživa, péče a podpora, kterou rodina svým členům poskytuje, jsou nezbytné nejenom pro ně samotné, ale i pro zachování celistvosti rodinného systému. Je-li výkonné fungování rodiny oslabeno, může tuto roli převzít dočasně terapeut a vysvětlit např. rodičům, že se mají k dětem chovat rozdílně, s respektem k jejich individuálním potřebám. Terapeut může učit děti i rodiče posilovat je v jejich kompetencích, stejně jako může zakomponovat do procesu restrukturalizace rodiny vnější systémy (příslušníky širší rodiny, vrstevníky apod.).

Významná rodinná terapeutka Lynn Hoffmanová o procesu restrukturalizace řekla: „Školy či terapie, které kladou důraz na získávání informací nebo ponořování se do historie problému, mívají skutečnost, že zaměření na obsah může terapeutovi zatemnit mimořádně důležité záležitosti: S kým (kdo) mluví? Kdo smí (s kým) mluvit? Kdo je (kým) povyšován? Koho (kdo) vyzývá? Které osoby (se otázkami) sblíží? (Kdo) koho od sebe odsouvá? S kým (kdo) tvoří koalici? S kým (kdo) naopak ne?“¹⁹ **Restrukturalizace je proces „tady a teď“.**

Dobový kontext a „střet“ s postmodernistickými přístupy

V roce 1998, když bylo Minuchinovi 77 let, zúčastnil se workshopu čtyř předních představitelů rodinné terapie. Zastánci více tradičního pojetí byli zastoupeni Salvadorem Minuchinem a Mauriciem Andolfim (spolupracovníkem Mary Selvini Palazzoli z Milánské školy), postmoderní směr reprezentovali Insoo Kim Berg a Karl Tomm. Jak píše Minuchin:

„K mému překvapení byl na dalších dvou prezentovaných sezeních, přítomen vždy pouze jeden člen rodiny. Insoo Kim Berg pracovala s afroamerickou sociálně slabou matkou, která měla dvě děti v pěstounské péči. Karl Tomm také vedl rozhovor s jedinou osobou, matkou, ale kladl otázky zaměřené na její osvojenou dceru. Zázitek na konci těchto dvou dnů byl pro mě zneklidňující. Zdá se mi, že Insoo Kim Berg a Karl Tomm argumentovali tím, že

19 Hoffman, L: *Foundations of Family Therapy*. New York: Basic Books, 1981.

3. Zdroje Apolinářského modelu

„rodinná terapie“ nevyžaduje spolupráci s rodinou. To mě přimělo zamyslet se nad tím, zda postmodernistické myšlenky, které se zdají být v naší odborné literatuře tak rozšířené, mají něco společného se zmizením rodiny z léčebného procesu.“²⁰

Postmoderní vlna v rodinné terapii otupila u Minuchina hrany jeho direktivnosti a konfrontačnosti, nicméně nevychýlila ho z jeho přesvědčení o nenahraditelnosti živých rodinných interakcí. Nezpochybňoval zaměření na alternativní příběhy, které jsou vlivem dominantních diskurzů vytlačovány z povědomí nejen v rodinách (jak ostatně jako židovský emigrant sám na sobě zakoušel po celý život). Podle něj však „*individuální způsob práce narativních terapeutů privileguje diskurz jedince a opomíjí původně zásadní systemickou myšlenku, že členové rodiny spoluvytvářejí význam rodinného dění.*“²¹

Český kontext

Minuchinovi myšlenky se více či méně přiznaně odrážejí i v českém kontextu. Minimálně dva výrazné směry si zde připomeňme, už jen proto, že v reakci na předchozí „kritickou“ či vymezující podkapitulu jde o velmi podařené integrativní strukturálně-narativní modely.

Jde o metaforu „Ostrova rodiny“, kterou Zdeněk Rieger a Hana Vyhánková vyvinuli v 90. letech v pražském RIAPSu a metaforu „Sociální dělohy“ Ludmily Trapkové a Vladislava Chvály z libereckého LIRTAPSu, která otevřela dveře rodinné terapie u nás do světa psychosomatiky.

V obou případech se jedná o zcela originální a jedinečné odborné koncepty, které svým významem daleko přesahují rámec České republiky.

20 Minuchin, S.: *Where is the family in narrative family therapy?* Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 24, No. 4, s. 397, 1998.

21 Vybíral, Z., Roubal, J.: *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2012.

Strategická rodinná terapie: Jay Haley a M. H. Erickson

„Změna přináší změny“

Strategická rodinná terapie je označení pro terapeutické styly a typy rodinné terapie, kde na sebe terapeut bere **přímou odpovědnost** za ovlivňování členů rodinného systému. Skládá se z řady postupných kroků na cestě od jedné formy abnormální organizace rodinného systému k jinému, „normálnějšímu“ (a zdravějšímu) uspořádání. Strategicky pracující rodinný terapeut je v aktivní roli, interaguje, intervenuje, a dalo by se říct, že i vědomě „manipuluje“ rodinným systémem. Jedná pragmaticky, do terapie přináší nápady, o kterých si myslí, že mohou nastolit změnu a rozbít stereotypy, které rodině přináší trápení a které chce rodina změnit, akorát neví jak.

Změna, symptom, role terapeuta a rodinné nevědomí

Cílem terapie je změna

Lze namítnout, že každý přístup v rodinné terapii a psychoterapii obecně usiluje o změnu symptomatického chování. Logicky. Klienti chodí do terapie proto, že mají nějaké problémy a od terapeutů očekávají, že jim je pomohou vyřešit. V tomto duchu také začíná předchozí kapitola, popisující strukturální přístup v rodinné terapii a osobnost jejího zakladatele Salvadora Minuchina: „*Stručně řečeno, zájmem rodinné terapie je změna*“. Jednotlivé školy či přístupy v rodinné terapii se nicméně mezi sebou významně liší způsoby, kterými je taková změna dosahována. Odlišují se mezi sebou ohniskem zkoumání toho, co považují za pravou podstatu problému a rozdíly v přístupu terapeuta k rodině a rodinnému systému. V jeho aktivitě, angažovanosti, neutralitě a zjednodušeně řečeno v praktických podobách komunikace terapeuta s rodinou. Smyslem terapie je přeměna interpersonálního problému v „prospěšnější“, pro rodinu výhodnější situaci. Změna má odstranit symptomatické chování a komunikační vzorce v rodinném systému, kde je „řešení problémem“. Aby mohlo dojít ke změně, musí být problém stylizován do řešitelné podoby. Změna se odehrává typicky mimo aktuální sezení. Motto strategické terapie je: „*Změna přináší změny*“.

Symptom

Symptom a symptomatické chování považují strategičtí rodinní terapeuti za **zavádějící pokus o změnu**, který v konečném důsledku udržuje „*patologickou homeostázu*“, tedy rovnováhu v systému rodiny s přítomností problému. Symptomy jsou součástí interakčních vzorců, které mají svoji funkci v interpersonální komunikaci a které fungují jako homeostatický mechanismus regulující rodinné interakce.

Role terapeuta: Metafora, vyprávění příběhů a strategické intervence

Strategický rodinný terapeut pracuje často v metaforách. Vypráví příběhy, které se samotných rodinných realit nemusejí přímo dotýkat, používá je spíše proto, aby se rodina mohla inspirovat a rozhodnout pro změnu svého chování. Detaily rodinné anamnézy ho zajímají málo, pokud vůbec. Pochopitelně respektuje individuální „pravdy“ a narativy, kterými jednotliví členové rodinného systému popisují, co je trápí, ale vnímá je jako kvalitu a významy, které trápení spíše udržují než, že by pomáhaly v jeho odstranění. Zajímá ho, jak se děje to, co rodina nazývá problémem. Dává pozor na nepatrné změny, které naznačují ochotu klienta se měnit. Pomocí cirkulárního dotazování zkoumá symptomatické chování ve vztahových souvislostech a pomocí **pozitivní konotace, přerámování či strategických (často paradoxních) direktiv** uvádí rigidní rodinný systém do pohybu. „Pohyb“ v rodinném systému je klíčový proto, aby mohlo dojít k prolomení dysfunkčních stereotypů, které udržují patologickou homeostázu a brání změně.

Rodinné „nevědomí“ a terapie jako proces „nevědomého učení“

Terapeut nesmí chtít příliš mnoho příliš rychle. V práci s rodinou dosahuje malé změny, a pak ji rozšiřuje („*amplifikace*“). Malá změna přináší další změny a může proměnit celý rodinný systém. „*Ano, to je přesně ono, zůstaňte tak*“, instruuje terapeut klienta v okamžiku, kdy má dojem, že se dotýká něčeho podstatného, např. skrytých obsahů svého nevědomí. Pro prolomení strnulosti a patologické homeostázy udržující dysfunkční rodinné interakce je nezbytné hledat a objevovat v rodině „**nevědomé zdroje**“. Strategická rodinná terapie je vlastně procesem „nevědomého učení“. Vychází z předpokladu, že lidé dokáží využít zkušeností, o nichž nevědí, že je mají. Pokud se v terapii povede ovlivnit klientovy nevědomé vzorce, otevírá se prostor pro změnu myšlení a chování a nastolená změna se stává pevnější a trvalejší. Stává se změnou intrapsychoickou, jejímž

korelátem je vyšší míra svobody, flexibility a kreativity v celém rodinném systému. Na rozdíl od psychodynamických škol nepovažují strategičtí rodinní terapeuti za nezbytný kognitivní náhled a interpretaci původně nevědomého obsahu, který způsobil problém. Klienti tedy nemusí vědět „co“ bylo příčinou jejich obtíží, ani „jak“ došlo ke změně. Naopak. Soustředění pozornosti klientů na porozumění toho, „proč“ se k sobě chovali nešťastným způsobem, může bránit terapeutické změně. Změna nicméně musí odpovídat přirozenému procesu růstu klienta a rodiny jako celku, jinak by se jednalo o prostou manipulaci a změna by nepřinesla rodině úlevu a také by neměla trvalý charakter.

Aktivní role terapeuta a terapeutické direktivy vychází ze zkušenosti použití hypnózy v psychoterapii. V Ericksonovském pojetí nehovoříme nutně o tradičním hypnotickém rituálu s navozením stavu transu či hypnotického spánku, ale o specifický typ komunikace mezi terapeutem a klientem/rodinou (např. důrazem na určitá slova), při kterém dostává klient direktivu, jejímž prostřednictvím dochází k přeměně symptomatického chování v interpersonálním kontextu v „prospěšnější“ situaci bez přítomnosti symptomu.

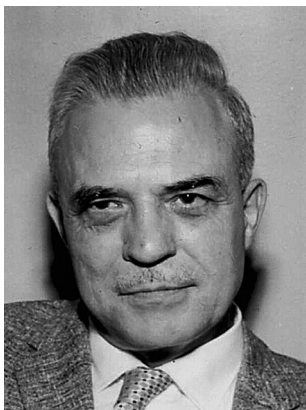
Jay Haley a Milton H. Erickson

Za zakladatele strategické rodinné terapie je považován Jay Haley. Byl terapeutickým pragmatikem, stoupencem krátkých intervencí a kritikem dlouhých, neefektivních psychoterapeutických metod. Ve svých odborných textech se odkazoval ke svému učiteli a příteli Miltonu H. Ericksonovi. Strategický přístup definoval v duchu Ericksonovského pojetí jako terapii, při níž „*terapeut uvádí do pohybu to, co se děje v průběhu terapie, a pro každý problém navrhuje určitý konkrétní přístup*“.²² Erickson byl přesvědčen, že většinu našeho života určuje nevědomí. Podstatnou součástí terapeutických procesů je podle jeho slov „*hledání formy, jak komunikovat s pravou hemisférou, emocemi, obranami, archaickým jazykem a primárními procesy*“²³. Rodinné nevědomí je topografickým vyjádřením místa řešení problému.

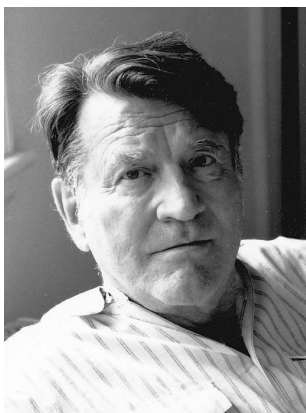
22 Haley, J: *Neobvyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona*. Praha: Triton, 2003.

23 Rosen, S.: *Můj hlas půjde s tebou. Terapeutické příběhy Milтона H. Ericksona*. Praha: Portál, 2019.

3. Zdroje Apolinářského modelu



MILTON HYLAND ERICKSON (5. prosince 1901, Aurum, Nevada – 25. března 1980, Phoenix, Arizona, USA) byl americký psycholog, zastánce hypnoterapie a rodinné terapie. Měl vlastní pojetí nevědomí, velmi odlišné od psychoanalytického: nevědomí pro něj bylo místem, které zná a generuje řešení psychických problémů a s pomocí hypnózy je třeba se k tomuto řešení dostat.



JAY DOUGLAS HALEY (19. července 1923, Midwest, Wyoming, USA – 13. února 2007, La Jolla, Kalifornie, USA) byl jedním ze zakladatelů krátké a rodinné terapie obecně a strategického modelu psychoterapie a byl jedním z nejuznávanějších učitelů, klinických supervizorů a autorů v těchto oborech.

Erickson vnímal terapeuta v roli „intuitivního vědce“, jakéhosi průzkumníka v životních příbězích svých klientů. Vyhýbal se interpretacím, protože byl názoru, že typické „vhledové“ interpretace nevědomých procesů (používané např. v psychoanalýze) jsou nesmyslně zjednodušující, jako by „chtěl člověk shrnout Shakespearovo drama do jediné věty“. Za hlavní rysy Ericksonovské terapie považoval Jay Haley: „podporování odolnosti“, „nabídnutí horší možnosti“, „podporu reakce pokusem o její zmaření“, „vštěpování idejí“, „rozvíjení odchylek“ a „předepisování symptomu“.²⁴ Jakkoliv se na první pohled mohou zdát tyto metody v terapii absurdní, staly se základní abecedou pro „předepisování“ paradoxních direktiv, jedné z klí-

24 Rosen, S.: *Můj hlas půjde s tebou. Terapeutické příběhy Miltona H. Ericksona*. Praha: Portál, 2019.

čových technik strategické rodinné terapie používaných právě pro rozbití rigidních patologických stereotypů udržujících symptomatické chování.

To, že je terapeut aktivní a pracuje se strategickými direktivami, neznamená, že je v expertní roli. Naopak. Podobně jako v jiných rodinno-terapeutických školách, i zde je jeho role ve skutečnost „non-expertní“, jediným „expertem“ v systému je rodina sama. Toto konstatování je významné. Strategičtí rodinní terapeuti byli představiteli jiných přístupů někdy kritizováni, že jsou příliš direktivní či dokonce manipulativní (i samotným G. Batesonem). Jednalo se ale spíše o nepochopení skutečnosti, že aktivita terapeuta a nabízení možností pro pohyb v rigidním rodinném systému neznamená, že strategický terapeut je expertem, který ví, co je v rodině „porouchané“ a jako „expert“ to umí „opravit“. Jay Haley sám obhajoval direktivy slovy²⁵: „Vše, co se v terapii odehrává, může být vnímáno jako direktiva. Když terapeut jakékoliv psychoterapeutické školy říká při vstupním interview: „Řekněte mi o vašem problému více,“ je to direktiva. Když terapeut jenom kývne hlavou a usměje se, je to také direktiva...“

Direktivy jsou součástí experimentů, které otevírají prostor pro nové zkušenosti, „pravdy“ a nová řešení. Pravd je nekonečné množství. Jedna z terapeutových funkcí je toto množství pravd a možností zpřítomnit. Terapie je v metafoře pohledem na hvězdami posetou noční oblohu, je pohledem do **vesmíru možností a růstu** v budoucnosti. Terapeutova role je mnoho-
vrstevná, odkrývající i integrující. Terapeut nemá nikdy pravdu. Respektive má jenom a pouze svoji pravdu. Ta je ovšem obvykle pro rodinu neúčinná. Rozhodující kvalitou v terapeutově práci je jeho představitivost a kreativita.

Zvláštní pozornost budeme věnovat dvěma typům strategických intervencí, dnes běžně používaných v rámci mnoha dalších psychoterapeutických škol, a to „přerámování“ a „paradoxu“, zmíníme nejenom pro strategické terapeuty mimořádně významný fenomén „vývojového cyklu v životě rodiny“ a podrobněji se budeme věnovat tzv. „Milánské škole“, která ze strategické rodinné terapie v Palo Alto vyšla, ale „přetavila“ ji do zcela originální podoby, která významně ovlivnila mnoho terapeutických škol ve světě, včetně ČR (v tomto kontextu je nezbytné zmínit Motolskou školu rodinné terapie Jana Špitze, Šárky Gjuričové a Jiřího Kubičky²⁶).

25 Haley, J.: *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.

26 Gjuričová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.

Přerámování a pozitivní konotace

Rodiny obvykle přichází do terapie s jasnou interpretací toho, co a proč je špatně. Velice často je symptomatické chování identifikovaného pacienta/klienta dáváno do lineárních kauzálních souvislostí toho, proč vzniká. Zároveň ale „jasné“ pojmenování příčiny neumí samotný problém vyřešit, naopak jej často udržuje. Terapeutovým úkolem je přeformátovat symptomatické chování, což mu umožní vstoupit do „systemického“ modu práce s rodinou. Vnímání symptomu v cirkulárně kauzálních kontextech pak uvádí patologické stereotypy do pohybu, rodině umožňuje experimentovat a vnímat alternativy v důsledku čehož dochází v rodinném systému k uvolnění napětí a změně. Každá součást systému je rovnocenná a žádná interpretace není „pravdivější“, jedná se pouze o možnosti.

„Jsem úplně vyčerpaná, pane doktore. Celou noc jsem nespala. Nemůžu už takhle dál žít.“ Klientka je schoulená v křesle a celým svým tělem jasně neverbálně sděluje, že to myslí naprosto vážně. Situace se zdá bezvýchodná. Úkolem terapeuta je beznaděj a pasivitu proměnit v příležitost změny: „Samozřejmě, že už nemůžete žít tak jako dosud. Musíme společně prozkoumat, co by se dalo změnit.“ Takové pozitivní „přerámování“ anticipuje to, s čím klientka přichází, dokonce s tím rodinný terapeut vyjadřuje empatický souhlas, ale zároveň se zdánlivá bezvýchodnost klientky ocitá v jiném světle, v jiném sémantickém a vztahovém „rámci“, který otevírá prostor pro pohyb a změnu.

Přerámování je velmi mocný terapeutický nástroj a působí jako „katalyzátor změny“²⁷, který dokáže otrást klientovým vnímáním reality a otevřít prostor pro nový pohled. Pod vlivem silných emocí máme často sklon uvažovat zjednodušeně a černobíle na osách „dobré – špatné“ či „všechno nebo nic“. Událostem dáváme hodnotící významy, které nám brání v tom, abychom viděli věci z širších perspektiv. Kulturní vzorce a z nich vyplývající soustava pravidel a zvyklostí, ve kterých žijeme, jsou další perspektivou faktorů, které ovlivňují naše myšlení a chování, a pokud se dostanou do konfrontace s našimi niternými potřebami, či nároky našich blízkých v rodinném systému, mohou být zdrojem problémů, které se snažíme přerámováním a pozitivní konotací změnit.

27 Tyrrell, M.: *New Ways of Seeing: The art of therapeutic reframing: How to use your words to release your clients from limiting beliefs, including examples from 81 real cases.* Brighton: Uncommon Knowledge Ltd., 2014.

Krásný příklad přerámování s pozitivní konotací popisuje Erickson v českém překladu Petra Boše²⁸. Jedná se o příběh mladého medika, který se oženil s překrásnou dívkou a o svatební noci nedosáhl erekce. Přitom byl světák a spal s kdejakou lehkou ženou ve městě. Ani dva týdny po svatbě nebyl s to vyvolat erekci. Zkusil všechno a nedostavila se ani při masturbaci. Po dvou týdnech ponurých líbánek konzultovala manželka s advokátem rozvod.

Mladý muž s tímto problémem přišel za terapeutem. Ten si příběh poslechl a řekl mu, aby zavolal několika svým kamarádům a ti přemluvili manželku, aby za ním přišla do ordinace. Přišla a byla krajně zatrpklá, když vyprávěla celou historii svého zklamání. Považovala se za velmi atraktivní ženu, o svatební noci byla úplně nahá a on nebyl s to se s ní milovat. Svatební noc pro ni mohla být významnou událostí, která znamená proměnu dívky v ženu. A každá žena chce být chtěná a také být tou jedinou.

Byla to ohromující situace a přesně těmito slovy Erickson novomanželku oslovil. Požádal ji, aby uvažovala o komplimentu, který jí manžel poskytl. To ji uvedlo do rozpaků, protože to bylo zcela v rozporu s tím, co si myslela ona. Řekl jí: *„Váš manžel považoval očividně vaše tělo za tak nádherné, že ho to úplně ohromilo. Naprosto ohromilo. A vy jste si to mylně vyložila a měla jste pocit, že je nekompetentní. A on byl kompetentní, protože si uvědomoval, jak malé schopnosti má, aby skutečně ocenil krásu vašeho těla. Teď půjdete do vedlejší místnosti a budete o tom přemýšlet“*.

Pak si zavolal manžela a nechal si vyprávět celý smutný příběh líbánek. Pak mu řekl totéž, co jeho ženě. Ukázal mu, jak ohromný kompliment jí udělal. Novomanžel měl mnoho pocitů viny kvůli předchozím intimním pletkám a takovou překerní situaci ještě nezažil. Jeho neschopnost mu tady jasně dokazovala, že si skutečně našel tu pravou dívku.

Po skončení sezení spolu odjeli autem domů. Museli málem cestou zastavit, aby se oddali vášnivému styku. Od té doby se jim v sexu i nadále dařilo. „Poruchy“ erekce zmizely. Problém přestal být problémem.

Samozřejmě, k takovému přímému strategickému přerámování je potřeba velké odvahy a také kreativity. Je třeba s ním zacházet citlivě, zvláště přichází-li od někoho v pozici autority. A to nejenom proto, že nabourává referenční rámec klienta či celého rodinného systému (což je koneckonců jeho smyslem), ale také proto, že často nejsme v pozici rodinných terapeutů prvními, kteří se o něco takového pokouší. Klienti mohou proto snadno

28 Boš, P.: *Úvod do strategické terapie rodinného systému*. Mělník, 1982.

3. Zdroje Apolinářského modelu

umět na úrovni svých obran takové přerámování odmítnout („*To říkáte stejně jenom proto, abyste mě uklidnil*“), anebo ho prostě svým „emočním mozkiem“ neumí přijmout („*Já vám vůbec nerozumím*“).

Namísto přímého přerámování můžeme použít a také často používáme metaforická přirovnání. Mark Tyrrell nabízí pro pochopení „metaforického přerámování“ analogii mezi panickými atakami a alarmem v autě. Klientovi, který cítí beznaděj ve vztahu ke svým záchvatům úzkosti, změní referenční rámec jeho problému přirovnáním paniky k rozbitému alarmu v autě, který se nespouští jenom v situacích, kdy je opravdu potřeba (např. když se do auta snaží vloupat zloděj), ale stal se tak citlivým, že se spouští bez důvodu (např. když se do auta opře vítr). V této metafoře stačí změnit nefunkčně nastavený alarm, protože když je dobře nastavený, je užitečnou funkcí. Podobně jako panická reakce nemusí být příznakem šílenství nebo nemoci, ale může být naopak užitečnou, když se spustí pouze za správných okolností. Dochází tak k přerámování bezmoci, kterou klient vnímá, na funkci či nástroj, který není problémem/ „nemocí“, ale lze s ním užitečně pracovat.

Každá rodina, byť v sebetíživější situaci, má své zdroje a přirozenou touhu po růstu. Často ovšem přichází do terapie a tyto zdroje a svůj přirozený pozitivní potenciál pod tíhou symptomů nevnímá či neumí využít. Rodiny jsou často „uvízlé“ v sémantických jazykových konstrukcích reality, kde nic nefunguje a vše přináší utrpení. Pozitivní přeznačkování či přerámování je jedním z nástrojů posilujících motivaci i kooperaci klientů a také jeden z nezbytných předpokladů pro navození trvalé změny.

Paradox

Hlavním smyslem paradoxních direktiv je zpochybnit perspektivu a referenční rámec, ve kterém rodina od počátku vnímá problém. Ten musí být jasně definován. Terapeut vypracuje přesný strategický plán intervence a dává paradoxní direktivu, např. aby rodina pokračovala v symptomatickém chování („předepisování symptomu“), nebo rodině nabídne jako alternativu ještě „horší možnost“ či povzbudí žádoucí odpověď její frustrací („podpora žádoucí reakce pokusem o její zmaření“). Výsledkem takových paradoxních direktiv je právě rozbití rigidních patologických stereotypů udržujících symptomatické chování.

Obečným principem paradoxních intervencí je vést direktivně klienta tak, aby spontánně změnil své chování. Klient se pochopitelně nemůže chovat spontánně, pokud má dodržet terapeutovu direktivu. Proto se jádrem strategického přístupu stává právě paradox. Jeho výsledkem je často spontánní a žádoucí změna. Strategický terapeut nevybízí hádající se manželský pár k tomu, aby se přestal hádat. Naopak jej osloví direktivou, aby se partneři hádali ještě více, akorát změni místo, čas nebo jiný aspekt problémové situace. Jestliže jeden z partnerů v terapii vůbec nemluví a druhý mluví příliš, terapeut mlčícímu partnerovi mluvení „zakáže“ nebo mu v něm aktivně brání. Jestliže manžel odmítá chodit na terapii, terapeut pozve na další sezení pouze samotnou manželku. Dá si nicméně práci s tím, aby na sezení pouze s manželkou, v okamžiku, kdy předpokládá nesouhlas nepřítomného manžela, zdůraznil: „*Předpokládám, že by s tím váš manžel souhlasil*“. Když následně manžel zjistí, že mu doktor vůbec nerozumí, rozhodne se přijít na terapii a vše mu osobně vysvětlit.

Paradoxní direktivy mohou být velmi sofistikované a kladou vysoké nároky na terapeutovu kreativitu. Nemusí být pouze jednoduchými větami (pochopitelně také mohou), ale často jsou promyšlenými strategiemi. Erickson²⁹ pracoval s mladým manželským párem, kde žena pila alkoholu více, než bylo zdravo. Jejího manžela ale více než samotné pití iritovaly manželčiny alkoholické hry schovávání lahví a pití potajmu. Každý den, když přišel domů z práce, byla manželka opilá a noc co noc měli půtky, jelikož manžel řádil a hledal po domě schovanou láhev. A ona byla vzteklá, protože ji hledal. Stala se z toho „hra“ spočívající ve vynalézavém pátrání po láhvi a v následném nočním boji.

Při jednom sezení uložil Erickson paradoxní úkol, aby se partner každý večer snažil najít schovanou láhev, podobně jako dříve, a partnerka, aby si užila radostiplné potěšení z jejího ukrytí. Řekl jim, aby přesně zachovávali navržený postup. On měl pátrat po láhvi a ona ji měla schovávat. Ale kdyby ji nedokázal nalézt, ona měla právo ji příští den vypít. Stanovený postup okrádal manželku o privilegium schovávat láhev tajně. Stalo se z toho záměrné schovávání. Nebylo to už provinilé, hanebné a také potměšilé schovávání. Oba manželé měli na tvářích ty nejudivenější výrazy při vyslechnutí domácího úkolu, když jeho odměnou mělo být láhev najít a její odměnou láhev vypít, pokud ji nenajde. Symptomatičké chování

29 Haley, J: *Neobyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona*. Praha: Triton, 2003.

3. Zdroje Apolinářského modelu

v rodinném systému náhle dostalo úplně jiný vztahový kontext, byť měli dělat to samé, co už vlastně dělali dvanáct let.

Taková paradoxní direktiva byla samozřejmě součástí dalších terapeutických intervencí, jejichž smyslem bylo umožnit partnerům zavádět do života rodiny nezbytné změny. Následovalo rozhodnutí partnerky tyto nedůstojné hry přestat hrát a začít abstinovat. Když na další sezení přišel manželský pár s nastartovanou změnou a manžel vyjádřil přesvědčení, že tato pozitivní změna (abstinence) bude u manželky trvalá, terapeut použil další paradox: „*Nikoliv, tato změna je pouze dočasná, následovat bude relaps.*“ (Mohl dokonce manželce přímo doporučit, aby se napila.) Relaps byl samozřejmě více než pravděpodobný. Takové strategické doporučení paradoxně způsobilo, že k žádnému relapsu nedošlo.

„Rodina nemá šanci odporovat terapeutovi, který jí „předepisuje“, aby pokračovala v patologickém stereotypním chování...samozřejmě, dokud jej nezmění“ (Jay Haley)³⁰.

Cyklus rodinného života

Každá rodina je živým a vyvíjejícím se sociálním systémem, ve kterém neustále probíhají změny. Změny nemají časové omezení, rodiče zůstávají rodiči i po dovršení dospělosti dětí, akorát se mění jejich role. Strategičtí rodinní terapeuti si všimli, že některé momenty a situace představují v přirozeném vývoji rodinných systémů mimořádné nároky na jejich jednotlivé členy, např. když některý z členů rodiny odchází – osamostatní se, odejde po rozvodu, zemře, nebo naopak přichází – narodí se nebo připojí sňatkem. To vše jsou na rozdíl od postupných vývojových změn skoky či v metafoře „schody“. V takových přirozených vývojových cyklech se mění vztahové kontexty, redefinují se role, mění se nároky, zodpovědnost, povinnosti, objevují se nová očekávání i „sny“.

Pokud rodina nezvládne přechod z jednoho vývojového stádia do druhého, mohou se objevit problémy, symptomy, které zrcadlí zamrznutí rodinného systému na některém z minulých vývojových stupňů. Některé změny jsou časově rychlé a jsou na ně vázané i usnadňující přechodové

30 Haley, J.: *Strategies of Psychotherapy*. Boston: Pearson Allyn & Bacon, 1963.

rituály – narození dítěte, nástup dítěte do školy, maturita, svatba. Pokud je kapacita rodiny přiměřeně reagovat a komunikovat o změnách nedostačující, pak hrozí vývojového ustrnutí, Významné mohou být i mezigenerační vztahy a tradice, např. rozvodem rodičů jsou zasaženy nejenom děti, ale také generace prarodičů.³¹ Na symptomy a symptomatické chování se tedy můžeme dívat nikoliv pouze jako na funkce v interpersonální komunikaci, ale také jako na signály poruchy či přerušení životního cyklu rodiny, které ohlašují potíže při přechodu do dalšího stádia cyklu.

Cyklus života je mocná metafora. Cyklus, kolo, dává tušení pohybu a otáčení. Kde vlastně začíná? Vývoj je často pojímán z pohledu jedince, tedy početím. Kdy je ovšem počata rodina? Životní cyklus rodiny a její strukturu lze popisovat v prostoru jako systém se subsystémy vymezenými hranicemi a kontextem času. Vývojové teorie předpokládají, že na psychický vývoj a zrání jedince v rodině je možné nahlížet jako na sled výzev a krizí, či přesněji vývojových příležitostí, které se odehrávají interakcí mezi jednotlivými členy a generacemi v rodinném systému. Z každé si lze v případě úspěšného zvládnutí odnést řadu zkušeností a dovedností. Haley považoval za klíčová vývojová období: seznámení a sňatek, těhotenství a narození dítěte, období, kdy dítě vstupuje do školních institucí, střední věk partnerského páru a adolescence dětí (individuální fáze), období osamostatňování (separační fáze) a opouštění rodinného hnízda („leaving home“) a čas stárí i přípravy na něj.

Jaro života, pak léto, podzim a zima..., a opět jaro

Jaro budoucí rodiny je možné zahlédnout při namlouvání, kdy se ze dvou stává pár. Pokud tomu okolnosti přejí, pár má dost času se sbližovat, poznávat a ze zamilovanosti vztah prohlubovat do lásky. Anebo s rostoucí důvěrou podkrývat i své stinné stránky, které mohou duševní intimitu narušovat, až se vztah rozpadne. Květy jara zůstanou neoplozené, bez početí a dlouhodobého závazku založení rodiny. A může začít nový cyklus namlouvání. Problémem může být nedokončená separace a uvíznutí jednoho z partnerů (obvykle muže) v „*mama hotelu*“ své zkušenosti z primární rodiny a následně opakované namlouvání bez posunu do další fáze intimity, a z toho vyplývající samota. V mladém dospělosti se člověk separuje

31 Carter, B., McGoldrick, M.: *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press, 1988.

3. Zdroje Apolinářského modelu

a odchází na zkušenou do světa, zakládá své „hnízdo“. Vývojovým úkolem je naučit se prožívat intimitu i s jejími hranicemi.

Léto a plodné období přichází, pokud se sblížení podaří a vznikne dlouhodobější svazek. Významným krokem je sňatek, rituál vstupu do manželství, byť se počty sezdaných tímto ritualizovaným svazkem mění, tak jako se proměňují normativní a kulturní vzorce ve společnosti. Je to období plodnosti, „sázení stromů“, stavění domů a rození synů a dcer. Téma počtu dětí, sourozeneckých konstelací a vlivu na další vývoj v rodině přesahuje plochu této publikace. Po dobu péče o děti bývá vztah rodičů zaměřen na starost o ně a párový vztah je často upozaděn a spíše udržován než rozvíjen.

Vztahová síť rodičovského páru, přiměřenost jejich péče, tedy ani zanedbávající, ale ani přepečovávající, ovlivňuje v prvních několika letech dítěte jeho základní výbavu pro vztahování se k druhým mimo vlastní rodinu. Je to také jejich vývojové poslání – vytvořit rodinu jako základní funkční sociální jednotku, která podporuje postupné zvládnání vývojových úkolů dětí. Mezi vývojové krize patří obtíže s početím a potraty, profesní fluktuace a ekonomická nejistota, žena po mateřské dovolené či psychosomatické obtíže dětí školního věku při zařazení do kolektivu a řada dalších. Díky péči rodičů zrají jejich plody – děti. Zvládnou-li příchod sourozence do rodiny, nástup do školky a školy, a možná po vzoru rodičů pak začnou sami své jarní období námluv.

S podzimem života v období starší dospělosti je rodičovský pár postaven před úkol zvládnout fázi „vylétání dětí z hnízda“ a obnovení života v páru. Je tu příležitost či krize z hodnocení předchozích etap života a zkouškou prochází schopnost hledat zdroje na cestě k osobní spokojenosti. Mezi náročné situace patří vícegenerační soužití s nejrůznějšími třecími plochami, opakované selhávání dětí při snaze se osamostatnit a následné návraty do rodinného hnízda, předávání odpovědnosti za rodinné dědictví apod. Manželský pár se někdy po odchodu dětí rozpadá, často pokud hlavním vztahovým pojítkem byla především péče o děti. Někdy v klinické praxi vidíme, že odpovědnost za udržení rodiny pohromadě vezmou do svých rukou dospívající děti a podvědomě v „hnízdě“ zůstávají, jako by tušily, že bez nich vztah rodičů zanikne. Někdy je prázdné místo rychle vyplněno další generací a přichází úkol odlišit role prarodičů od těch rodičovských. Rodiče mají nadále úkol podporovat své děti v rolích mladých rodičů a nesoupeřit s nimi ve výchově vnoučat.

DUŠE RODINY

Zima života se hlásí úbytkem sil páru a klade nárok na osobní vyrovnanost i přijetí přibývajících životních omezení. Je to etapa, která přináší nové výzvy pro již dospělé děti, aby pečovaly o své rodiče a ti si o péči dokázali přiměřeně důstojným a pro obě strany přijatelným způsobem říkat. Pokud pár překonal odstředivé vztahové síly, pak jednoho z nich čeká vyrovnávání se se smrtí druhého. Je tu i riziko, že v této době sáhnou k návykovým látkám, protože neumí své pocity slabosti komunikovat a útěchu jim zajistí psychoaktivní látka (typicky alkohol, benzodiazepiny či hypnotika). Pokud se pár dokáže vyrovnat s pocitem strachu ze stáří a smrti, dosáhne moudrosti („*gerotranscendence*“). Člověk s tušením konce dokáže vnímat sebe, vztahy v rodině a svět v přesazích, protože dosah známých a blízkých lidí a věcí se proměňuje.

Co znamenají přirozené vývojové fáze rodinného života pro samotnou terapii? Ke každé vývojové a transformační fázi patří vždy přechodná ztráta jistot předchozích, než se objeví a stabilizují jistoty nové. Obavy z proměny v rodině pomáhá vyvažovat komunikace o nich a naděje na vývoj a dobrou změnu. Ericsson vychází z „normálních“, přirozených, běžných procesů v životě lidí. S novomanželi zachází jinak než s párem, který spolu žije dvacet let. Jinak přistupuje k rodině s malým dítětem než s adolescentem. Jeho cíle jsou jednoduché: hladký přechod z jednoho stádia rodinného života do dalšího. Přechodné momenty těchto stádií mohou být rozhodující pro vývoj jednotlivce i celé rodiny. Strategie při řešení problémů se pak liší podle stádia životního cyklu rodiny. Je to vývojové hledisko, a zahrnuje pojem krizových momentů v přechodných fázích.

Milánská systemická škola

Milánskou školu rodinné systemické terapie založili v roce 1971 Mara Selvini-Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo a Giuliana Pratta. V druhé polovině šedesátých let se v Miláně připojili k psychoanalyticky orientované skupině psychiatrů, jejichž záměrem bylo léčit těžce nemocné děti se schizofrenií a mentální anorexií společně s jejich rodinami. Otázkou bylo, jak aplikovat analytický koncept myšlení na práci s celou rodinou. Práce byla mimořádně zajímavá, ale výsledky odrazující: terapie trvala dlouho a terapeuti byli frustrováni minimálními efekty léčby. Proto se rozhodli, že skupinu opustí a vytvoří vlastní „Centrum pro studium rodiny“, kde budou pracovat exkluzivně s rodinami a také v systemickém pojetí.

3. Zdroje Apolinářského modelu



MARA SELVINI PALAZZOLI (15. srpna 1916, Milán, Itálie – 21. června 1999, Milán, Itálie) byla italská psychiatřka a v roce 1971 spolu s Gianfrancem Cecchinem, Luigim Boscolem a Giulianou Pratou založila systemický a konstruktivistický přístup k rodinné terapii, který se stal známým jako milánský rodinný systémový přístup a obecněji škola systémové rodinné terapie (na fotografii druhá zprava).

Byli významně ovlivněni výzkumným děním v Mental Research Institute (MRI) v Palo Alto a Gregory Batesonem, stejně jako výzkumem lidské komunikace a konkrétně „biblí“ komunikační teorie *Pragmatics of Human Communication* Paula Watzlawicka, Dona Jacksona, a Janeta Beavina.³², a také klinickou prací strategických rodinných terapeutů v MRI.

Významným fenoménem při vzniku Milánské systemické školy byl ideový diskurs, který se odehrával v Palo Alto mezi Gregory Batesonem a Jay Haleym. Bateson považoval Haleyho strategický přístup za příliš direktivní a manipulativní. Podrobné čtení Batesonova díla a porozumění jeho respektu k „systemické moudrosti“, kterou měl na mysli nechtěné důsledky vznikající jako výsledek vědomého zasahování člověka do přírodních procesů, dalo základ pro zcela specifický teoretický i klinický model práce „Milánské systemické školy“. Takto pojmenovala Milánská škola fungování schizofrenních rodinných systémů:

32 Jackson, D.D., Watzlawick, P.: *Pragmatika lidské komunikace: Interakční vzorce, patologie, paradoxy*. Newton Books, 2011.

DUŠE RODINY

- rodiny se schizofrenními transakcemi jsou zapleteny v nevědomých rodinných „hrách“;
- v těchto hrách se jednotliví členové rodinného systému snaží jednostranně kontrolovat chování těch druhých;
- úkolem terapeuta je odhalit tyto „hry“ a přerušit je.

Základním východiskem Milánské systemické školy se stal předpoklad, že psychika je sociální konstrukt. Význam každého jednání lze odvodit z jeho sociálního kontextu. V každé situaci konstruují její účastníci svoji idiosynkratickou realitu. Mezi členy sociálních systémů (např. mezi členy rodiny) vznikají v komunikačních interakcích konsensuální významy konkrétních událostí a vzorců chování. Symptomatické chování je součástí transakčních vzorců systému. Mají-li být symptomy eliminovány, musí se změnit pravidla a přesvědčení. Změna je dosažena vyjednáváním vztahových nejasností, které vznikají v uzlových bodech vývoje rodiny. Změna se odehrává v jazyce. Terapeut je v neutrální pozici k jednotlivým členům rodinného systému. Neustraní nikomu. Mohli bychom také říct: „Straní všem“.

Typickým rysem Milánské školy byla práce v týmu ve specifickém settingu *pěti oddělených částí sezení*. Tento model jsme si také „vypůjčili“ pro práci Apolinářské školy rodinné terapie. Tým byl součástí hypotetizování v rámci přípravy před zahájením terapie (část 1), byl účasten sezení za jednocestným zrcadlem v průběhu terapie (část 2) a také se podílel na formulaci hypotéz i na přípravě závěrečné strategické intervence (část 3). Byl účasten i závěrečné intervence (část 4) po skončení sezení (část 5). Vlastní terapeutická práce probíhala obvykle v páru a specifickým nástrojem bylo kladení otázek, tzv. „*cirkulární dotazování*“, jehož prostřednictvím se mapovali transakční vzorce v rodině a vytvářely „*systemické hypotézy*“. Typickou intervencí byla „*pozitivní konotace*“ – pozitivní přerámování symptomatického chování a také použití „*strategické direktivy, paradoxu*“, často velmi vynalézavou, ritualizovanou formou. Později bylo za stejně důležitý terapeutický nástroj považováno i samotné cirkulární dotazování.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Milánská škola přišla s pojmem „*counterparadox*“³³ pro označení patové situace („double bind“), ve které se nalézají rodina či některý z jejích členů (typicky dítě) a která je základním interakčním vzorcem vytvářejícím symptomatické chování. Dítě v takovém interakčním vzorci dostává od rodičů informaci, že něco má a ve stejném okamžiku zároveň nemá (případně musí – nesmí) dělat. Výsledkem takového komunikačního zmatení je symptom.

Mimořádný vliv na vývoj Milánské školy měly výzkumy v oblasti kybernetiky (Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela) a jejich klinické aplikace do systemické terapie, kterou škola pojmenovala jako „*kybernetiku druhého řádu*“.

33 Selvini-Palazzoli, M., Cecchin, G., Prata, G. & Boscolo, L.: *Paradox and Counter-Paradox*. New York: Aronson, 1978.

Systemické přístupy

Konstruktivismus na tři doby: ohlédnutí v čase

„Nevíme, jak to je, víme jen to, co se o tom říká“

Rodinná terapie si od svých počátků v padesátých letech 20. století vybu- dovala pevné místo na poli psychoterapie. Stala metodou první volby při léčení mnoha závažných psychických nebo psychosomatických onemoc- něních, jako např. poruch příjmu potravy, poruch vyměšování, dětského neklidu a řady dalších. Rodinná terapie prokázala svoji účinnost neje- nom při léčbě závažných psychických onemocnění a rodinných krizí, ale osvědčila se v řadě dalších oblastí buď jako prostředek prevence nebo jako účinný způsob obnovy rodinného soužití v situacích dlouhodobé absence jednoho člena rodiny (chroničtí psychiatričtí pacienti, váleční veteráni, děti po návratu z náhradní péče apod.)

Po celém světě vznikly stovky pracovišť a center, v nichž oddělení rodinné terapie zaujímala významné místo. Logicky šlo často o pracoviště zaměřená na práci s dětmi či adolescenty, dětské psychiatrické kliniky, centra výchovné péče, adiktologické služby, školské poradny a v někdejších Československu unikátní síť poraden pro manželství a rodinu.

Od založení prvního školícího centra rodinné terapie v roce 1960 pod vedením Virginie Satirové v renomovaném Mental Research Institute v Palo Alto, začala postupně vznikat široká síť výcvikových pracovišť a ro- dinní terapeuti přestali být vnímáni jako „odpadlí“ psychoanalytici, ale naopak jako odborníci, kteří disponovali nejen praktickými dovednostmi terapeutické práce s rodinami, ale také robustní vědeckou a teoretickou základnou. Salvador Minuchin, Jay Haley nebo Virginia Satirová byli ne- jenom průkopníci rodinné terapie, ale stali se jedněmi z nejvlivnějších psychoterapeutů v celé historii oboru.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Systémové a komunikační pojetí psychoterapeutické práce byl největší pokrok ve vývoji psychoterapie od jejího vzniku na začátku 20. století, kdy Sigmund Freud vypracoval psychodynamickou teorii a psychoanalytický koncept individuální psychoterapie. Rodinná terapie také přinesla výrazné zkrácení doby nutné k navození dlouhodobého terapeutického efektu. V kombinaci s nižším počtem sezení (namísto stovek individuálních terapií pouze deset, málokdy více terapeutických setkání) se rodinná terapie jevila jako zázračný lék pro řadu psychických a psychosomatických problémů.

V souvislosti se společenským vývojem a tlakem na humanizaci medicíny, zejména psychiatrie, se i v rodinné terapii objevily v osmdesátých letech 20. století kritické úvahy o dosavadní klinické praxi. V časopisu *Family Process* byl uveřejněn článek autorské dvojice Harlene Anderson a Harry Goolishian: „Lidské systémy a jak s nimi pracujeme.“ Tento dnes legendární text přinesl jako první nejen kritiku dosavadní často drsné a bolestivé praxe rodinné terapie, ale také popsal nové klinické možnosti a postupy založené na objevech na poli biologie, sociologie a dalším výzkumu lidské komunikace. Tyto postupy, založené na **otevřenosti terapeutického procesu a zplnomocnění klientů** při vlastní léčbě, se postupně staly standardem nové terapeutické praxe při práci s rodinami v problémech.

Konstruktivismus a psychoterapie

Výše popsané postupy označované jako „konstruktivistické“³⁴ nebo „postmoderní“ jsou založeny na práci autorů, kteří přenesli poznatky získané z oblasti přírodních věd do věd společenských. Významné byly zejména objevy biologů H. Maturany a F. Varely, které N. Luhmann, sociolog a teoretik vědy a společenských systémů jakožto autopoietických systémů komunikace, aplikoval na společenské jevy. To zásadně proměnilo představy, jak funguje lidské poznání (poznávání) a mezilidská komunikace.

Samotný termín „konstruktivismus“ reprezentuje daleko širší význam než pouze jednu terapeutickou školu v oblasti rodinné terapie. Je paradigmatem i filozofickým směrem, který se vymezil proti dříve převládá-

34 Termín konstruktivnost (poznání) poprvé použil Einstein: „Tak třeba řada celých čísel je očividně vynálezem lidského ducha, který nám snadněji umožňuje prožívat jisté smyslové prožitky. Ale neexistuje cesta, jak to udělat, aby tento pojem jaksi vyrostl jen a jen z půdy zmíněných prožitků. Volím tu záměrně pojem čísla, protože na něm je snadné rozpoznat jeho **konstruktivnost**.“ Einstein, A.: *Jak vidím svět*. Praha: Lidové noviny, 1993.

dajícím teoriím poznání, jakými byly kognitivismus či behaviorismus. Konstruktivisté dospěli v návaznosti na vědeckou práci G. Batesona k závěrům, které jsou zahrnuty v následujících axiomech:

- nelze poznat **objektivní** realitu;
- poznání není reprezentací vnější reality v nervové soustavě;
- vše řečené je řečené pozorovatelem;
- informace vzniká u příjemce;
- téma vytváří systém.

Sociální konstruktivismus se stal, vedle teorie systémů popsané v předcházejících kapitolách, hlavním koncepčním rámcem současné rodinné terapie. Z konstruktivistického pohledu není důležité, co si lidé myslí, ale **jak o skutečnosti komunikují**, jak ji sdělují a jak se o ní s druhými domlouvají. Skutečnosti jsou argumenty v rozhovorech. Vše, co existuje, existuje v „**konverzování**“. I osobní identita každého z nás je dojednávána. Některé její aspekty jsou biologicky dané, rodíme se s nimi, ale jejich význam neměnný není, neboť je stále vyjednáván ve vztazích. I tak zdánlivě jednoznačná věc, jako je např. rodičovství, je sociální konstrukcí. Svědčí o tom neochota rodičů vzdát se svého „rodičovství“, když testy DNA prokáží, že dítě není jejich (a to nejenom u otců, ale i u matek, jak ukazují příběhy dětí zaměněných v porodnici).

Jak je definován podle konstruktivistického pojetí reality „problém“? Žádná situace, proces, objekt (např. „pacient“) není a nemůže být sám o sobě problémem. **Problémem je komunikace o problému**. Ta v sobě obsahuje negativní hodnocení, jinak by problém nemohl být problémem. Samotná terapie je také konverzací. Úkolem terapeuta je vytváření, udržování, uskutečňování a ukončování terapeutického systému, který je vymezen tak, že jeden z jeho členů se definuje jako terapeut a nejméně jeden další jako „zákazník“ s tím, že přijímá jedno téma rozhovoru jako „problém“. Smyslem práce terapeuta je být efektivní, aniž by nutně muselo být jasné jak. Kritéria efektivní terapie jsou:

- užitečnost,
- estetičnost (krása),
- respekt (humanita).

3. Zdroje Apolinářského modelu

Systemické terapeutické směry, ať již ve formě individuální nebo rodinné terapie, se opírají o nová východiska.

- Mezi příčinami problémů a jejich řešením není žádná přímá souvislost.
- Problémové téma vytváří problémový systém.
- Klienti mají zdroje k vyřešení svých problémů.
- Rozpoznat zdroje je důležitější než rozpoznat deficity.
- Spolupráce a otevřenost jsou účinnější než expertnost.
- Rodina je sociální společenství propojené příběhem.
- Jazyk jako symbolická komunikace nenespe pevné významy, ale význam vzniká vždy nově v aktuálním kontextu.

Na takových principech založená práce s rodinami (rodinná terapie) se liší od dřívější praxe v drobných, ale významných detailech. Jeden příklad z vývoje práce našeho apolinářského týmu je možné uvést za všechny: reflektující tým dnes pracuje otevřeně před klienty na rozdíl od dřívější praxe, kdy tým připravoval závěrečné poselství sám, zatímco klienti čekali na chodbě na ortel „expertů“. Studie, kterou realizovala při zkoumání proměn Apolinářského modelu Š. Palečková (viz kapitola 5. 3. 2) s klienty, kteří zažili obě formy práce reflektujícího týmu, potvrdila, že klienti více oceňují a preferují otevřenou variantu. Zkušenosti kolegů z mnoha dalších pracovišť po celém světě potvrzují, že efekt terapie souvisí s mírou zapojení klientů do terapeutického procesu mnohem více, než se předpokládalo v minulosti. Je důležité zdůraznit, že v případě psychoterapie nejde ani o adherenci ani „compliance“ pacienta tak, jak tyto jevy pojímá současná medicína (ve zjednodušujícím významu „souladu s pravidly“, tedy ve smyslu dodržování léčebného řádu), ale jedná se o rovnocennou spolupráci klientů a jejich terapeutů během terapeutického procesu.

Konstruktivisticky pojatá rodinná terapie se tak stává společným hledáním (terapeutů i klientů) a vynalézáním toho, co přinese rodině úlevu, daleko více než rutinní aplikací „lege artis“ postupů použitých na exaktně určenou rodinnou diagnózu.

Systemický Hamburg: Kurt Ludewig

„Jaká zakázka, taková terapie“



KURT LUDEWIG (nar. 6. prosince 1942) patří k první generaci systemických terapeutů a je autorem několika základních publikací v oboru.

Kurt Ludewig a jeho kolegové z týmu rodinné terapie, který působil na dětské psychiatrické klinice v Hamburku, vypracovali koncept rodinné terapie založený na „**dojednání terapeutické zakázky**“. Zakázka, jinými slovy terapeutický kontrakt, definuje pole společné práce, kde se setkávají naděje, přání a možnosti klientů a na druhé straně zkušenosti, znalosti a dovednosti terapeutů. Psychoterapie, jako každá jiná péče o zdraví, je úspěšná do té míry, do jaké jsou naplněna očekávání, která stála na počátku spolupráce. Z tohoto pohledu je psychoterapie, a tedy i rodinná terapie, úspěšná v případě, že její výsledek přinese nikoli dokonalou a neměnnou rodinnou pohodu, ale „*zřetelnou úlevu*“ (například v intenzitě nebo frekvenci symptomů), kterou jsou členové rodiny schopni opakovaně navodit a udržet. Dobře formulovaná zakázka tedy obsahuje:

- reálné cíle, ke kterým má terapie dospět,
- náznak postupů, jak těchto cílů může být dosaženo,
- pojistky, co dělat v případě, že se to nepodaří.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Druhým velmi užitečným pilířem pro denní praxi systemické rodinné terapie je souhrn principů/vodítek, které hamburský tým vypracoval na základě praktických zkušeností se stovkami rodin v terapeutické péči:³⁵

Vytvoření terapeutického systému

- Definuj se jako terapeut! (Přijímám odpovědnost terapeuta?)
- Nahlížež se pozitivně! (Využívám svých možností?)

Udržení systému

- Orientuj se na svého klienta! (Držím se svých nebo klientových měřítek?)
- Hodnot' pozitivně! (Jdu za tím, co otevírá další možnosti?)
- Omez se! (Soustředím se na to nejnужnější?)
- Buď skromný! (Vidím sebe jako příčinu?)

Naplnění terapie

- Zůstaň pohyblivý! (Měním své úhly pohledu?)
- Ptej se konstruktivně! (Kladu otázky, které vedou dál?)
- Zasahuj úsporně! (Podněcuji opatrně?)

Ukončení

- Skonči včas! (Mohu už skončit?)

a...

- Nikdy se nedrž zásad slepě (Užívám těchto zásad pružně a kontextuálně?)

35 Práci Hamburského týmu jsme mohli několikrát pozorovat při návštěvách po roce 1989 a díky dvojici V. Strnad a I. Úlehla absolvovalo mnoho českých renomovaných psychoterapeutů první (dnes již legendární) dvouletý výcvik v systemické terapii, kde Ulrich Hausa s vážnou tváří vysvětloval zkoprnělému publiku, že kulka, která proletěla naším srdcem je příčinou naší smrti, ale je to podnět, se kterým si naše aktuální tělesná struktura neuměla poradit, čímž došlo k fatálnímu nedokrvení mozku a následnému multiorgánovému selhání, což byla nakonec příčina smrti. A stačilo by málo, buď malé záložní srdce nebo kožich tasmánského čerta.

Na „řešení orientovaná“ terapie: Steve de Shazer

„Jak jste to dokázali?“

Druhou velkou inspirací, která významně ovlivnila vývoj rodinné terapie ve světě (a také „prosákla“ do každodenní praxe rodinné terapie v apolinářském týmu), byla „na řešení zaměřená“ terapie Insoo Kim Berga a Steve de Shazera. Ti ukázali kouzlo terapeutické práce s rodinami založené na **objevování a využití zdrojů**, které každá rodina a každý klient má – jen o nich ještě neví (jistě tady vnímáme podobnost s principy terapeutické práce, které definoval již Milton H. Erickson). Insoo Kim Berg a Steve de Shazer udivili přímostí a jednoduchostí, s jakou tyto zdroje objevovali i v takzvaných „multiproblémových rodinách“ nebo rodinách prožívajících fatální situaci (jako příklad je možné zmínit známou „single session therapy“ s dcerou, která umírá na AIDS a chce se rozloučit se svojí matkou).³⁶ Kim Berg a de Shazer shrnuli svůj přístup do tří jednoduchých vodítek:



STEVE DE SHAZER

(25. června 1940, Milwaukee, Wisconsin, USA – 11. září 2005, Vídeň, Rakousko) byl psychoterapeut, autor a vývojář a průkopník krátké terapie zaměřené na řešení. V roce 1978 založil Brief Family Therapy Center v Milwaukee ve Wisconsinu se svou ženou Insoo Kim Berg.

INSOO KIM BERG

(25. července 1934, Korea – 10. ledna 2007, Milwaukee, Wisconsin, USA) byla americká psychoterapeutka narozená v Koreji, která byl průkopnicí krátké terapie zaměřené na řešení.

36 Odkaz na audiozáznam: <https://www.viddler.com/v/c5249886?secret=64169979>.

3. Zdroje Apolinářského modelu

1. Nedělej, co nefunguje – dělej něco jiného;
2. Dělej víc toho, co funguje;
3. Nespravuj, co není rozbité.

Tento terapeutický minimalismus neustále udivuje tím, jak dokonale vystihuje fenomén, kterému říkáme terapeutická skromnost. Po čtyřiceti letech od vzniku těchto „*tří pravidel*“ terapie je možné doplnit snad jediné:

4. Dělej to, co chtějí klienti.

Na řešení zaměřený přístup také zdůrazňuje důležitost a **terapeutický potenciál oceňování** klientů. Je často až dojemné sledovat, jak na první pohled „zvláštní“ rozhovor kolegů v reflexním týmu (vedený způsobem jako by tam klienti nebyli, a přitom oni tam sedí a poslouchají) vyvolá u klientů dojetí nebo radost, když slyší konstatování, že se jim něco povedlo nebo se o něco alespoň pokusili.

A nakonec, je na řešení zaměřený přístup (jak sám název napovídá) praktickou aplikací objevu, že řešení jakéhokoliv problému nijak nesouvisí s příčinami, které nás do tohoto problému dovedly³⁷. Je to tak samozřejmé, že na to často zapomínáme a trávíme drahocenný čas terapeutických sezení zjišťováním, jak a proč se stalo to, co rodiny do terapie přivádí, namísto zkoumání, co rodinám umožní terapii opustit.

Narativní přístup: Michael White

„Problémem není člověk sám, problémem je problém“

Třetí konstruktivistickou inspirací, která významně ovlivnila současnou podobu rodinné terapie ve světě i v Apolináři, je narativní přístup. Michael White a David Epston tento koncept rozvinuli v 80. letech, když postavili svoji terapeutickou práci na pozorování, že i pevné a trvalé charakteristiky jednotlivců a jejich rodin jsou vždy „**příběhem**“. Osobnost jednotlivce a také „základní“ charakteristika rodiny (otevřená, uzavřená, konzervativní, pokroková apod.) je vždy obrazem/příběhem tzv. **dominantního vyprávění**,

37 „Nemůžeme vyřešit naše problémy stejným myšlením, které jsme používali, když jsme je vytvořili.“ Einstein, A.: *Jak vidím svět*. Praha: Lidové noviny, 1993.

kteřé opakují jak jednotliví členové rodiny, tak lidé v jejich okolí, spolužáci ve škole, kolegové v práci či sousedi. Ze všech událostí, které se v rodině staly, jsou připomínány právě ty, které toto dominantní vyprávění „rodinného příběhu“ potvrzují. Takto získaná identita je pak určující pro budoucnost rodiny a jejích členů. Problémy jsou přisouzeny buď jednotlivcům anebo celé rodině, a to jim propůjčuje zdání trvalosti a nezměnitelnosti.

Rodinný terapeut Bill O'Hanlon popsal narativní rodinnou terapii takto: „*Narativní přístup vede ke zcela jinému vnímání osobnosti, a tedy také terapeutické změny. Mnohé z našich přesvědčení a názorů, na nichž nejvíce lpíme, nejsou nic víc, než ohromný kulturní ranec: útržky ze starých písní o lásce, vzhled krásných časopisů, reklamní rolničky, romantické komiksy, sloupky ‚Milá Sally‘, přísné lekce našich otců o tom, co znamená být chlap, vzpomínky na staré lásky, dny dětství s koupáním v řece. Můžeme mít podvědomě zafixováno přesvědčení, že nejsme dost dobří, protože pouze schopní lidé umí uvařit dobře těstoviny, že pouze štíhlé ženy jsou krásné a mají cenu a pouze pravý muž ví, jak chránit ženu, na ulici‘. Jestliže jsme schopni si uvědomit a rozpoznat vnitřní důsledky těchto přesvědčení a vidět je jako oddělitelné od nás samotných, jsme schopni se od nich osvobodit. To je způsob **osvobozující konverzace**, kterou narativní terapeuti chtějí vést se svými klienty.*“³⁸

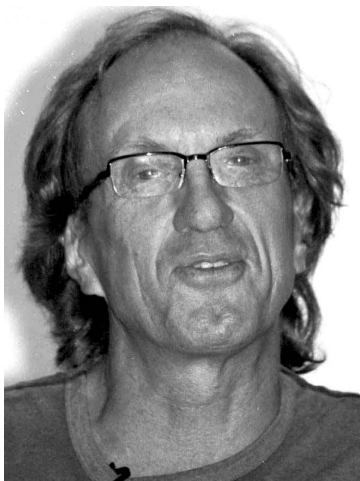
Narativní terapie tedy pracuje ve třech vrstvách terapeutické konverzace:

1. **Externalizování** problému.
2. **Narušování dominantního příběhu** (problémového).
3. **Objevování příběhu alternativního** (uspokojivého).

Externalizování problému pomáhá terapeutům rychle vytvořit alianci s klientem či rodinou a postavit je proti samotnému problému. Terapeut rodině sděluje, že člověk a problém nejsou totéž. Byť se takové konstatování může zdát banální, velmi často do terapie přichází rodiny s jasnou představou, „kdo“ je tím problémem. Zvlášť patrná je takto vykonstruovaná sociální realita u dětských klientů. Rodiče se zlobí na své dítě, které je nositelem problému a v terapii se staví proti němu. Hledání řešení je tak složité. Podaří-li se externalizovat tento problém od dítěte, ocitá se najed-

38 O'Hanlon, Bill: *Může krátká terapie otevřít dveře k proměně?* Třetí vlna. (Family Therapy Networker, nedatováno)

3. Zdroje Apolinářského modelu



MICHAEL WHITE (29. prosince 1948, Adelaide, Austrálie – 4. dubna 2008, San Diego, Kalifornie, USA) byl australský sociální pracovník a rodinný terapeut. Je známý jako zakladatel narativní terapie a pro svůj významný přínos k psychoterapii a rodinné terapii, které byly zdrojem technik převzatých jinými přístupy.

nou celá rodina na „jedné lodi“ a otevírají se příležitosti pro alternativní scénáře, nové postoje i možnosti řešení problému. Externalizační jazyk je doplňován symboly či metaforami, které pomáhají „personifikovat“ problém, to znamená oddělit problém ho od jeho nositele a tím mu lépe čelit.

Michael White vnímá klíčovou roli terapeuta v dramatizaci samotného příběhu, který klient vypráví. Říká, že když vyprávíme příběhy našich životů, obvykle zapomínáme jeho významné součásti, byť pro nás jsou či mohou být velmi užitečné. Terapeutův cíl je odhalovat ukryté či zapomenuté části dominantního příběhu, který klient sděluje a jejich prostřednictvím obnovovat ztracenou rovnováhu. Každý jedinec v sobě skrývá hodnoty, schopnosti, závazky, postoje, které mají sílu redukovat negativní vliv vydefinovaného problému. Příběh lze „převyprávět“ i „dovyprávět“. Příběh je něco více než pouhá reprodukce nějaké události, má vždy konstitutivní povahu. Klíčovým aspektem je **umění nalézt alternativní tvar**, který je pro klienta uspokojivější.

Terapeut klade **nevědoucí** otázky a ty odkrývají „nepoznané“ a také „možné“. Vhodně formulovaná otázka může nastolit pokračování příběhu, ve kterém je ukryta odpověď na otázku, jež je klíčem k pochopení problému. Terapeut je aktivním spoluautorem tvorby klientova příběhu (být různí narativní terapeuti se liší ve formě takové „aktivity“) a hledá **zářivé okamžiky**, které dokážou změnit vnímání problému a prolomit utrpení, bolest či bezvýchodnost. Vyjádříme-li vlastními slovy jinou možnou a preferovanou podobu svého života, začínáme jej svým způsobem skrze narativní realitu uskutečňovat.

M. White klade v terapii důraz na **podmínky transparentnosti** v terapeutickém systému („*Transparency of Practice*“³⁹). Říká, že kliničtí pracovníci jsou závislí na zpětné vazbě, kterou dostávají od klientů, na téma, jaké jsou jejich zkušenosti s terapií. Tato zpětná vazba je klíčovým průvodcem v samotné terapii. Aby mohli mít „objektivní, nezatížený (vlastním názorem) obraz reality“, je nezbytné, aby mohli vést **rozhovor o rozhovoru/dialozích** ve vlastní terapeutické práci s klienty. Jedna z možností, jak toho dosáhnout je práce s reflektujícím týmem. Reflektující tým má možnost takový „rozhovor o rozhovoru“ s terapeutem vést, pomáhat mu objevovat, jaké jsou jeho vlastní úvahy o terapeutickém procesu, nehledat „pravdu“, ale soustředit se na ty události terapeutického procesu, které jsou pro rodinu důležité, užitečné, případně, které by mohly být. Stejný proces může probíhat mezi samotnými členy reflektujícího týmu. Taková **dekonstrukce obsahů a transakcí** v terapeutickém procesu mezi členy reflektujícího týmu může být strukturována pomocí následujících otázek:

- Co to bylo, co upoutalo vaši pozornost?
- Co si myslíte, že upoutalo vaši pozornost?
- Jak se stalo, že to považujete za tak významné?
- Jak jste dospěli k rozhodnutí takový komentář právě zde sdílet?
- Jaký efekt si myslíte, že tento komentář bude mít?

Jemné nuance v položených otázkách nejsou pouze „zvědavostí“ v obecném slova smyslu, nýbrž přesněji „zvědavostí, jak mohou být věci (vnímaná realita v terapeutickém procesu) interpretovány jinak“, a také zvědavostí, co se mohlo z vyprávěných příběhů klientů „ztratit“. Tento postup umožňuje snadnější orientaci ve společném hledání **jedinečných výstupů** („unique outcomes“) z terapie, a to výstupů, které jsou preferovány klienty a nikoliv samotnými terapeuty.

Pro náš Apolinářský tým je tato perspektiva cenná, protože z vlastní reflexe terapeutického procesu po skončení terapie a interakce mezi členy reflektujícího týmu dělá jemnou „jazykovou operaci“, jejímž jediným cílem je hledat východiska („outcomes“) užitečná především pro samotné klienty.

39 White, M.: *Narrative practice: continuing the conversations*. New York: W. W. Norton & Company, 2011.

Postmoderní konverzační a kolaborativní přístupy

„Spolupracující dialog/dialogická spolupráce“

Konverzační a kolaborativní přístupy v rodinné terapii mají s narativní terapií mnoho společného, liší se však pojetím vztahu mezi terapeutem a klienty. Na rozdíl od narativního přístupu, kde terapeut obvykle vystupuje v aktivní roli, jsou školy kolaborativní rodinné terapie postaveny na základním principu, že **expertem jsou klienti**. Odbornost terapeutů je ve stylu vedení terapie, nikoliv v tom, jak organizovat, řídit či měnit životy klientů.

Terapeut **neví**, co je pravda a co nikoliv, ani co je pro rodinu dobré, co jí pomáhá a co ji naopak škodí. Pracuje s maximální otevřeností, klade **nevědoucí** otázky, ve kterých se neukrývají žádné náznaky hodnocení, které by mohly klienty vést k potřebě formulovat odpovědi tak, jak si myslí, že chce terapeut slyšet, případně tak, aby se vyhnuli vlastnímu znehodnocování v očích terapeuta. Důležité je to, co klient říká, jak se vnímá, jakým mluví jazykem. Terapeut naslouchá v **nevědoucím přístupu** ke klientovi, vede s ním autentický rozhovor, a především se ptá, než aby něco „tvrdil“. Terapeut neví, kdo má pravdu a kdo nikoliv, a to mu umožňuje být **na straně všech**. Tak jako v narativní terapii je základní metaforou „příběh“, v kolaborativních a konverzačních přístupech je to **rozhovor (systemická konverzace)**. Základním teoretickým východiskem je skutečnost, že lidské systémy existují a fungují ve svých obsazích a významech jako systémy „jazykové“.

Spolupracující přístup: Harlene Anderson v kontextu nařízené terapie

„Pokud mají lidé, kteří jsou donuceni chodit na terapii, nějaký problém, tak je to právě chození na terapii.“

Námluvy při „nařízených terapiích“

Nařízená rodinná terapie je velmi specifickou formou léčby. Začíná mnohem dříve, než klient – rodina poprvé vstoupí do dveří ordinace. Doporučená nebo nařízená terapie není náhodně zvolená intervence nebo bezradné gesto pracovníků sociálních služeb pro práci s dětmi a problémovými rodinami (v ČR je takovým zařízením OSPOD), když si „neví s rodinou rady“. Před začátkem terapeutické práce je třeba znát odpovědi na následující otázky: Co je problémem, který potřebuje terapeutické řešení? Kdo definoval problém jako problém? Kdo žádá terapeutickou péči? Kdo ji platí? Kdo nařizuje péči a pro koho?

Nezbytnou podmínkou a základní perspektivou pro efektivní práci s rodinami v nařízené terapii je **vytvoření aliance** mezi institucemi, pro které se myšlenka odborné „nařízené“ péče zrodila. Nastavení pro pomoc nebo spolupráci v této počáteční fázi není klientům vlastní. Naopak převládá obava, že přijetí odborné pomoci může být vnímáno jako potvrzení problému, na který poukazuje sociální pracovník, a který se často rodina snaží skrýt či si ho alespoň nepřiznat. Dobrá spolupráce může vzniknout jen v atmosféře **vzájemné důvěry** a neustálého **vyladování na potřeby rodiny**, avšak s cílem, který nebývá v úvodní fázi pro rodinu snadné zahlédnout. „Mnozí lidé si často nemyslí, že mají problém, kvůli kterému jim soud terapii nařídil. A pokud si myslí, že problém mají, pak většinou ne ten, jak jej definují druzí. Pokud mají lidé, kteří jsou donuceni chodit na terapii, nějaký problém, tak je to právě chození na terapii“ (Harlene Anderson)⁴⁰.

40 Anderson, H.: *Konverzace, jazyk a jejich možnosti, Postmoderní přístup k terapii*. Newton Books, 2009.

3. Zdroje Apolinářského modelu



HARLENE ANDERSON
(nar. 1. prosince 1942) je americká psycholožka a spoluzakladatelka postmoderního kolaborativního přístupu k terapii.

Síla (ne)vědění

*„Dejte si pozor na to, jak informace, které se o klientovi dozvíte předem, ovlivní vaše mínění o něm. Protože jakmile se s informacemi setkáte, nelze, aby vás neovlivnily. Je důležité na to dbát, protože informace nás vždy povedou k tomu, abychom se vraceli ke stereotypům a přestali brát klienta takového, jaký bude, až se s ním poprvé setkáme“.*⁴¹ Stejně tak i Harlene Anderson navrhuje, abychom byli k těmto informacím maximálně vnímaví, protože nás ovlivňují: *„Kdo nazývá problém problémem? Kdo v čem vidí problém?“*⁴²

Abychom mohli brát klienty takové, jací jsou, bylo by lepší informace o nich předem neslyšet. Má se terapeut chránit před informacemi a tím „ochránit“ i klienta? Anebo je to právě naopak, jak doporučuje Harlene Anderson či v českém kontextu Ivan Úlehla? Dávat si pozor, neznamená nevědět či neslyšet. Znamená to naopak vnímat, kam nás tyto informace vedou v našich myšlenkových stereotypech a v našem přemýšlení o klientech. Když si této reality je terapeut vědom, tak může naslouchat svým klientům s o to větší vnímavostí, citlivostí, respektem a otevřeností. Klienti přichází se **svou verzí příběhu**, a právě proto, že terapeut byl již dříve konfrontován

41 Úlehla, I.: *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2004.

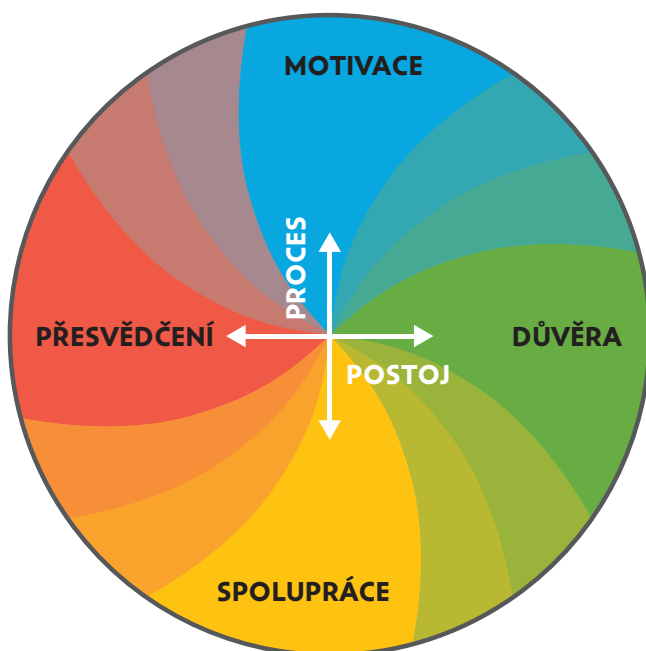
42 Anderson, H.: *Konverzace, jazyk a jejich možnosti, Postmoderní přístup k terapii*. Newton Books, 2009.

DUŠE RODINY

s verzi např. sociálního pracovníka nebo soudu, se nyní musí **vyladit** na potřeby klientů, na jejich přání a jejich touhy. A také sdílet s klientem to, co od sociálního pracovníka ví, aby svojí **otevřeností** povzbudil **motivaci** klienta k terapii a zasel semínko **důvěry**, na které bude i ve spolupráci se sociálním pracovníkem společnou terapii stavět.

Čtyři principy nařízené terapie: „čtvero pomahačů“

Práce s rodinou v nařízeném režimu/kontextu terapie je významně odlišná od spolupráce s klienty, kteří přicházejí sami a dobrovolně. A to především v jejich **postoji** k terapii, **motivaci** a ochotě ke změně, schopnosti **spolupracovat** a **důvěře** v terapeutický proces. Tyto čtyři aspekty jsou klíčové principy, v metafoře čtyři ingredience, které dělají „z jídla chutné a dobré jídlo“, z rodinné terapie „dobrou terapii“.



„Čtvero pomahačů“ – čtyři principy (ingredience) nutné pro spolupráci v kontextu nařízené rodinné terapie. Dva převážně postojové principy (přesvědčení a důvěra) a dva převážně procesové principy.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Tento pohled na proces vytvořený ze čtyřech různých ingrediencí nám pomáhá pouze z didaktického hlediska, ale v terapeutické praxi jsou pochopitelně tyto nezbytné předpoklady efektivní terapie od sebe neoddělitelné. Osy tvořící kostru celého procesu nám pomáhají nahlížet na komplexní systém z různých úhlů, a to především ve chvílích, kdy se společná práce nedaří.⁴³

1. Motivace k terapii a ochota ke změně

Terapie by měla být dobrovolná a nikoliv povinná. Na svobodném a dobrovolném rozhodnutí klienta jsou postaveny dosud známé a tradiční terapeutické teorie. Nicméně i přesto „nedobrovolní klienti“ do terapie přicházejí. Podle principu strategické rodinné terapie Jay Haleyho bychom nejspíše takovou terapii „neměli nazývat terapií“⁴⁴ (Thomason, 2012).

Pochybnost, zda pracovat s rodinou, která prošla či prochází rozvodem rodičů, a kdy terapii navíc někdo nařizuje, je více než v rozporu s tradičním pojetím dobrovolné rodinné terapie. Pro rodinné terapeuty takový „setting“ představuje enormní zátěž. Každá složitost, překážka nebo neúspěch pak snadno odradí a pochybnosti ještě prohloubí. Jak nazývat proces, při kterém provázíme rodinu po komplikovaném rozvodu rodičů? Potkáváme rodiče, kteří společně již nežijí, partnery, kteří se již nemilují a jsou v tomto transakčním vzorci plni bolesti, zrady, zklamání a smutku. Klienti jsou plní emocí, se kterými je obtížné být v kontaktu a které často brání naplnění kompetentních a bezpečných rodičovských rolí. Společným jmenovatelem a energetickým korelátem trosek původní rodiny je nenávisť. Jak pracovat s nenávisť? Jak zahojit rány, které ovlivňují schopnost komunikace a kontaktu rodičů, kteří nemohou setrvat v jedné místnosti,

43 Často si připadáme jako bájný láson, který na své lodi Argo vyrazil z lólků za zlatým roumem. Nikdo tenkrát nevěřil, že jeho cesta bude úspěšná a že se vrátí živ a zdravý. Vsadit si po prvním setkání nařizené terapie na „dobrý výsledek“ vypadá z prvního pohledu jako čirý nerozum. A stejně jako v příběhu „bájného lásona“ nám nezbyvá než oslovit „bohy“, rozumějte rodinu, která sice zpočátku „neví, co všechno ví“ a odkud pramení její „moc a síla“, ale která má šanci na to nakonec přijít, a často na to také přijde. Naso, P. O.: Proměny. Praha: Odeon, 1969.

44 Thomason, T.: *Jay Haley a umění Strategické terapie*. Northern Arizona University, 2012.

ale budou i nadále pro své děti spojeni neviditelným vláknem rodičovství? Takový kontext bezpochyby do rodinné terapie patří.

Jak motivovat klienty k nedobrovolné spolupráci? Tato otázka je primárně v kompetenci „třetích“ institucí, sociálních pracovníků či soudů. Na nich leží schopnost doporučit terapii dříve, než bude nařízena, a tím posílit dobrovolnost a motivaci klientů pro terapii. Co motivuje sociální pracovníky doporučovat nebo „nařídít“ terapii svým klientům? Sociální pracovníci řeší obtížné a často smutné lidské příběhy plné týrání a lidského neštěstí, do kterého se rodí a také v něm často žijí děti. Doporučit nebo poslat rodinu na rodinnou terapii jim dává naději, že mohou nabídnout svým klientům něco více než represi či kontrolu postavenou na dané, pro rodinu nevýhodné, hierarchii moci.

Co je motivací samotných terapeutů, když je zřejmé že se jedná o frustrující práci se složitými rodinnými kontexty a minimálním efektem léčby? Terapeutům nezbyvá, než vystoupit z tradičního a stereotypně zaběhaného modelu terapeutické práce a vydefinovat nové kompetence a také nové možnosti. Čím více je terapeutický systém v hierarchickém uspořádání „**rovnocennější**“ a **otevřenější** v předávání cílených informací s konkrétním záměrem změny širšího systému, tím více je „kolaborativní spolupráce“ se sociálními institucemi efektivnější a pro rodinu také užitečnější. To samozřejmě následně ovlivňuje motivaci členů rodiny k dalším změnám. Stejně jako platí, že klíčovým principem pro efektivitu nařízené terapie je motivace klientů, stejně tak platí, že čím více jsou motivováni samotní terapeuti, tím je terapeutická práce pro rodinu prospěšnější.

Motivace a naděje: Imelda McCarthy a „Space of the Fifth Province“

Významná irská terapeutka Imelda McCarthy při práci s klienty v nařízené terapeutické spolupráci využívá analogie z irské mytologie v terapeutické metafoře, kterou nazvala „*Space of the Fifth Province*“ („Prostor páté provincie“)⁴⁵. Tento metaforický kontext nabízí McCarthy jako „*posvátný prostor, ve kterém se mohou dít i nevšední a nepředstavitelné věci*“. Irsko má dnes geograficky čtyři provincie. The „Fifth Province“ („Pátá provincie“) představuje nehmotný prostor, který nemá geografický ani politický

45 McCarthy, I.C.: *The Fifth Province, Imagining a Space of Dialogical Co-Creations! Context*, 2010.

3. Zdroje Apolinářského modelu



IMELDA MCCARTHY,
irská terapeutka, která si ve své práci klade otázky, jak můžeme zůstat propojeni ve světě, kde zájmy velkých korporací a bohaté elity prosazují politiku izolovaného individualismu, fragmentace a chamtivosti přes etiku propojení, spravedlnosti, udržitelnosti, spravedlnosti, soucitu, péče o životní prostředí a vztah (<https://imeldamccarthy.com>).

rozměr a je za hranicí současného vědeckého chápání, protože je zdánlivě neviditelným místem v „*morfogenetickém poli*“.⁴⁶

Stejně tak jako v prostoru Páté provincie irští králové a vojevůdci mohli odložit zbraně a urovnat své spory skrze slova a dialog, při kterém byla každá strana s respektem vyslyšena, a tím otevřena sdílet své odlišné i protichůdné zájmy bez násilí a boje, tak i tvarování tohoto mentálního prostoru v morfogenetickém poli pro klienty v nařízené terapii znamená vnitřní nastavení všech stran k **rovnocennému** propojování rozdílných zájmů a požadavků.

Naděje a změna: Imelda McCarthy, Ernst Salamon: „Commissioning Diamonds“

Podle Imeldy McCarthy každá práce v tomto kontextu začíná otázkou: *Jak mohu vnést jasno do zmatené situace s tolika požadavky?* Situace, ve které má každá část celku – klient, sociální pracovník nebo terapeut jiná přání, potřeby, povinnosti, zodpovědnosti a možnosti. Ve spolupráci se švédským kolegou Ernstem Salamonem své zkušenosti přenesla do modelu „*Comissioning Diamonds*“ („oživování/broušení diamantů“ ve

46 Sheldrake, R.: *Mylné domněnky vědy – Osvobození vědy a oživení ducha svobodného bádání*. Olomouc: Fontána, 2014.



ERNST SALAMON,
švédský psycholog a terapeut.

volném překladu této metafory)⁴⁷, který umožňuje náhled na změnu, která je od klienta v nařízené terapii očekávána a kterou primárně požaduje „vyšší úroveň“ (v ČR nejčastěji OSPOD). Pro plnění takovéto zakázky „vyšší úrovně“ používají metaforu „ruské matrjošky“, kdy požadavek vyšší úrovně musí zapadat do zakázky nižší úrovně tak, aby každá zakázka zároveň zapadala do úrovně předchozí.⁴⁸ Proto kontrakt, který tvoříme s klientem při rodinné terapii, zohledňuje jeho přání a potřebu, ale musí také naplnit požadavky OSPOD jako vykonavatele rozhodnutí soudu, který uplatňuje svoji zákonnou kompetenci při zajištění ochrany dítěte.

McCarthy pracovala ve svém konceptu „Páté provincie“ s metaforou „diamantů“ („Diamond Maps“), skrytých zdrojů v rodinném systému, jejichž objevení/znovuobjevení je podmínkou pro uvedení zamrzlého rodinného systému, např. rozvádějících se rodičů neschopných dohody ohledně péče o své děti, do pohybu. E. Salamon zatím ve Švédsku pracoval z konceptem „Commissioning ideas“, tedy s technikami, jak „oživit“ strnulý, „zamrzlý“ rodinný systém a nastartovat či umožnit změnu. Spojením těchto dvou základních prvků vznikla terapeutická metoda pro práci s rodinami v extrémně těžkých a komplexních kontextech.

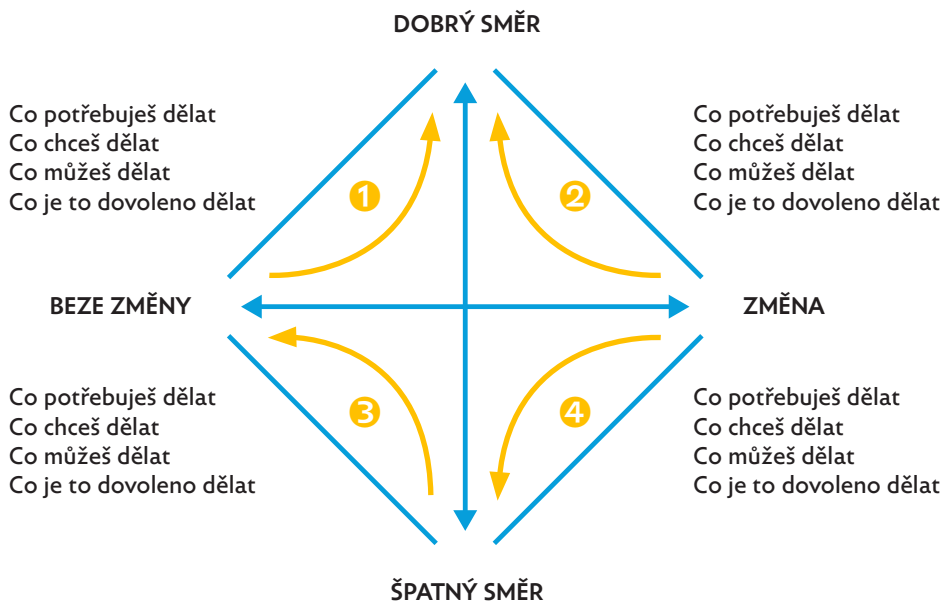
47 Salamon, E., McCarthy I.C.: *Hope and Risk, Systemic practices for supervision and assessment in child protection.*

48 Zatloukal, L.: *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup.* Sociální práce 2008, 3, s. 82–93.

3. Zdroje Apolinářského modelu

Všechny participující subjekty (klienti, terapeutický tým, OSPOD a sociální „kolizní“ pracovníci, soudy atd.) jsou postaveny před následující otázky, mezi kterými je zcela zásadní významový i vztahový rozdíl: *Co potřebuji udělat? Co chci udělat? Co mohu udělat? Co smím udělat?* Odpovědi na tyto otázky je možné promítnout na dvou polaritních osách reprezentujících změnu (žádná změna vs. změna) a kvalitu změny (pozitivní vs. negativní). Získáváme tak přehlednou „mapu“ možností ve čtyřech kvadrantech, jakýsi „navigační“ systém, který nám umožňuje v komplexním a konfliktním terénu jasný a srozumitelný pohyb, ať už jedním nebo druhým směrem (viz graf).

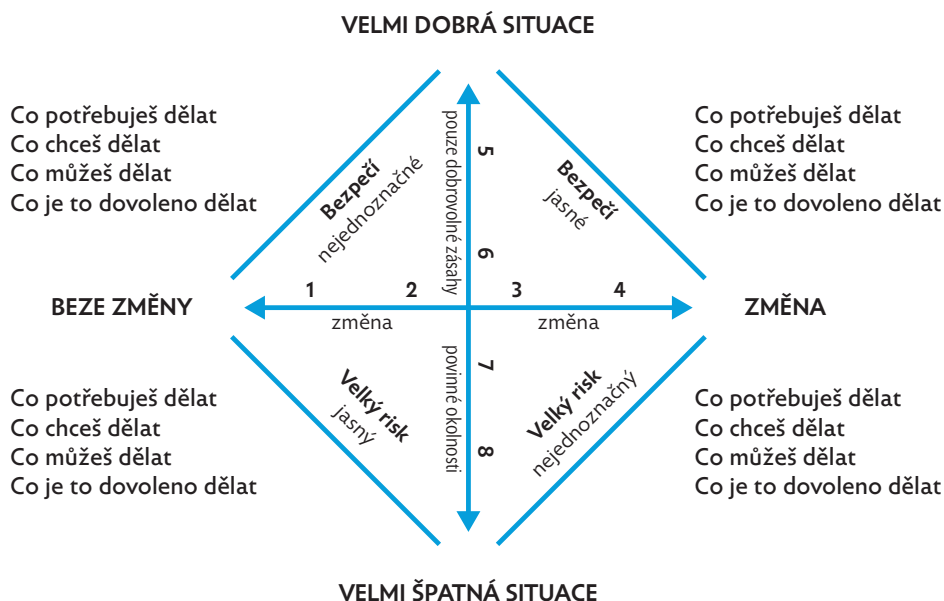
„DIAMANT“ DOHLEDU NA OCHRANU DĚTÍ NAŘÍZENÉ TERAPIE



Typické procesy:

- 1 Dobrý směr beze změny v nařízené terapii prakticky nenastává.
- 2 Změna dobrým směrem je v nařízených terapiích VELMI VZÁCNÁ.
- 3 Nejtypičtější je špatná situace beze změny. Je to typické místo, kdy sociální pracovník (OSPOD) je nasycen negativními emocemi a NAŘIZUJE SE PÉČE.
- 4 Často dochází ke změně špatným směrem. Je to vysvětlení pro negativní emoce v rodinném systému.

ODHAD RIZIKA



změna:

- 1 téměř žádná
- 2 malá
- 3 drobná
- 4 dostatečná

pouze dobrovolné zásahy:

- 5 dobré
- 6 ne ideální, ale povolené

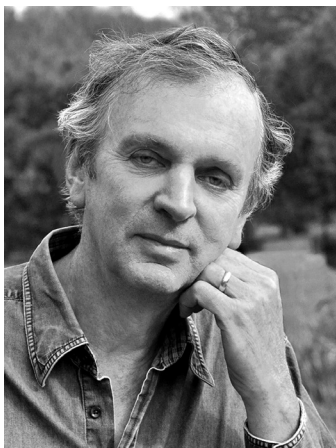
povinné okolnosti:

- 7 špatné
- 8 zakázané

Společným úsilím všech zainteresovaných pracovníků, ať už terapeutů, sociálních pracovníků nebo soudců, je hledání *naděje* pro možnou změnu. Tato naděje reprezentuje sociální konstrukt, který vzniká v mysli jak klientů, tak terapeutů i dalších participujících členů v kolaborativně nastaveném terapeutickém systému. Je pozitivní emocií lidského nervového systému, která má schopnost se **synchronizovat** s jinými živými bytostmi, jak bylo prokázáno neurobiologickým výzkumem, např. Rupert Sheldraka nebo Lisi Feldman Barrettové⁴⁹. Vyladováním mysli terapeuta směrem k naději je ovlivněna také mysl klientů, kteří jsou součástí daného **morfogenetického pole**.

49 Feldman Barrettová, L.: *Sedm a půl kapitoly o mozku*. Praha: Slovart, 2021.

3. Zdroje Apolinářského modelu



RUPPERT SHELDRAKE

(nar. 28. června 1942) je anglický autor a výzkumník parapsychologie na Cambridge a Harvardu. Zabývá se paranormálními předměty, jako je předvídání, empirický výzkum telepatie a efekt psychického zírání. Jeho morfická rezonance předpokládá, že „paměť je vlastní přírodě“ a že „přírodní systémy zdědí kolektivní paměť ze všech předchozích věcí svého druhu.“



LISA FELDMAN BARETT

(nar. 1963) je profesorkou psychologie na Northeastern University, kde se zaměřuje na afektivní vědu. Je ředitelkou Interdisciplinární laboratoře afektivních věd.

2. Spolupráce

To, co obvykle brání změně při nařízené terapii, je nedůvěra a negativní postoj rodinných terapeutů k sociálním institucím (např. k OSPOD) a frustrace z prvotních neúspěchů při neschopnosti přizpůsobit se novým nárokům a novému kontextu terapeutické práce.

Změna, na které s rodinou terapeut pracuje, není a nemůže být výsledkem pouze samotné terapie, ale je vektorem sil a fenoménů celého morfogenetického pole, ve kterém rodina žije. S ohledem na funkci tzv. „izomorfních procesů“ je zřejmé, že zkušenosti a postoje terapeutů

se „propisují“ do zkušeností a postojů klientů. Nejedná se o klasický „přenosový vztah“. Gestalt terapie tento fenomén vysvětluje jako „pole, které tvaruje terapeuta, a ti se také transakčně mění podle tohoto pole“.

Již na úvodním setkání, které předchází samotné terapii, je nezbytné s klienty vyjednat základní rámec spolupráce a také komunikační pravidla. Je důležité, aby rodina pochopila role jednotlivých aktérů kolaborativně pomáhajícího systému, na druhé straně spíše než důraz na rozdíly v těchto rolích, je prospěšné vyjednat to, co reprezentuje *postoje společné a sjednocující*. Jedná se o jednu ze základních podmínek vedoucích úspěchu terapie.

McCarthy doporučuje terapeutům pracovat se svými zdroji, využívat možnosti práce v terapeutickém páru, pracovat také s jinými klienty než v režimu nařízené péče, sdílet své zážitky a zkušenosti s ostatními kolegy při intervizích a v rámci supervize. Inspiruje pracovníky k aktivní práci se svojí frustrací a k péči o každý malý terapeutický úspěch, jako prevenci demotivace a syndromu vyhoření.

Práce s klienty v nařízené terapii je časově náročná také s ohledem na „nepřímou práci“. Samotné domlouvání termínu prvního setkání může být procesem, při kterém se klienti nejenom učí předávat si informace a dodržet termín, ale také jsou vystaveni sociální interakci, která testuje jejich motivaci a pomáhá konstruovat jasnější představy o možnostech či potřebě změny. Významná je role pracovníka, který první setkání vyjednává. Je důležité snížit práh vstupních nároků a zároveň již v prvních fázích terapeutického procesu myslet na nezbytnost oceňování, byť drobností, kterých se při spolupráci podaří dosáhnout. Klienti v nařízené péči nejsou zvyklí být oceňováni, daleko častěji slyší, co dělají špatně a co se nedaří. Oceňování jim dává i důvěru v sebe, která jim pomáhá v posílení sebeúcty nezbytné pro vnitřní změnu. Ta je možná vždy, i když je omezená možnost změny vnější.

Důležitou funkci plní pravidelné zprávy o průběhu rodinné terapie. Terapeutický tým je zasílá sociálním institucím jako nezbytnou součást terapeutického procesu a v něm probíhajících změn při nově konstruované životní realitě klientů. Obsah zpráv je vyjednáván společně s rodinou. Konverzování s klienty o tom, jaké informace a komu předáme, případně na čem by bylo ještě dobré pracovat, aby se výsledek mohl stát užitečnou součástí takové zprávy, je samo o sobě terapeutickou intervencí. Ta posiluje u rodinných příslušníků důvěru v terapeuta i otevřenost terapeutického procesu, zároveň ale také konstruuje srozumitelnou realitu spoluvytvá-

3. Zdroje Apolinářského modelu

řenou samotnými klienty s vyšší mírou jejich „*spoluodpovědnosti*“ a také vnitřní „*svobody*“. Harlene Anderson referuje o psaní zpráv jako o podmínce úspěšnosti celého terapeutického procesu na cestě za změnou. Odesílání zpráv každé 3 měsíce je u amerických kolegů přirozenou součástí vyjednaného kontraktu mezi spolupracujícími institucemi, byť takové zprávy nemusí být nutně od terapeutů institucemi moci vyžadovány.

3. Přesvědčení („skálopevné“)

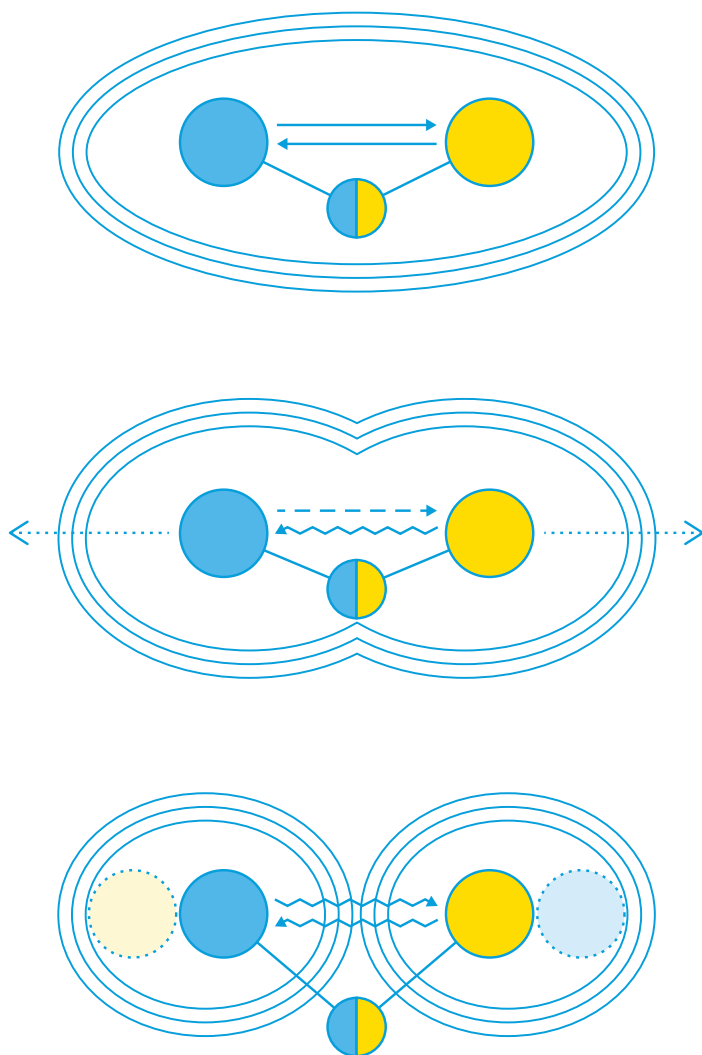
České i zahraniční publikace reflektují problém zapojení nedobrovolných klientů do procesu odborné pomoci prostřednictvím služeb ochrany dětí jako jednu z hlavních výzev v oblasti veřejné péče o děti. Pro „skálopevné přesvědčení“ terapeutů, v lepším případě terapeutických týmů pracujících s rodinami v nařízené péči jsou nesmírně důležité impulzy *zevnitř* i *inspirace zvenčí*.

Harlene Anderson sází na **rovnocennost, otevřenost a respekt** ke klientovi a jeho pojetí světa. Její přístup je výrazně ovlivněn postmoderním hnutím. Nastavuje *nehierarchický vztah* pro práci nejenom s klienty, ale také se spolupracujícími institucemi. Z určitého pohledu je cíl nenadřazovat terapeutický proces potřebám jiných veřejných institucí možná ještě větší výzvou ke změně mentálního postoje terapeutů než samotná terapeutická práce s nemotivovanými klienty. Pokud Harlene Anderson vyzývá k nehierarchické spolupráci s dalšími institucemi, Imelda McCarthy vybízí k vytvoření „Páté provincie“ jako unikátního prostoru, ve kterém je *cokoliv možné*. Právě takový kreativní prostor obohacený o dimenzi **spolupracující aliance**, s jejíž pomocí může dojít i k „zázrakům“ a kde je hledání naděje uzdravným procesem, dává i nařízené terapii smysl.

„Důvěra“ aneb boj na „život a na smrt“

Německý sociolog a filozof Niklas Luhmann vyslovil hypotézu, že sociální systémy se organizují autopoieticky díky tzv. dvojité kontingenci, tedy nejistotě. Ta spočívá v tom, že na hranicích mezi dvěma psychickými systémy (např. lidmi) panuje oboustranná nejistota ohledně záměrů toho druhého. Jedním z nejdůležitějších důsledků této dvojité kontingence je vznik dů-

DUŠE RODINY



Obr. Rodinné siločáry – Ačkoliv už G. Bateson varoval před používáním fyzikálních pojmů v psychoterapii, napadalo nás při práci s doporučenými a nařízenými rodinnými terapiemi podobenství s atomovou úrovní.

První obrázek ukazuje rodinu, kterou v rodinné terapii nepotkáváme. Tzv. “normální” rodina.

Druhý obrázek vystihuje tzv. klasické rodiny, které k nám docházely na rodinnou terapii.

Třetí obrázek zobrazuje rozvedené rodiny, kde ještě často probíhá soud a jsou v péči OSPOD.

3. Zdroje Apolinářského modelu

věry, resp. nedůvěry. Ta vystupuje do popředí, když se vstup do sociálních situací jeví jako obzvláště riskantní⁵⁰. Luhmann ukazuje, že překonávání této bariéry a vznik důvěry je základním zdrojem tvorby sociálních (nikoli psychických) systémů. Důvěra je strategie s větším dosahem, než by se na první pohled mohlo zdát. Ten, kdo věnuje druhým důvěru, podstatně rozšiřuje svůj potenciál k jednání.⁵¹

Důvěra tedy znamená také odvahu udělat krok do nejistoty a riskovat. V terapeutickém kontextu je při jejím budování významné, jak jsou klienti se svým příběhem a svým viděním problému terapeutem vnímáni. Klienti v nařízené terapii přicházejí „označeni“ nařízením k terapii „někým“, kdo u nich v rodině „vidí problém“, kdo je explicitně na terapii odesílá a implicitně je tím označuje jako problémové. Logicky mají oprávněnou obavu, co si o nich budou terapeuti myslet. Jak klienti poznají, co si o nich terapeut myslí? Samozřejmě podle toho, jak o nich mluví, ale více podle toho, **jak a na co se jich ptá**.

Proč se terapeut ptá na názor syna, když přece všichni vědí, že rodina v terapii je z důvodu jeho záškoláctví!? Názor syna je klíčem k jeho důvěře, že terapeuta zajímá také jeho verze školních absencí a jeho vidění příběhu⁵². U klientů v nařízené terapii je to příležitost, jak je povzbudit k důvěře v terapeutický prostor, protože nezřídka přichází ovlivnění soudními spory, při kterých je hledání řešení zúženo na dokazování ne/viny.

Často to jsou rodiče, kteří bezmezně důvěřují svým advokátům, protože věří, že jsou na jejich straně. Advokacie nezpochybnitelně straní svým klientům, minimálně v tom, že je zastupuje před soudem. Je zbytečné zde zpochybňovat důvěru či kroky, které advokacie dělá ve prospěch svých dospělých klientů. Přesto je dobré si uvědomit, že *tyto kroky nejsou vždy v zájmu dítěte*, ale jsou především v zájmu jednoho nebo druhého rodiče.

V terapeutickém procesu jsou často terapeuti nabádáni k neutralitě, při které terapeut nestrání ani jednomu členu rodiny, aby nikdo z rodiny neměl během terapie pocit, že by byl terapeut na jeho straně. Milánská systemická škola vnímala terapeutovu „**neutralitu**“ jako *zvědavost*. Terapeut je zvědavý na názory všech a tím je zajištěna jeho nestrannost⁵³.

50 Luhmann, N.: *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK, 2006.

51 Luhmann, N.: *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK, 2006.

52 Strnad, V., Nejedlá, A.: *Základy narativní terapie a narativního koučinku*. Praha: Portál, 2014.

53 Jones, E.: *Terapie rodinných systémů*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996.

Zkušenosti z klinické práce v nařízených terapiích inspirují k aktivnějšímu přístupu než k „pouhé“ zvědavosti. Sociální realita rodičů a dětí zmítaných ve vleklých soudních sporech vyzývá k udělení dalšího kroku od „*neutrality*“ ke „*stranění*“. To znamená naslouchat a stranit v rodinné terapii, upřímně věřit v klientovo vidění situace, nezpochybňovat jeho „*subjektivní konstrukty objektivní reality*“, nezpochybňovat „*jeho pravdu*“.

Harlene Anderson vnímá v postmoderním pojetí neutralitu jako „*mnohočetnou náklonost*“ („*multipartiality*“⁵⁴), nebo „*stranění všem*“⁵⁵, jak doporučuje v liberecké škole rodinné terapie Lída Trapková a Vladislav Chvála. Tím si terapeut získává klientovu důvěru. Terapeut mu rozumí, protože má pro každého v rodině pochopení. Mít pochopení ovšem neznamená s každým a se vším souhlasit. Velmi často vidíme v očích rozhádaných rodičů očekávání: „*Tak řekněte, kdo z nás má pravdu?!*“ Když se nám podaří získat si křehkou důvěru klientů pod vlivem nejrůznějších tlaků od „*třetích institucí*“, máme větší šanci, že klient přijme nové představy o změně, která *by byla* „*dobrá v zájmu dítěte*“, ale nezrodila se v jeho vlastní hlavě nebo srdci.

Cochemská praxe

Mezi naše zahraniční zdroje při práci s rodiči v konfliktu při rozvodovém řízení patří německý strukturovaný model „*Cochemské praxe*“, který využívá soudně nařízenou rodinnou terapii (Rudolph, 2010)⁵⁶. Cílem tohoto léčebného modelu je *vytvoření „sítě“ sestávající z interdisciplinárního propojení jednotlivých participujících subjektů z různých odborných profesí (soudů, advokátů, odborů péče o děti, odborných poraden, soudních znalců atd.)*, kteří v jasně vymezené vzájemné součinnosti provázejí rodiče složitou rozvodovou situací. Z této „*sítě*“ mohou rodiče vystoupit až v okamžiku dosažení alespoň *minimální shody*. Záměrem Cochemské praxe je přivést rodiče ke vzájemné komunikaci alespoň o nezákladnějších **zájmech a potřebách**

54 Anderson, H.: *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. Newton Books, 2009.

55 Trapková, L., Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál 2017.

56 Rudolph, J.: *Ty jsi moje dítě. Cochemská praxe – cesty k lidštějšímu rodinnému právu*. Drážďany, 2010.

3. Zdroje Apolinářského modelu

děti a k převzetí společné rodičovské odpovědnosti. I když zpočátku může jít o soudem vynucenou spolupráci pod hrozbou znevýhodnění v soudním sporu, postupně se přesouvá terapeutická práce do roviny dobrovolné spolupráce.

Tato praxe vznikla v německém kraji Cochem-Zell, odkud se postupně rozšířila do celé Evropy včetně České republiky. Pro naši práci je inspirací především v tom, jak znesvářeným rodičům umožnit vnímat potřeby jejich dětí, které se nezřídka stávají rukojmími při vymáhání vzájemných požadavků mezi rodiči. K přerušení kdysi krásného partnerského vztahu potřebují rodiče při rozvodu opravdu hodně negativní síly a energie, kterou je jejich konflikt přeplněn natolik, že zapomenou žít i pro něco jiného. V takových chvílích je proto v rodinné terapii obtížné využít zdroje rodičů ve prospěch dětí. Rodiče jsou „*uvěznění*“ v destruktivních vzorcích chování, které jim terapie může pomoci nahlédnout a tím se i pohnout ze své rigidní a stereotypně obhajované pozice.⁵⁷ Holandská terapeutka Justine van Lawick nás inspiruje svojí odvahou vstoupit při terapii do otevřeného konfliktu rodičů, a tím přeměrovat pozornost na děti a jejich budoucnost namísto obvyklého podporování rodičů v dalším boji za „*svou pravdu a svá práva*“. Ve svém modelu práce s rodiči ve vysokém stupni konfliktu vytváří pomocí paralelní skupinové terapie s rodiči i dětmi prostor, ve kterém děti mohou vidět své rodiče jako „*spolupracující tým*“, navzdory tomu, že již nejsou a nechtějí být partnery.

Do naší terapeutické praxe se dostávají rodiče v průběhu soudního řízení s tím, aby došlo k dohodě mezi nimi už v mezidobí dalšího soudního stání. Usilujeme získat pro rodiče **čas pro terapii**. Velmi pečlivě s rodiči vyjednáváme, jaké informace budeme předávat soudu, abychom tím předešli jejich „*zneužití*“ při soudním projednávání a následně tak ztratě důvěry. Pokud rodiče nejsou schopni udržet důvěrnost při terapii sdílených informací, a použijí je u soudu, vyhrazujeme si právo terapii přerušit a pokračovat až po ukončení soudního jednání, pokud rodiče projeví zájem dobrovolně ve spolupráci pokračovat.

57 Van Lawick, M.J.: *Children and their divorced fighting parents*. Haarlem: Systeem therapie 24/3 s. 119-130, 2012.

Otevřený dialog: Jaakko Seikkula

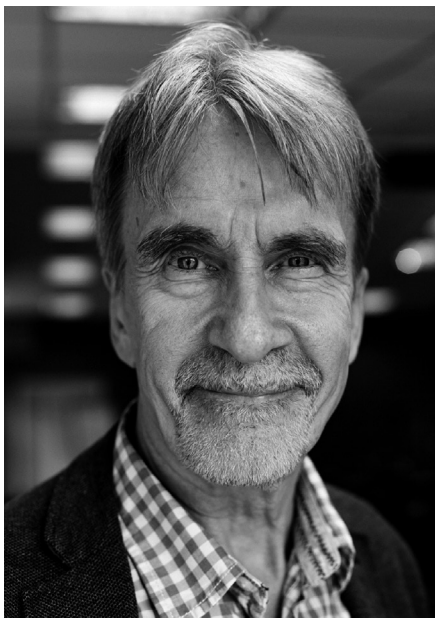
To, co je pro tradiční model rodinné terapie nepředstavitelné a nedoporučované, je nejen pro Harlene Anderson, ale také pro finského terapeuta Jaakko Seikkulu příležitost ke změně. Profesor psychologie Jakko Seikkula na základě svých výzkumů přístupu **otevřeného dialogu**⁵⁸ připouští větší možnost ohrožení, když se rodinný systém „uzavřený před třetími stranami“ otevře, ale vidí v tom především větší možnost načerpat zdroje, ke kterým by uzavřený systém jinak nikdy neměl přístup. V praxi to znamená, že věci, kvůli kterým na rodinu „tlačí“ sociální pracovník, lze **přerátovat na podporu ke změně**. Pokud bychom se na tento rozdíl podívali optikou metafory migrační krize na americko-mexické hranici, je podle tradičního přístupu nejlepší postavit zeď, která Spojené Státy ochrání. Postmoderní přístup nabízí změnu pojetí zaměřenou na aktivní spolupráci s Mexikem tak, aby lidé nemuseli utíkat.

Významný je příspěvek J. Seikkuly k pochopení příčin i nalezení efektivního způsobu práce s pacienty, kteří prožívají závažné psychotické onemocnění (např. schizofrenii, bipolární onemocnění, atd.). Psychóza je obvykle vnímána jako patologický stav, který je nezbytné léčit. Seikkula nabízí jiný pohled, vnímá psychotické „onemocnění“ jako aktivní psychologickou reakci na extrémní, traumatické zážitky, kdy samotné emoční prožitky nebylo možné zpracovat prostřednictvím jazyka. Emocionální prožívání jako je úzkost, depresivní nálada nebo záchvat paniky patří k životu jako přirozená reakce na nejrůznější zátěže. Jsou-li extrémní, mohou být problematické a potlačovat naše „normální“, zdravé či konstruktivní reakce na stres. Seikkula tvrdí, že z dialogického hlediska je možné nahlížet na psychotickou reakci jako na jednu z alternativ, jak se vyrovnat s děsivými zážitky svého života. Pochopitelně ne všichni psychotičtí pacienti jsou obětí fyzického či sexuálního zneužívání, přesto je z odborné literatury zřejmé, že významné procento lidí s diagnózou psychózy takové zneužívání zažilo, a to ať už v dětství nebo dospělosti⁵⁹.

58 Seikkula, J., Arnkil, T. E.: *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ, 2013.

59 Aas, M.A. kol.: *Elevated hair cortisol associated with childhood maltreatment and cognitive impairment in schizophrenia and in bipolar disorders*. *Schizophrenia Research* 213, s. 65–67, 2019.

3. Zdroje Apolinářského modelu



JAAKKO SEIKKULA

(nar. 1953) je finský klinický psycholog, lektor výcviků rodinné terapie, Působí jako profesor a prorektor na katedře psychologie na University of Jyväskylä ve Finsku. Je tvůrcem otevřeného dialogu, terapeutického přístupu Jeho principy jsou uplatňovány např. v sociální práci s rodinami, v supervizi, výuce, nebo v terapii depresí.

Seikkula neříká, že taková traumata jsou přímou příčinou psychotického onemocnění. Jsou daleko spíše způsobeny reakcí na aktuální emoční zážitky, které nicméně s primárními traumaty souvisí. Aktuálně prožívaná emoce spustí emoční vzpomínku na jádrové trauma a dojde k enormnímu afektivnímu vzrušení, kdy mysl pacienta tvoří halucinace nebo bludy namísto jasné narativní vzpomínky na tyto traumatizující události. Tyto prožitky jsou tak „těžké“, že o nich není možné vytvořit racionální mluvený příběh. Seikkula říká, že při „psychotickém chování tělo promlouvá prostřednictvím metafory, „vypráví“ a předvádí své zážitky.“⁶⁰

V samotné terapii je psychotické chování vnímáno jako projev jedinečného života člověka, aniž by se jakkoliv patologizovalo. Cílem procesu je umožnit klientům, prožívajícím psychózu, porozumět svým reakcím a pochopit, jak souvisí se současnými i primárně traumatickými zážitky. Vše, co je v procesu otevřeného dialogu řečeno, přijímá terapeut zcela vážně, namísto toho, aby to považoval za nesmyslné a snažil se klienta od „halucinací“ či „bludného myšlení“ odradit. Východiskem práce v rodin-

60 Seikkula, J.: *Psychóza není nemoc, ale reakce na extrémní stres – dialog léčí*. SOFT forum, 2023.

DUŠE RODINY

ném „settingu“ je jazyk rodiny, to, jak rodina v jazykovém konstruování pojmenovává či chápe problém. Každá přítomná osoba mluví svým vlastním hlasem a *naslouchání se stává důležitější než způsob vedení rozhovoru*. Halucinace či bludy jsou přijímány jako jeden hlas mezi ostatními v „*polyfonii hlasů otevřeného dialogu*“ vlastního terapeutického procesu. Psychotická zkušenost je respektována „*bez podmínek*“. Nicméně pokud hlasy nabádají klienta k auto či heteroagresi, např. aby někoho zabil, je mu dáno jasně najevo, že nesmí dělat to, co mu hlas říká, ale naopak jej vyzvat, aby začal o svém zážitku přemýšlet.

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

*Pavel Bém, Jan Hovorka, Jiří Kokrda, Markéta Chlupová,
Šárka Palečková, Jitka Vodňanská*

„Nová“ historie rodinné terapie v Apolináři

Pavel Bém, Jan Hovorka

Od svého založení v roce 1967 se apolinářské středisko pro rodinnou terapii (původně Středisko pro mládež a rodinnou terapii, později Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii) etablovalo jako klinické a praktické. Všichni „otcové“ a „matky“ zakladatelé (J. Skála, J. Vodňanská i P. Boš) kladli důraz na *řemeslnou zručnost* a zároveň vždy podporovali *umění každého člena týmu* pracujícího ve prospěch našich klientů. Jedinou opomíjenou oblastí byla „*věda*“, konkrétně publikování toho, kam jsme v každodenním kontaktu s rodinami, zprvu převážně závislých klientů, dnes těch, kteří přichází se všemi představitelnými problémy, dospěli.

Záhy po sametové revoluci se původně malý tým (J. Vodňanská, P. Bém, Š. Palečková a V. Čajkovská) začal proměňovat a rozšiřovat nejenom personálně, ale také svým multidisciplinárním složením. Významným impulsem byl návrat P. Béma po téměř dvouletém pobytu ve Spojených Státech. Zkušenosti z klinické práce v amerických „mekkách“ rodinné terapie – v Mental Research Institute v Palo Alto; v Centru rodinné terapie Psychiatrické kliniky Rochester University, Upstate New York; v Ackermannově Institutu v New Yorku nebo na Philadelphia Child Guidance Clinic – umožnily přenést z Ameriky do Čech nejenom nejnovější rodinnoterapeutické perspektivy a trendy, ale také některé formální, strukturální či technické aspekty práce s rodinami. Začali jsme pracovat s formálním „settingem“ rodinné terapie rozděleným do pěti částí známých z Rochesteru od manželů Stantonových, anebo z Milánské školy, jak jej poprvé do terapeutické praxe zavedli M. Selvini-Palazzoli, J. Prata, G. Cecchin a L. Boscolo. K této době se datuje také první použití tzv. „žluťáku“, tedy formálního tvaru zápisu hypotéz a reflexí ze všech pěti částí vlastního sezení s rodinou, s ko-terapeutickým párem a reflexním (reflektujícím) týmem.

V devadesátých letech minulého století se tým rozšířil tak, že již nebylo možné jej z kapacitních důvodů udržet v působnosti Všeobecné fakultní nemocnice. Navíc poměrně strnulé a nepružné hranice systému veřejné zdravotní péče neumožňovaly hradit výkony na pokraji zdravotní a školské péče (komplexní systémová práce s ohroženými dětmi z dysfunkčních rodinných systémů) anebo na pokraji zdravotní a sociální péče (rodiny indikované OSPOD, dnes tzv. „nařízené“ terapie), a tak nezbylo než založit pro udržení původního konceptu práce a také pro zajištění provázanosti péče občanské sdružení Anima (dnes zapsaný ústav Anima-terapie).

V průběhu času se celý multidisciplinární tým, složený formálně právně ze dvou částí (Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii Kliniky adiktologie VFN a 1. LF UK a nestátní organizace Anima – terapie), rozrostl do současné podoby patnáctičlenného týmu. Významnou součástí naší práce se stala vedle vlastní klinické praxe také pregraduální i postgraduální výuka a vzdělávání. Multidisciplinarita i personální „bohatost“ zdrojů v týmové spolupráci přinesla některé nové a inovativní způsoby práce s rodinami („rodina v rodině“ – výjezdy rodinné terapie), o kterých se zmíníme podrobněji níže.

Inspirační zdroje

Tři faktory považujeme pro vznik a vývoj **Apolinářského modelu rodinné terapie** za klíčové:

- Na prvním místě to je více než padesát pět let klinických zkušeností v rodinné terapii od založení pracoviště Jaroslavem Skálou a Jitkou Vodňanskou v roce 1967.
- Vytvoření specifického konceptu pregraduální výuky studentů Fakulty všeobecného lékařství 1. LF UK i postgraduálního vzdělávání psychoterapeutů a rodinných terapeutů.
- Vytvoření specifického formátu rodinno-terapeutické práce v širším ekosystému – „rodina v rodině“.

Nutnost dát našemu přístupu nějakou jasnější koncepční a formální podobu přišla až s prvním předáváním zkušeností budoucím rodinným terapeutům v našich dlouhodobých výcvicích, zaměřených jak na teorii rodinné

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

terapie, tak na praktické dovednosti, a také na „sebezkušenost“ jako jednu z významných součástí základního osobnostního vybavení „dobrého“ rodinného terapeuta. Výcvik připomíná v metafoře vypůjčené od Otokara Březiny **stavbu chrámu** – má **podpěrné pilíře**, které si každý student musí vystavět, a které tvoří klasické rodinno-terapeutické přístupy (Model růstu, Strukturální RT, Strategická RT a Milánská škola); **první patro** se pak skládá ze systemických, lépe řečeno narativních směrů (SFBT, Narativní psychoterapie, Hamburská škola a Kolaborativní přístup); **základové desky** těchto pater se skládají z metatémat (etika, neutralita, reflektování, aj.); **střechou chrámu** jsou tři specifika naší práce – ko-terapie, reflexní tým a specifická struktura sezení. Tomuto přístupu jsme začali pracovně říkat „**Apolinářský model rodinné terapie**“.

Vlastní postgraduální vzdělávání rodinných terapeutů pro nás bylo a stále je nesmírně cennou zkušeností, a díky jemu a také díky zpětným vazbám od frekventantů jsme postupně začali „obrušovat“ různé plochy a plošky našeho apolinářského rodinno-terapeutického „krystalu“. Samozřejmě vzdělávání v rodinné terapii je odlišná disciplína od snahy o specifické vymezení jedné terapeutické školy, nicméně pro nás jsou tyto dva procesy obtížně oddělitelné, a navíc si ani nemyslíme, že snaha o jejich oddělení by vlastnímu popisu Apolinářského modelu prospěla.

To, co spojuje oba procesy (vzdělávání studentů a konceptualizaci naší klinické práce) a co je také jedním z ústředních motivů či smyslu naší práce, je snaha „stvořit“ **identitu rodinného terapeuta**. Jakkoliv se takové konstatování může zdát na první poslech nekritické či dokonce „namyšlené“, pravý opak je námi vnímanou a prožívanou každodenní realitou. V naší klinické práci i v samotném vzdělávání jsme vedeni hlubokou pokorou k naší „nevědomosti“ toho, co je „pravda“ a co je pro naše klienty „dobré“, a také respektem k „moudrosti“ těch, kteří přichází do našich ordinací či výcviků (byť nemusí být tato moudrost na první pohled viditelná). Rozumíme jí jako schopnosti rodin objevovat svoje skryté, byť zprvu nepřístupné, zdroje. Identitu rodinného terapeuta samozřejmě vidíme nejenom v jeho vnitřní pokoře a dovednostech při objevování nových či zapomenutých zdrojů v rodinných systémech, ale také ve způsobu myšlení, v teoretických vědomostech i v kreativité vlastní klinické práce. I proto v této knize věnujeme tolik pozornosti teorii rodinné systémové a systemické terapie i praktickým ukázkám naší klinické práce.

Tak jako vzdělávání zjednodušeně i z didaktických důvodů rozdělujeme na blok *klasické (systémové) rodinné terapie* a blok *postmoderní (systemické) terapie*, ve vlastní práci apolinářského týmu to pochopitelně neděláme a jednotlivé školy do sebe integrujeme. Je nezpochybnitelnou realitou, že to každý z členů týmu dělá po svém, ale zároveň v každodenní, nepřetržité a kontinuální interakci s ostatními, a to jak na úrovni vlastní terapeutické či přesněji „ko-terapeutické“ práce (pracujeme až na výjimky vždy v páru), tak na úrovni práce reflexního (reflektujícího) týmu, tak v pravidelných intervizních poradách a stejně tak v supervizích. Výsledkem není nesourodá „asambláž“ různých terapeutických škol a paradigmat, ale velmi kompaktní, **integrativní systemická práce**, zaměřená (jak jinak) na řešení.

Zcela ojedinělou zkušenost, při které jsme měli možnost vytvořit nový tvar („setting“) naší rodinno-terapeutické práce, nám nabídl nápad sestavit z několika rodin s nejrůznějšími problémy malou sociální skupinu a v kontextu třídního výjezdu jim nabídnout v místě a čase neobyčejně koncentrovanou péči. Vedle vlastní rodinné terapie mají rodiny možnost zažívat skupinové interakce při propojení jednotlivých rodin mezi sebou navzájem. Tyto „skupinové interakce“ mezi různými členy rodin navzájem se ukázaly jako neobyčejně **mocný katalyzátor procesů** a systemických transakcí, které se posléze stávají obsahy vlastní rodinné terapie. Termín „katalyzátor“ procesů není úplně přesný. Ve skutečnosti se jedná o „pohyb“ minimálně ve třech aspektech. Tím prvním je čas. Všimli jsme si značného **urychlení procesů** a transakcí směřujících ke změně v dysfunkčním rodinném systému. Druhým aspektem je **emoční a vztahová intenzita** prožívání, a to jak na straně klientů, tak na straně nás, terapeutů. Vnímáme zesílení intenzity prožívání, které významně zvyšuje motivaci rodiny nakročit ke změně. Svůj podíl na tom má i emoční přiblížení mezi rodinami a therapy. Třetím aspektem je **kreativita** při hledání řešení problému. Rodiny nejenom, že se od sebe navzájem učí, ale nahlédnutím „zbytečnosti“ udržování symptomů v rodinných systémech pomocí patologických homeostáz otevírají daleko snáze prostor pro nejrůznější kreativní a nová řešení daného problému. Pracovně jsme si tyto terapeutické výjezdy pojmenovali „**zahuštěnou rodinnou terapií**“ a procesy změn v rodinných systémech termínem vypůjčeným z kvantové fyziky „**kvantovým skokem v zahuštěném rodinném jádru**“ a budeme se jim věnovat na konci této kapitoly.

Považujeme za důležité připomenout, že v patnáctičlenném apolinářském týmu rodinných terapeutů jsou jak typičtí „satirovci“, tak strukturál-

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

ní či strategičtí terapeuti, stejně jako stoupenci systemických konstruktivistických, narativních či postmoderních konverzačních a kolaborativních přístupů. Společným jmenovatelem klinické práce týmu reprezentujícímu zdánlivě tak odlišné rodinno-terapeutické školy je respekt k systemickému paradigmatu a také respekt ke kolaborativnímu způsobu práce na již výše zmíněných úrovních: **ko-terapie, reflexní tým, intervize, supervize.**

Výukou k jednoduchosti: „Méně je více“

Jan Hovorka

Vedle „královské“ cesty k rodinné terapii, kdy si procházíme celým vývojem od systémových, přes systemické až po konverzační přístupy, a to nejen historicky, ale převážně prakticky, bychom rádi nabídli model „jednoduchý“, někdy jej pracovníě nazýváme „primitivní“⁶¹. A to natolik primitivní, že se celá pokladnice naší rodinné terapie vejde do:

- 100 slov
- 16 pojmů
- 4 konstant (pilířů)
- 3 procesů (komnat)
- 9 nástrojů (klíčů)

100 slov

- *„Rodina je systém, který se skládá z jeho členů a vztahů mezi nimi. Členové systému se dají seskupit do subsystémů. Vztahy mezi členy systémů i subsystémů jsou vlastně interakce, které mají svá pravidla. Pravidla interakcí mezi členy rodiny poznáváme z jejich komunikace. Tu považujeme za cirkulární, tedy navzájem se ovlivňující. Nepátráme po příčině, ale sledujeme a reflektujeme se zájmem a zvědavostí jejich užitečnost pro celý systém či jednotlivé subsystémy. Náš postoj je pozitivně direktivní, spolupracující a neutrální. Pomoc spočívá v hledání zdrojů rodiny, k čemuž nám slouží hypotézy, které si v průběhu terapie vytváříme. Jsme zaměřeni na řešení a změnu.“*

61 = jsoucí na počátečním... stupni... vývoje nebo na nízké úrovni; jednoduchý, prostý... Petráčková, V., Kraus, J.: *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1995.

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

16 pojmů

- rodina, člen, systém, subsystém
- reflektování, hypotézy, zdroje, užitečnost
- komunikace, interakce, pravidla, cirkularita
- vztah, neutralita, direktivita, spolupráce

4 konstanty (pilíře)

- klient
- terapeut
- komunikace
- vztah

3 procesy (komnaty)

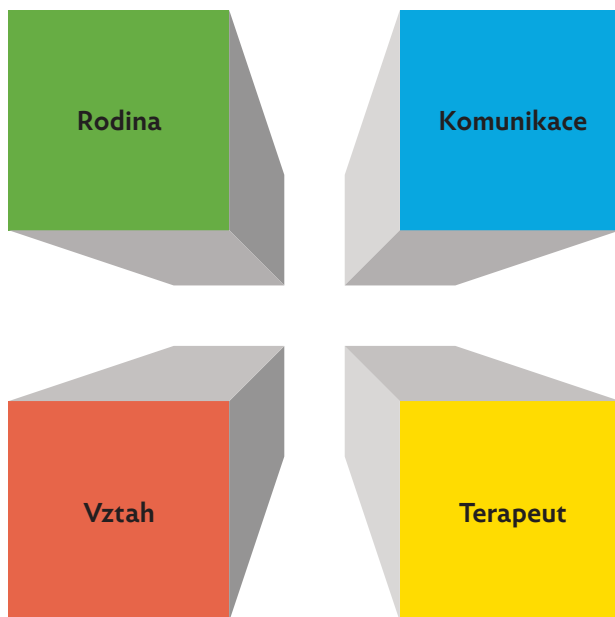
- zahájení – průběh – ukončení

9 nástrojů (klíčů)

- připojení, mapování, kontraktování
- hypotetizování, cirkulární dotazování, přerámování
- reflektování, škálování, oceňování

Čtyři pilíře pro práci s rodinou (stavba „Chrámů“)

Jan Hovorka



4 PILÍŘE

Postavíme-li se před jakýkoliv významný chrám, pojme nás povětšinou krom pocitu ohromení i posvátná úcta či hrůza, podle toho, jak je kdo nastaven. Podobně jako ve velehorách či sekvojových hájích jsme konfrontováni se svou malostí a nicotností v porovnání s monumentálností okolí.

Podobný pocit patrně zažil každý rodinný terapeut, když se začal nořit do tajů tohoto nádherného myšlenkového světa. Ohromení vystřídal ochromení, úžas se změnil v děs. Tolik toho je třeba vědět, tak moc je třeba se změnit či „překlopit“ do rodinno-terapeutického nebo chcete-li systemického uvažování.

Čtyři pilíře jsou vlastně čtyři základní veličiny, o které se mohou vždy opřít, když mnou zmítá nejistota a tápa. Samozřejmě, že lepší je si jich být vědom, ještě než se mi z toho všeho začne točit hlava. Na každém jsou vepsány základní teze, kruciólní otázky, materiál, z něhož jsou vytvořeny a záchytné pojmy vysvětlující, o co tu jde.

Jde o postojové veličiny, bez kterých se v rodinné terapii jako terapeuti neobejdeme. Jedná se vlastně o púdorys pomyslného chrámu.

1. Pilíř: „Klientský“

„Celek je víc, než součet jeho částí!“⁶²

Klient aneb **koho** to léčíme?

Základní otázka: Co je to rodina?

Východiska: Holistický/(eko)systémový/systemický/
konstruktivistický/konstrukcionistický přístup.

Základní pojmy

Rodina: Rodinná terapie je svým zaměřením interpersonální. Na lidské problémy hledí prostřednictvím vztahů, ve kterých se člověk pohybuje. Rodina je nejběžnější a nejvyužívanější vztahový rámec pro živé organizmy *homo sapiens*. Klientem rodinné terapie je rodina.

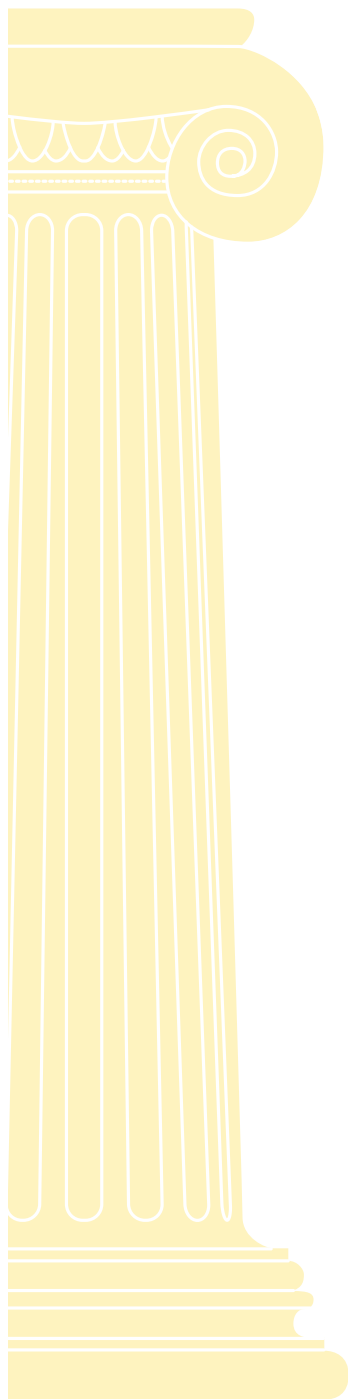
Člen: Členem rodiny – a tedy i rodinné terapie – je každý, kdo má vliv na problém, který se řeší. Nejčastěji to jsou biologičtí příbuzní, a to rodič/e a jejich dítě/děti. Členu rodiny, který je označen za problémového, říkáme identifikovaný pacient.

Systém: Rodinná terapie se přesněji nazývá systémovou či systemickou. První termín je odvozen z biologie a částečně z kybernetiky (padesátá léta 20. století), s druhým už přišli sami rodinní terapeuti tzv. Milánské školy (v sedmdesátých letech 20. století).

Subsystém: Rodina je složitý systém, a proto se ukázalo jako užitečné vymezit v rámci něj tzv. subsystémy (např. rodičovský a dětský, mužský a ženský). Mezi těmito subsystémovými strukturami si všímáme vztahů, vymezenosti hranic a vzájemné hierarchie. Důraz na tyto pojmy najdeme ve strukturální rodinné terapii.

62 Aristotelés: *Metafyzika*. Praha: Nakladatelství Rezek, 2003.





2. Pilíř: „Terapeutický“

„Nejvíc vám pomůžu, když vám nepomůžu!“

Terapeut aneb kdo léčí?

Základní otázka: Jak se smociť a neutopit se?

Východiska: Terapeut je v roli detektiva, nikoliv soudce.

Základní pojmy

Reflektování: Protože v rodinné terapii nevěříme v nějakou danou skutečnost, nezbyvá nám, než se zaměřit na reflexi toho, co právě teď probíhá – ve mně i mezi mnou a okolím. Reflexe doslova znamená „zrcadlení“ či „zpětný odraz smyslové zkušenosti myšlením“. Dobrá reflexe respektuje klientův pohled na svět. Ideální k tomu je reflektující tým.

Hypotézy: V rámci rodinné terapie si průběžně tvoříme předběžné předpoklady. Ty je třeba si následně ověřovat. Tomuto procesu říkáme „hypotetizování“. Hodnota hypotézy je odvislá od její užitečnosti a funkčnosti. Užitečné a funkční je zahrnout do hypotézy co nejvíc členů rodiny.

Zdroje: Rodinní terapeuti mají svá přesvědčení. Jedním z nich je, že každá rodina má své zdroje, které ji pomohou vyřešit její problémy. A tyto skryté či zapomenuté schopnosti, dovednosti a zkušenosti se snažíme uvést v chod. Nejsme soudci, rádci, ani poradci, nýbrž detektivové, hledači a objevitelé.

Užitečnost: Tady si pomůžeme „užitečným“ shrnutím Hamburské školy: „Terapie má být co do cíle užitečná, co do postoje respektující a co do tvořivosti intervencí krásná.“ Terapeut je expert na změnu, nikoliv na rodinu, která právě přišla. Užitečné je nebát se nevědět, nerozumět...

3. Pilíř: „Komunikační“

„Nelze nekomunikovat!“

Komunikace aneb **jak** se to děje?

Základní otázka: Kdo to říká a komu?

Východiska: Cirkulární/nelineární/interakční zaměření.

Základní pojmy

Komunikace: V komunikaci⁶³ se manifestují v pozorovatelné podobě naše vztahy. Komunikační akt má vždy obsahovou (informační) a vztahovou (kontextovou) rovinu. Komunikovat můžeme tím, že něco říkáme/ nebo neříkáme i tím, že něco děláme/ nebo neděláme. Komunikaci se nelze vyhnout, jak definoval v „komunikační teorii“ P. Watzlawick v MRI v Palo Alto⁶⁴.

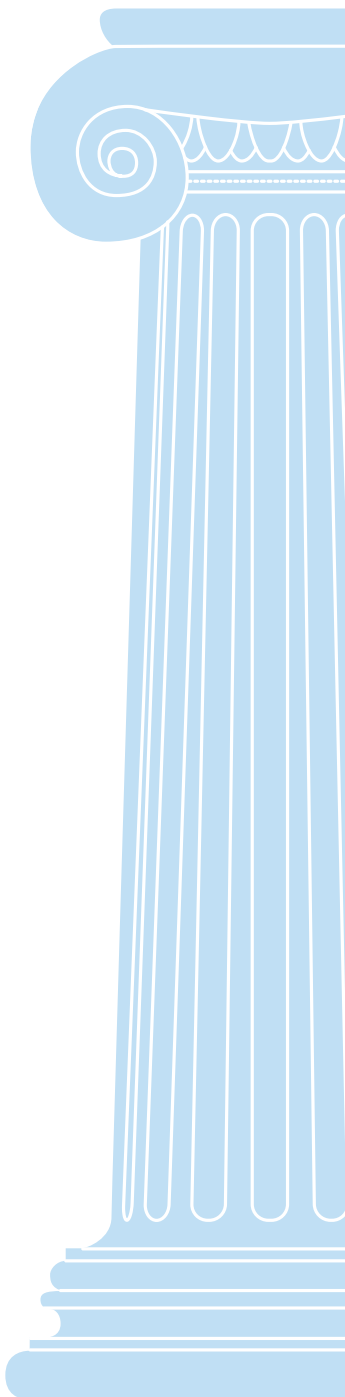
Interakce: Abychom v rámci terapeutického systému dosáhli kýženého cíle, využíváme koordinační funkci jazyka namířené ke změně chování. Svět jazyka a svět konání/dělání jsou spojené nádoby, které interagují a navzájem se ovlivňují. Chceme-li vidět, musíme se naučit jednat.

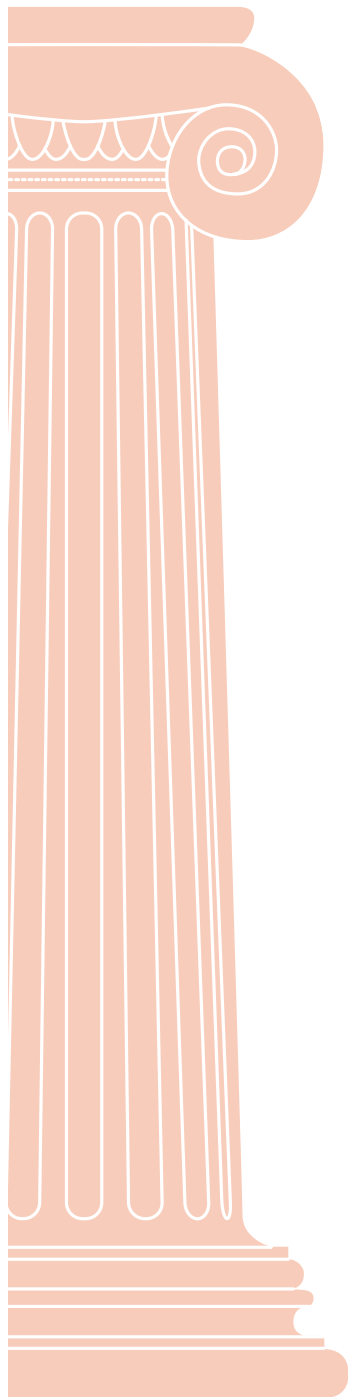
Pravidla: Komunikační interakce mají vždy svá pravidla. Někdy zřejmá a stálá, jindy nejasná a měnící se. Způsob, jakým byla či nebyla vyjednána, je ohniskem našeho zájmu. Každopádně i nejfunkčnější pravidlo podléhá času a je nezbytné ověřovat si jeho aktuální užitečnost a funkčnost.

Cirkularita: Komunikace v rodině je neustálým sledem akcí a reakcí. Přerušování tohoto toku interakcí se říká punktuace. Každý „puntuujeme“ jinak. K poznávání vztahů v rodině využíváme tzv. cirkulární dotazování.

63 Z latinského *communicatio* – sdělení + sdílení, sdělování vzájemných prospěchů + sdílení se o vzájemné prospěchy; společně něco sdílet, činit něco společným

64 Watzlawick, P., Jackson, D. D., Bavelas, J. B.: *Pragmatics of Human Communication. A Study of International Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: W.W.Norton & Company, 1967.





4. Vztahový pilíř

„Stranit všem!“

Vztah aneb **co** se to děje?

Základní otázka: Koho by nejvíc potěšilo, když...?

Východiska: Angažovaná neutralita.

Základní pojmy

Vztah: Rodinná terapie je terapií převážně interpsychickou, to znamená vztahovou. Rodinu vnímáme jako síť vztahů. Symptom dává smysl zase jen ve vztahu k něčemu nebo někomu, je tedy „relativní“. Zjednodušeně řečeno našim klientem je vždy vztah.

Neutralita

Nelze být neutrální, přesto stojí za to o „neutralitu“ usilovat. Ať už tomu budeme říkat neutralita, stranění všem či zvědavost, jde o postoj, který nám pomáhá neupadat do nevědomých koalic (proti něčemu/někomu) a zároveň vytvářet prospěšné aliance (pro něco/někoho).

Direktivita: Pozitivní direktivita odkazuje na aktivní roli, kterou rodinný terapeut zastává. Mistrovské umění je používat sebe sama k navození takové spolupráce, ve které v rámci otevřeného dialogu nebude patrný rozdíl mezi terapeutem a klientem. Terapeut je „neexpertní expert“ nebo jak říká náš kolega Z. Macek: „*neexpertnost je vysoce expertní záležitost...*“

Spolupráce: Terapeutická aliance, vztah a napojení slouží k navázání spolupráce se členy rodiny, která pomůže naplnit jejich přání a najít řešení jejich problémů. K tomu potřebujeme vyjednaný kontrakt a konkrétní zakázku. Spolupráce je krokem ze „samoty“.

Tři komnaty a devět klíčů pro práci s rodinou

Komnaty

Komnaty jsou vlastně fáze terapeutického procesu jen přenesené z časové roviny do roviny prostorové. Výhodou tohoto přenesení je, že zatímco časová rovina nás nutí spíše k lineárnímu uvažování, prostor lépe vystihuje cirkularitu skutečnosti, jak ji v rodinné terapii chápeme. Proto zahájení (lépe zahajování), průběh a ukončení (lépe ukončování) rodinné terapie jsou spíše cykly než fáze. Stále se opakují, resp. stále se k nim vracíme. V metafoře komnat průběžně navštěvujeme všechny komnaty a využíváme většiny klíčů, které máme k dispozici.



1. komnata: „Zahájení“

První komnata v metafoře jakéhosi „předsálí“, v němž zveme rodinu ke spolupráci. Je vybavena tak, aby zaujala natolik, že budou její členové chtít pokračovat a prozkoumat i další komnaty chrámu. Abychom se v rozlehlých prostorách neztratili, dohadujeme se, jak budeme postupovat a co si kdo chce odnést z návštěvy těchto „netradičních prostor“. Klasické dělení na hostitele a návštěvu tu neplatí. Chránové prostory nabízejí skoro až „mystický“ koncept, kdy *„host je zároveň hostitelem a opačně“*.

2. komnata: „Průběh“

Druhá komnata má bohatou výzdobu a nutí nás neustále si ověřovat, jaký má to, co vidíme, slyšíme a cítíme význam pro jednotlivé členy rodiny i pro rodinu jako celek. Něco jako „obývací pokoj s kuchyní“, kde se vaří ty nejtypičtější pokrmy. Ochutnáváme, co rodina přináší, ověřujeme si, co nás napadá, doptáváme se jednoho na prožívání druhého, nabízíme podobenství, která terapeutický prostor nabízí.

3. komnata: „Ukončení“

Třetí komnatou je to, čemu se říká „sociální zařízení“. Prostě toaleta. Za starých časů se potřeba vyprázdnění dělala mimo obytné prostory. Projevem sociálního pokroku je, že se přesunula z veřejných míst do čistě osobních prostor. Dnes se záchod (vyprazdňování) navíc propojil s koupelnou (očistou) a máme tak skvělý prostor pro nové počátky. Staré odchází a vzniká prostor pro něco nového, neušpiněného předešlým. My jen reflektujeme, co odešlo a co vzniká, škálováním dáváme hodnotu i sebemenším změnám: *„Máme radost z každého psouku.“*

Klíče

Metafora klíčů⁶⁵ není příliš originální. Mohli bychom také mluvit o dveřích či branách⁶⁶. Nicméně pro ozřejmění **klíčových** terapeutických nástrojů je toto přirovnání velmi nápomocné. Chceme-li se dostat z jedné komnaty do druhé, posunout terapeutický proces, je užitečné vědět o klíčích, způsobech, jak toho docílit. Ke každé komnatě jsme přiřadili tři klíče, které

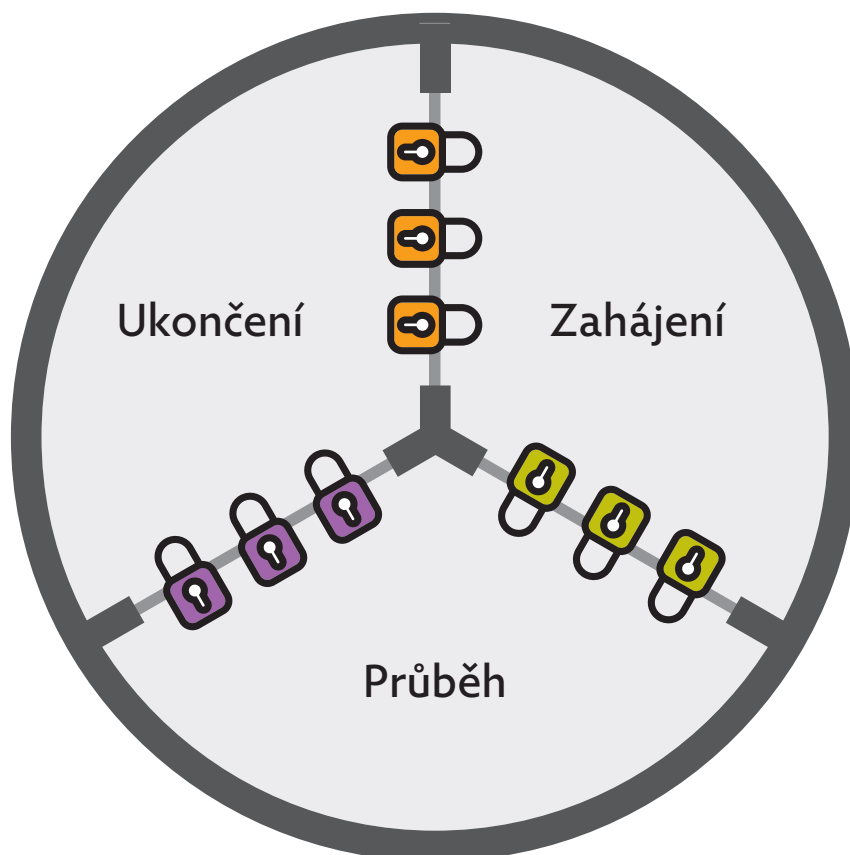
65 De Shazer, S.: *Klíče k řešení v krátké terapii*. Praha: Portál, 2017.

66 Pro milovníky zen-buddhismu (jakým byl i Steve de Shazer) doporučujeme: *Wumenguan, Brána bez dveří*. Praha: Maxima, 2007.

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

z našeho pohledu a na základě našich bohatých klinických zkušeností nejčastěji otevírají „brány“ či „dveře“. Nicméně nejde o dogma, je nezbytné být připraven na situace, které budou vyžadovat použití jiných klíčů k příslušným komnatám. A je to tak dobře.

<i>Zahájení</i>	<i>Průběh</i>	<i>Ukončení</i>
Připojení	Hypotetizování	Reflektování
Mapování	Cirkulární dotazování	Škálování
Kontraktování	Přerámování	Oceňování



Zahájení: 3 klíče



PŘIPOJENÍ

- Na co myslet?
Každý má právo být vnímán (slyšen/viděn/cítěn).⁶⁷
- K čemu to je?
Neupadáme do „příběhu“ jen jednoho či jen některých členů rodiny; připojení slouží jako pozvánka (na společnou cestu).



MAPOVÁNÍ⁶⁸

- Na co myslet?
Co ještě...? Co dalšího...? Nikdy neprozkoumáme vše, ale oslovujeme nejen to, co se děje na povrch jako první.
- K čemu to je?
Čím více oblastí života rodiny navštívíme, tím větší máme šanci na nalezení zdrojů, které nám/rodině pomohou nalézt řešení. Mapování je vytváření „map“.



KONTRAKTOVÁNÍ

- Na co myslet?
Kon – trakce znamená společný tah; dobrý kontrakt je takový, který umožní rodině i nám táhnout stejným směrem.

67 Obnovitelem ekosystémového přístupu je Gregory Bateson. Bateson, G.: *Ekologie myslí*. Dolní Břežany: Malvern, 2018.

68 Obdobou mapování ve zdravotnictví je anamnéza = rozpomínání; metafora „mapy“ umožňuje kromě sběru informací i „kroky“ kýženým směrem; rozšiřuje kontext, má kvalitativní charakter.

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

- K čemu to je?
Kontrakt včetně zakázky nám pomůže neztratit se v temném lese potíží, překážek a nesouladů. Kontrakt je společným „kompasem“ terapeutického procesu.

Průběh: 3 klíče



HYPOTETIZOVÁNÍ⁶⁹

- Na co myslet?
Nemůžeme si nic nemyslet, nic nepředpokládat, nemít žádnou teorii; jediné, co můžeme, je si to uvědomit a počítat s tím.
- K čemu to je?
Máme-li v terapii pocit, že něco víme, jsme povětšinou na cestě do slepé uličky. Nic nevědět nás činí zprvu vyděšenými, v důsledku však velmi svobodnými. Hypotézy jsou mořem mezi těmito dvěma vzdálenými póly.



CIRKULÁRNÍ DOTAZOVÁNÍ

- Na co myslet?
Myslíme nejčastěji lineárně, prožíváme však cirkulárně. „Cirkulárka“ je průvodce od hlavy k srdci a zpět.⁷⁰

69 Na rozdíl od stanovování diagnózy jde o proces s otevřeným koncem – platnost hypotézy je třeba si neustále ověřovat a „neuzavírat sňatek se svojí hypotézou“, jak trefně pojmenoval Carl Whitaker.

70 Prastarý aforismus: „Jak daleko je k Bohu? 30 centimetrů – od hlavy k srdci!“

DUŠE RODINY

- *K čemu to je?*
Ptejme se co nejvíce tak, aby odpovědi přinášely co nejvíce nových informací o vztazích v rodině. Nám to pomáhá neupadat do individuální terapie a rodině „vidět věci jinak“.⁷¹ Je to „záchranné lano“.



PŘERÁMOVÁNÍ

- *Na co myslet?*
Nový rámec (obraz) nemusí dokonale zpodobňovat aktuální dění, stačí, aby ho alespoň částečně vystihoval.⁷²
- *K čemu to je?*
Osvobození se od zaběhaných vzorců vnímání reality přináší svěží „vánek“ pro naše uvažování a hledání východisek z ne-utěšeného stavu věcí. Přerámování je přenesení z „bažiny nevědomosti na rozkvetlou horskou louku možností“.

Ukončení: 3 klíče



REFLEKTOVÁNÍ

- *Na co myslet?*
„Vše řečené je řečené někým“.⁷³ Skutečnost nemůžeme poznat, pouze ji reflektovat.
- *K čemu to je?*
To, co se v nás během terapie děje, může být užitečné i pro ostatní. Reflektujeme především to, co vede v souladu se zákazkou ke kýženému cíli. Reflexe je „zrcadlem změny“.

71 Citace z knihy rozhovorů rodinných terapeutů Gjuričová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.

72 Příznačně o pasování (fit) a odpovídání (match) mluví Steve de Shazer. De Shazer, S.: *Klíče k řešení v krátké terapii*. Praha: Portál, 2017, s. 122.

73 Základní postulát, který vydefinovali Maturana a Varela. Maturana, H. R., Varela, F.: *Strom poznání: Biologické základy lidského rozumu*. Praha: Portál, 2016

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie



ŠKÁLOVÁNÍ

- Na co myslet?
Základem našeho poznání jsou rozdíly, ušímejme si jich.⁷⁴
- K čemu to je?
Škálování nebo krokování je dávání hodnoty i těm nejmenším krokům a ušímání si i těch rozdílů a posunů, které nám v běžném životě unikají. Škálování je „lupa“.



OCEŇOVÁNÍ

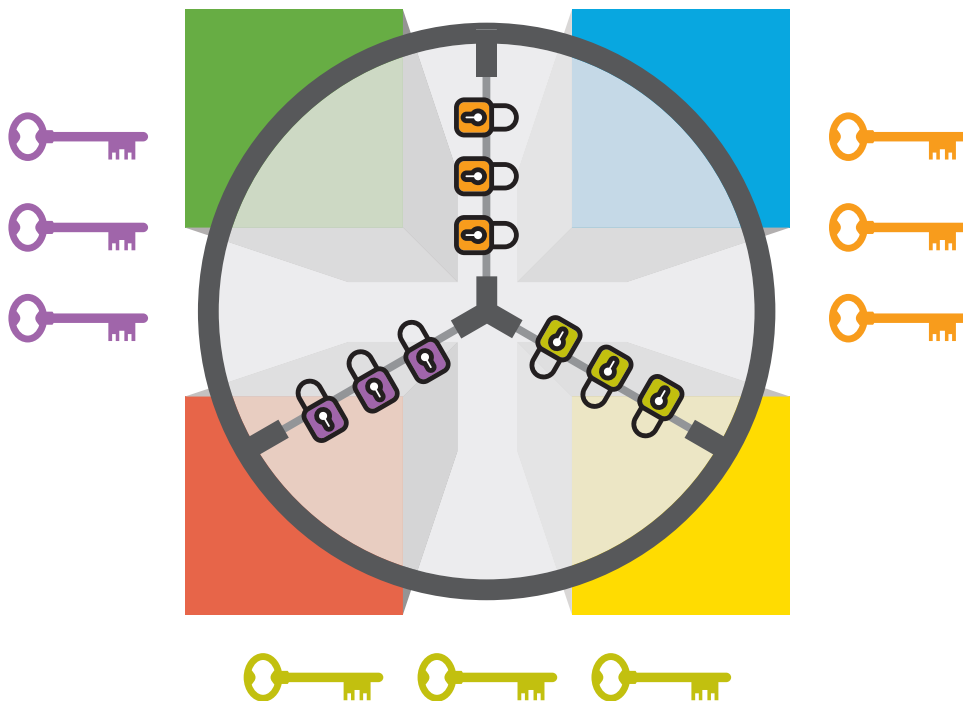
- Na co myslet?
Neexistuje (patrně) člověk, který by se cítil celoživotně přeceňován; při potížích to platí dvojnásob.
- K čemu to je?
Rodiny k nám přicházejí „rozbité“, sportovně řečeno „z formy“. Než začneme chtít po rodině patřičné výkony, pomozme jí vrátit se „do formy“. Ocenění je vzácné koření, které z „obyčejného jídla učiní chutný zážitek“.

74 Bateson, G.: *Ekologie mysli*. Dolní Břežany: Malvern, 2018.

DUŠE RODINY

Závěr, kterým jsme začali

Jednoduchý (nikoliv však snadný!) model naší rodinně-terapeutické práce by se teď, se znalostí kontextu, mohl vejít na jedinou stránku:



CELKOVÝ POHLED

Náš vysněný chrám pak vypadá seshora takto – čtyři pilíře, na kterých stojí; 3 komnaty, které ho činí obyvatelným a 9 klíčů, které nám umožňují se v chrámu volně a svobodně pohybovat.

Rodina je systém, který se skládá z jeho členů a vztahů mezi nimi. Členové systému se dají seskupit do subsystémů. Vztahy mezi členy systému i subsystémů jsou vlastně interakce, které mají svá pravidla. Pravidla interakcí mezi členy rodiny poznáváme z jejich komunikace. Tu považujeme za cirkulární, tedy navzájem se ovlivňující. Nepátráme po příčině, ale sledujeme a reflektujeme se zájmem a zvědavostí jejich užitečnost pro celý systém či jednotlivé subsystémy. Náš postoj je pozitivně direktivní, spolupracující a neutrální. Pomoc spočívá v hledání zdrojů rodiny, k čemuž nám slouží hypotézy, které si v průběhu terapie vytváříme. Jsme zaměřeni na řešení a změnu.

Ko-terapie a „Mnohohlas“: Střecha Chrámu

Markéta Chlupová, Šárka Palečková

Aby pilíře rodinně-terapeutického chrámu držely pohromadě, musí být nejen pevně ukotvené v zemi, ale je nezbytné, aby byly shora zatížené střechou proti postupnému a neodvratnému rozklížení. Střecha našeho apolinářského chrámu se skládá ze tří složek: ko-terapie, reflexního týmu a ritualizované struktury sezení. Neseme je a svazují nás už přes padesát let. V dobrém i zlém.

Dialog a ko-terapie

Ať už to nazýváme prací v páru, dvojici, tandemu či obecněji ko-terapií, jisté je, že dvojice terapeutů při práci s jednou rodinou nás provází od samého počátku. Nikdy jsme z takto nastolené cesty neuhnuli, byť to samozřejmě přinášelo a stále přináší řadu složitostí. Organizačních, ekonomických a v neposlední řadě i vztahových.

Na základě zkušeností a po dotázání se našich klientů v kvalitativní studii členky našeho apolinářského týmu M. Chlupové⁷⁵ jsme došli k následujícím závěrům:

- Dva jsou více než jeden: „*A myslím, že hrozně důležité pro mě bylo, že tam jsou oba. Terapeuti vnímají jeden toho druhého a zastupují jakoby více hledisek zároveň. A to cítím, že v tom jsou silnější.*“
- Mužsko-ženský pár terapeutů nastoluje větší „fyzilogickou rovnováhu sil“ mezi therapy a rodinou: „*...bylo pro mě důležité, že jsou oni dva na nás dva, a také že se setkáváme jako pár s párem...*“
- Ko-terapie nabízí možnost polarizování a vyvažování tendencí v rodině: „*Oni nejsou vždycky zajedno. To mně přijde vlastně dobré, že spolu třeba taky v něčem nesouhlasí. A oni si to mezi sebou řeknou přímo na sezení a před námi. Ale nezažil jsem, že*

75 Vybrané odpovědi z kvalitativního výzkumu Markéty Chlupové zaměřeného na přínos mužsko-ženského terapeutického páru a srovnání s obdobnými výzkumy. Odpovědi jsou gramaticky a stylisticky upraveny beze změny významu.

DUŠE RODINY

by to bylo v něčem zásadním, a že by na sebe byli vážně naštvaní. Spíše si to říkají s humorem.“

- Terapeuti a jejich vztah fungují jako vzor pro rodinu, která se může učit z jejich interakcí: „*To je v něčem úplně esenciální. To, že Šárka, díky tomu že je tam Honza, si užívá, že je za tu ženskou a má ty šatičky a že ten Honza řekne „no, ten čaj připravím já, protože Šárka potřebuje, abych ji opečoval“ . Že si oba jedou na takové „vlně“ . Jakoby „role play“ . Jakoby ukazovali principy mužsko-ženské a jejich různé kvality“ .*
- Otevřený dialog: „*Extrémně sympatické mi přijde, když se zveřejní ten jejich vlastní proces. Jak jim je. Že to v tu chvíli řeknou také sami sobě. Terapeuti odkryjí karty. A ten proces je pro mě mimořádně cenný a toho si strašně vážím. Protože se cítím jako klient rovnoprávně. Konečně vidím, jak na ně působí to, co jsme celou dobu říkali.“*
- „*Myslím, že to, že mu to řekli oba, něco znamenalo a že to bylo významnější, než kdyby to řekl jeden.“*



DIALOG A KO-TERAPIE

Dialog není prostá výměna informací. Zahrnuje totiž předpoklad, že příjemce je ochoten se nechat řečeným ovlivnit. V ko-terapii je dialog mezi terapeuty metafenomémem, který dodává terapii další rozměr. Dialog v dialogu. Další zprávou pro klienty pak je mužsko-ženský princip, který důsledně aplikujeme. A to i pro homosexuální páry. Význam tohoto neverbálního sdělení je věcí nekončících diskuzí.

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

Apolinářský tým si zakládá na své různorodosti. Chápe ji jako zdroj, který je obohacující pro všechny zúčastněné, tedy nejen pro samotné členy týmu – terapeuty, ale i pro klienty. Ko-terapie je „královská příležitost“, kde můžeme svou různorodost zažívat přímo při práci s klienty. Ko-terapie je zážitkem spoluodpovědnosti za terapeutický proces, je zdrojem vzájemné podpory a většího bezpečí. Je také možností, jak rozšiřovat svůj úhel pohledu. V ko-terapii jsme druhými inspirováni, vzájemně se učíme, a to nejen v rovině vědomostní, ale zejména v rovině „bytí spolu“. Ko-terapie nás vyzývá k vzájemnému dialogu, odvaze mít odlišný názor a nesouhlasit, k pohotovosti vyladování. Tím vším nám umožňuje profesně i osobnostně růst. Ko-terapie nás zkrátka baví.

Mnohohlas a reflexní tým

Stejně jako ko-terapie je spolupráce s reflexním týmem⁷⁶ naším privilegiem i „zábavou“, ale také odpovědností. V naší dlouhé terapeutické praxi jsme procházeli vývojem od „uzavřené reflexe“ (odehrává se bez přítomnosti rodiny) po střídání uzavřené/otevřené reflexe (podle konkrétní rodiny, kontextu sezení, atd.) až po práci s výhradně „otevřenou reflexí“ (odehrává se v přítomnosti rodiny, pouze se změnou „settingu“).

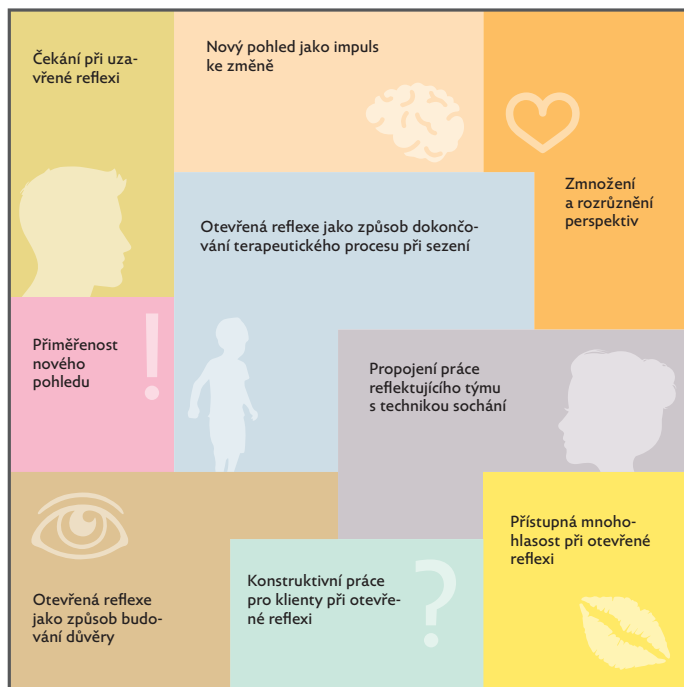
Aritmeticky může připomínat práce s reflexním týmem individuální terapii, kdy každý člen rodiny má „svého“ terapeuta. Kvalitativně je to přeci jen složitější dilema. Je jeden terapeut pro rodinu málo či dost? A kolik už je moc?

Co jsme zjistili, když jsme se zeptali našich klientů?

Hlavním přínosem reflektujícího týmu je podle odpovědí našich klientů, kterých se ptala v kvalitativním výzkumu Š. Palečková⁷⁷, zmnožení a rozrůznění perspektiv. Z reflexe totiž často může vyplynout něco, co se v průběhu sezení neobjevilo, jakási „přidaná hodnota“ terapeutického sezení: nové a překvapivé uvědomění, vhled, náhled, důraz, který se předtím

76 V literatuře se častěji setkáváme s pojmem „reflektující“ tým. Jde o pojem určitě lépe vystihující to, co popisuje, nicméně v apolinářské praxi se hluboce zakořenil pojem „reflexní“. V této publikaci proto používáme pojmy oba a to s totožným významem.

77 V kvalitativní studii se zeptala Š. Palečková na to, zda naši klienti chtějí v terapii reflexní tým, a zda preferují formu uzavřené či otevřené reflexe. Odpovědi jsou gramaticky a stylisticky upraveny beze změny významu.



MNOHOHLAS A REFLEKTUJÍCÍ TÝMY

Práci v týmu označil Steve de Shazer za „užitečnou a stimulující, nikoliv však nezbytnou.“ Ač s ním souzníme, považujeme tento způsob práce pro rodiny za natolik přínosný, že to stojí za složitosti s tím spojené. Mnohohlas či poly-okulární vidění přináší opět do terapie nový rozměr – hloubku (významovou). A ta je vždy výzvou k tvořivosti překonávající zaběhané vzorce vnímání, myšlení, cítění i chování.

během sezení neobjevil a klienty nenapadl. Zároveň výzkumná část této práce přináší řadu dalších poznatků o vnímání práce reflektujícího týmu samotnými klienty:

- Důležitost nového pohledu spočívá pro klienty v tom, že jim umožňuje korigovat jejich původní pohled a ukazuje i nové možnosti jednání. Nový pohled je tedy nositelem potenciálu změny.
- Přestože nové pohledy jsou přínosné právě pro svoji novost, pro klienty je současně důležité, aby pohledy reflexního týmu

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

nějakým způsobem odrážely jejich vlastní zkušenost a aby od ní nebyly příliš vzdálené.

- Čekání na „poselství“ od reflektujícího týmu při uzavřené reflexi může pro klienty znamenat příliš ostré odstrižení od procesu. Ten přitom dále pokračuje, ovšem už bez jejich přítomnosti na poradě reflektujícího týmu, zatímco oni pouze čekají na jeho výsledek.
- Oproti tomu při otevřené reflexi členové reflektujícího týmu vystupují v očích klientů z anonymity a začínají být slyšeni. Osvědčují, že byli a jsou terapii přítomni kvůli klientům. Jejich hlasy a postřehy se přestanou skrývat v závěrečném „poselství“ a konkrétní komentáře se propojí s konkrétními lidmi. Právě otevřená reflexe tak může být způsobem, jak lze podpořit vybudování důvěry klientů k reflektujícímu týmu.
- Otevřená reflexe zpřístupňuje klientům také v plné míře nové a různé pohledy na věc/problém. To klienti oceňují na reflexi především. Při uzavřené reflexi je většina toho, co při debatě reflektujícího týmu zaznělo, odfiltrována jednoduchým závěrečným poselstvím, které nemůže reprodukovat vše, co bylo při dialogu reflektujícího týmu řečeno. Otevřená reflexe tak nejlépe zpřístupňuje klientům pluralitu a mnohohlasost, která je jedním z hlavních motivů systemického přístupu.
- Výzkum rovněž ukázal, že klienti vnímají pozitivně propojení techniky „satirovského“ sochání s otevřenou reflexí. Fyzické využití členů reflexního týmu při metodě sochání totiž otevírá nové možnosti reflexe v práci reflektujícího týmu. Týmová diskuse pak může zahrnout nejen reflexi toho, co tým slyšel a viděl během terapie v roli pozorovatelů, ale také reflexi toho, co jednotliví členové týmu zažili v rolích, do nichž byli umístěni rodinou během sochání.
- Otevřená reflexe mění způsob komunikace reflektujícího týmu: účastníci se vyhýbají nálepkování, používání hodnotících výroků, zaměření na problémy apod., k čemuž mají při uzavřené reflexi tendenci. Klienti to tuší a předpokládají, že odlišnost

DUŠE RODINY

způsobů komunikace v situacích uzavřené a otevřené reflexe znamená, že pouze myšlenky formulované při uzavřené reflexi jsou opravdové a autentické. Z hlediska systemického přístupu jde však spíše o to, že i otevřená reflexe je autentická, pouze vede k formulování jiných obrazů rodiny a jiných možností, které má rodina k dispozici, než reflexe uzavřená.

Naše výzkumná zjištění potvrzují poznatky a zkušenosti praktiků uváděné v odborné literatuře (např. Anderson, Haley, Smith), ale mají pro nás i praktický dopad: přinášejí podněty k úvahám o možných změnách ve způsobech práce reflektujícího týmu na našem pracovišti. Nabízí nové perspektivy, např.:

- Zmnožení a rozrůznění perspektiv:
„Víc hlav víc ví a je to opravdu tak. Protože když kdokoliv z reflexního týmu řekne nějakou myšlenku, říká to nezaujatě jinýma očima.“
- Nový pohled jako impuls ke změně:
„Nový pohled reflektujícího týmu jakoby trošičku pootevře oči nebo přinese jiný úhel pohledu na věc.“
- Přiměřenost nového pohledu:
„Kdyby u otevřené reflexe měli být sami mladí a nezkušení členové reflektujícího týmu, možná bych s tím měla i problém, nikoliv ve smyslu, že bych jim nevěřila, ale přeci jenom jejich zkušenosti jsou jiné než u starších a zkušenějších, kteří se např. dokáží více do některých situací vcítit.“
- Čekání při uzavřené reflexi:
„Při čekání na chodbě při uzavřené reflexi nevíme, co se děje. Sedíme, pozorujeme a čekáme. Nelze se v tu chvíli normálně bavit. Taková divná situace, to je přesně vystižené. Že jsme to zvládli, že jsem si říkala, že budu nad věcí, že prostě jsou v životě takové zvláštní situace. Ale nebylo to přirozené, necítí se v tom člověk úplně dobře.“

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

- Otevřená reflexe jako způsob budování důvěry:
„Určitě mám radši hodnocení před námi, protože mám pocit, že víme, o čem vy se tady bavíte. Když odejdeme na chodbu, tak i když vám věřím jako terapeutickému páru, tak mě napadá, co tam asi uvnitř probíhá. A o to víc mě potom překvapí ta otevřenost, když tady můžeme být a poslouchat vás.“
- Otevřená reflexe jako způsob dokončování terapeutického procesu při sezení:
„No, byla to rekapitulace, douysvětlení. Člověk si to celé vlastně prožije ještě jednou, celou tu hodinku, která se mi znovu promítne v hlavě. Na druhou stranu, když jsme byli na chodbě, tak jsme přišli a dostali jsme akorát závěrečné poselství, úkol, doporučení a radu, ale to, co jste tady probírali, nám bylo utajené. Když se to probírá před námi, tak mně osobně docela pomáhá tím, že se v tom můžu ještě jednou vlastně zorientovat.“
- Přístupná mnohohlasost při otevřené reflexi:
„To se nám hrozně líbilo. Vždy jsem to poslouchala a bylo to pro mě příjemné to slyšet z více zdrojů, jak to kdo myslí. Mělo to na mě vždycky pozitivní vliv, to bylo vlastně jediné z toho reflexního týmu, co mi bylo příjemné.“
- Propojení práce reflektujícího týmu s technikou sochání:
„Říkala, že se cítí třeba odstrčená nebo že jí v té pozici není dobře, tak to mi přišlo dobré, že tam se členové týmu užívali do našeho společenství rodiny, do toho sousoší. Také si člověk vlastně uvědomil, že třeba to dítě se tam nemuselo cítit tak dobře.“
- Konstruktivní práce pro klienty při otevřené reflexi:
„Občas přemýšlím o tom, jaké to pro vás je, jestli je to úplně stejné, když tu nejsme, nebo když tu jsme. Vždycky mě napadne, nakolik jste tím ovlivnění, když tu jsme, a nakolik to probíhá třeba jinak, když tu nejsme.“

Ritualizovaný „setting“ a „žluťák“

Apolinářský model rodinné terapie je integrativním přístupem postaveným na ko-terapii a týmovosti (práci v reflektujících týmech). Bez nich si nedokážeme představit konzistentnost a možnost využití bohatosti přístupů, které jednotliví terapeuti (a konečně i klienti) do rodinné terapie přinášejí. Posledním „vazným trámem“ pomyslné integrativní střechy chrámu tvoří struktura terapeutického sezení. Přesněji bychom měli mluvit o „dvojtrámu“, neboť jde o dvě neodmyslitelné složky:

- Ritualizovanou strukturu sezení
- Formu a strukturu záznamu ze sezení

Ritualizovaná struktura sezení („setting“)

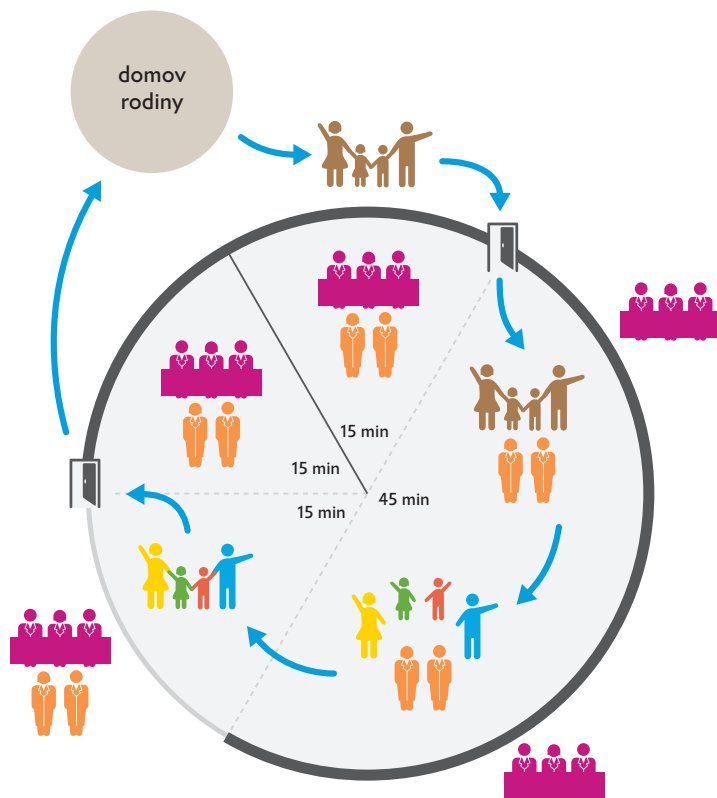
Vlastní sezení rodinné terapie je ritualizované a rozdělené do pěti částí. Tuto formální strukturu jsme si s drobnými modifikacemi „vypůjčili“ z Milánské školy, kde ji poprvé do terapeutické praxe zavedli M. Selvini-Palazzoli, J. Prata, G. Cecchin a L. Boscolo. Každá rodina má vyhrazený čas 90 minut, který je pevně strukturován:

1. **Před-sezení** ko-terapeutů s reflektujícím týmem: 15 minut
2. **Vlastní sezení** rodiny a ko-terapeutů v přítomnosti reflexního týmu: 45 minut
3. **Porada/mezi-sezení** ko-terapeutů a reflektujícího týmu před rodinou: 10 minut
4. **Poselství** od ko-terapeutů a reflektujícího týmu: 5 minut
5. **Po-sezení** ko-terapeutů s reflektujícím týmem: 15 minut

Ritualizovaný zápis do „žluťáku“

Jedná se o formální zápis ze všech pěti částí sezení s pevně danou strukturou, který jsme si s modifikacemi „vypůjčili“ z Centra pro rodinnou terapii Psychiatrické kliniky v Rochesteru, Upstate New York od manželů Stantonových. Vedle záznamu samotného **průběhu sezení**, ve kterém reflektujeme rodinné transakce, verbální i neverbální tvary komunikace nebo narativy, se kterými rodina přichází, je další část zápisu rozdělená do záznamu hypotéz vyplývajících z „mnohohlasu“ dialogu v reflexním týmu („**hypotézy**“), části věnované kontraktování či rekontraktování zakázky rodiny („**kontrakt**“), části zaměřené na ocenění jednotlivých členů rodiny

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie



TERAPEUTICKÝ SETTING

V metafoře „sociální dělohy“ rozlišují L. Trapková a V. Chvála dva odlišné světy – fórum internum a fórum externum. V prvním plyne čas způsobem, kterému staří Řekové v antice říkali kairós, čas příhodného okamžiku, který je těžké měřit. V druhém světě pak nám vládne chronos, chronologický a přesně definovatelný čas.

Rodina, která přichází na terapii opouští svoje fórum internum domova a ve fórum externum vnějšího světa je tlačena dorazit na přesný čas na místo, kde, aniž by to tušila, vstoupí opět do fórum internum terapeutického systému v pracovně terapeutů. Tento prostor je už dopředu „zahříván“ pomocí porady dvojice terapeutů a reflektujícího týmu.

Jakmile rodina z čekárny (hranice obou světů) vstoupí do terapeutické místnosti „vytlačí“ reflektující tým na okraj terapeutického fórum internum a sami se dají s terapeuty do „tance příležitosti“, kdy je vzván bůh Kairos a společně hledají příhodný okamžik pro požadovanou změnu.

Z původně jednotliho rodinného systému v tomto „čarovném“ prostoru začnou vystupovat i jednotliví členové se svými přáními a potřebami. Společný celek opět vytvoří až při otevřené reflexi s reflektujícím týmem, k němuž se terapeuti připojí (odsunou se na okraj vnitřního světa naslouchat spolu s rodinou ohlasům z prostoru „mezisvětý“).

Tím se vytvoří nový prostor „okolo“ rodiny pro nové informace či inspirace. Terapeuti se pak k rodině vrátí již jen na „vypuštění“ do fórum externum (opět v přesně daném čase). Je-li terapie úspěšná, některé kvality terapeutického fórum internum se objeví i v rodinném fórum internum.

DUŠE RODINY

i rodiny jako celku („**ocenění**“), části vyjadřující to, co reflektující tým vnímá, že se dále v rodinném systému může odehrávat („**předpoklady**“), části věnované návrhům možností, se kterými jednotliví členové či rodina jako celek může do dalšího sezení experimentovat a které vyplynuly z vlastního sezení nebo byly součástí závěrečného poselství („**doporučení**“) a poslední části věnované záznamu uložených úkolů či strategických intervencí („**úkoly**“).

Ekosystémová terapie: Výjezdy rodinné terapie (apolinářský „klenot“)

Pavel Bém

Stručná historie

Touha po experimentování s různými formami a styly rodinně-terapeutické práce s cílem provázet rodiny směrem k hledání řešení problému a uskutečnění změny nás přivedla k novému „settingu“ práce. Z prosté změny místa, času, intenzity a ritualizované podoby sezení se po čase vyvinula „technika“ a po dalším čase „terapeutický přístup“. Dnes vnímáme výjezdy rodinné terapie více rodin ve skupinovém/ komunitním uspořádání jako zcela svébytnou jednotku naší terapeutické práce.

Pro korektnost musíme dodat, že samotná forma práce s více rodinami dohromady úplně originální není. Již v sedmdesátých letech minulého století napadlo Jaroslava Skálu při léčení mužů závislých na alkoholu, že je nejenom důležité pro jejich úspěšnou abstinenci pracovat s celým rodinným systémem, ale že je také možné rodinný systém závislého „exponovat“ při týdenních výjezdech apolinářských pacientů do přírody. Skála nazýval tyto intervence „rehabilitačním pobytem pro rodiny závislých“. Rodiny se tak mohly zúčastnit části strukturovaného programu se zbytkem komunity a získat cennou korektivní zkušenost k nahlédnutí, co je závislost, jak se léčí, jak může ovlivňovat zdravé fungování rodiny a jaké jsou předpoklady úspěšné abstinence. Určitě bychom nemohli říci, že se jednalo o rodinnou terapii v pravém slova smyslu, ale tato zkušenost byla pro řadu pacientů a jejich rodin zcela klíčová pro jejich další život. A pro nás zůstala inspirací.

V druhé polovině osmdesátých let jsme Skálův nápad s jistými modifikacemi oživil. Začali jsme organizovat víkendové pobyty pro pacienty po odvykací léčbě i pro ambulantní klienty Střediska pro mládež a rodinnou terapii, u kterých jsme předpokládali, že by takový koncentrovaný „pra-

covní výjezd“ mohl být užitečný. Již tehdy jsme vnímali dva aspekty, které v takovém „**zahuštěném**“ terapeutickém prostoru a čase byly pro vlastní terapii důležité:

- význam vyššího počtu sezení rodinné terapie v krátkém čase;
- význam skupinové dynamiky interakcí mezi rodinami navzájem.

Pracovali jsme někdy v páru, jindy nikoliv (když to nebylo možné z kapacitních důvodů) a pokud to bylo možné vždy s reflexním týmem. Již tehdy jsme vnímali neobyčejnou sílu takto koncentrované péče, včetně významného pozitivního vlivu na systemické změny v rodinách. Zároveň jsme si byli dobře vědomi kolaterálních efektů, které taková „**zahuštěná práce v prostoru a čase**“ měla na nás terapeuty. Nejenom, že nás tato páce „bavila“ a umožňovala zapojit ty oblasti našich dovedností a tvořivosti, které jsme standardně v naší tradiční „ordinační“ práci nemohli či neuměli využít, ale také řádově umocňovala naše schopnosti experimentovat, zapojovat do terapie širší ekosystém (přírodu, strukturované interakce mezi rodinami navzájem, atd.), nebo pracovat s „banalitami“ obyčejných každodenních činností (společné vaření, stolování, uklízení, trávení volného času), které se ale postupně ukázaly banalitami nebýt. Znamenaly mimořádné přiblížení (fyzické i emoční) mezi terapeuty a klienty, při kterém se z komunikačních transakcí stávaly „**jiné komunikační transakce**“, protože se významně měnila jejich vztahová složka. Znamenaly ale také hlubší otevírání emočních kapacit nezbytných pro anticipaci změny při hledání řešení problému na straně klientů, ale také emočních kapacit nezbytných pro hluboké pochopení utrpení klientů na straně nás, terapeutů. Výjezdy nás i rodiny „nabíjely“. Takové „energetické nabití“ měnilo kvality naší týmové, kolaborativní práce. Už tehdy jsme věděli, že tato práce představuje náš **apolinářský „klenot“**.

V posledních několika letech v apolinářském týmu narůstalo přesvědčení o nezbytnosti naší zkušenost s výjezdy rodinné terapie teoreticky a konceptuálně zarámovat. Abychom tak mohli učinit, bylo nezbytné zvýšit frekvenci výjezdů a vytvořit intervizní prostor pro dialog mezi námi terapeuty, a také mezi terapeuty a samotnými rodinami. Pomohl nám k tomu grant, který jsme získali z Evropského sociálního fondu.

Standardní „setting“ výjezdu

V průběhu každého výjezdu proběhnou čtyři intenzivní sezení rodinné terapie, pokaždé v rozsahu 90 minut (standardní časová dotace na rodinnou terapii je 60 minut), dohromady s přípravou před sezením a závěrečnou reflexí s reflexním týmem po sezení to představuje celkem 120 minut terapeutické práce na jedno sezení. Tak koncentrovaná terapeutická péče v daném časovém rámci výjezdu (3 dny) umožňuje systematicky pracovat jak na zvědomování patologických komunikačních vzorců v rodině živících symptomatické chování jednotlivých členů, tak na ověřování nových, funkčnějších a zdravějších vzorců chování nezbytných pro žádoucí **změnu**. Nabízí také dostatek času a skvělý prostor pro práci s vývojovými, často transgeneračními zátěžemi či emočními traumaty, které mohou být významným nevědomým faktorem ovlivňujícím symptomatické/problémové chování. Časový rámeček výjezdu nabízí dostatečný prostor nejenom pro nastartování změny, ale také pro její **ukotvení**.

Příprava takového výjezdu není úplně jednoduchá a je třeba při ní zvážit řadu významných proměnných. Začíná výběrem vhodných rodin a také vhodného místa. Důležitá je pro nás „krása“ a „výjimečnost“ místa. Hledáme vhodnou přírodní lokalitu s „pamětí“ a dobrým „morfogenetickým polem“. Hledáme také vhodný objekt, nejčastěji penzion, který pojme kapacitu 20–30 lidí, ale který zároveň umožní vytvořit bezpečné a také „intimní“ zázemí pro „komunitní subsystémy“ (rodiny). Vyjíždíme s různými rodinami. Některé i přes symptomy a konflikty „žijí“ na výjezdu společně (v jednom pokoji či apartmánu), u jiných je nezbytné vzít v potaz potřebu odděleného zázemí (partneři po rozvodu, kteří řeší problémy spolu počatých dětí). Důležité je mít na paměti specifické potřeby rodin (hendikepované členy, zdravotní nároky, atd.). Kromě rodinného zázemí potřebuje každá rodina také vhodný prostor na vlastní rodinně-terapeutickou práci. Ani to není triviální otázka, protože v průběhu výjezdu se toto místo stane řečeno společně s Harlene Anderson (viz kapitola 4) „Pátou provincií“, tedy **„posvátným prostorem, kde se mohou dít i nevšední a nepředvídatelné věci“**. Máme i technické nároky na takový prostor. Všechna sezení, včetně příprav a reflexí audiovizuálně nahráváme, abychom s tímto materiálem mohli posléze při intervizních diskusích pracovat. Musí se tedy do takového „posvátného místa“ vejít kamera, a nesmí příliš rušit.

DUŠE RODINY

Důležitá je komunitní místnost. Musí být tak „akorát“ velká, aby se do ní vešla celá komunita, kterou tvoří všechny rodiny dohromady a také kompletní terapeutický a reflexní tým. Staráme se o to, aby to bylo milé, útulné prostředí. Má v sobě mnoho důležitých funkcí. Je místem primárního „*joiningu*“, tedy místem, kde se všechny rodiny a terapeutický tým potkává při prvním společném setkání, a kde rodiny poprvé vystupují ze svých neviditelných hranic a stávají se součástí většího „celku“. To nemusí a často také nebývá snadné ani pro dospělé, natož pro děti. Nemáme žádné věkové hranice, takže zde potkáváme kojící matky, stejně jako batolata, předškolní děti i pubertáky a dospívající. Děti a dětské subsystémy představují často identifikované pacienty, takže musíme počítat s pestrým spektrem diagnóz (a „nálepek“) od sociální fobie, afektivních poruch, autismu, poruch příjmu potravy až po hraniční poruchy osobnosti, a ve všech případech se snažíme, aby toto „teritorium“ představovalo místo, které bude už tak náročnou expozici v cizím prostředí a s cizími lidmi spíše zjednodušovat než naopak.

Komunitní místnost je ale také místem, kde začíná a končí každý náš společný den. V něm se ráno setkáváme při samosprávně řízené komunitě (vedou si ji rodiny samy) a v něm také den uzavíráme večerním klubem se zážitkovým a strukturovaným programem. Je místem pro společné hry, arteterapeutické či muzikoterapeutické techniky, a také místem pro rituály. Obvykle je místem našich ranních, poledních a především dlouhých večerních intervizí, při kterých reflektujeme procesy v jednotlivých rodinách. I terapeutický tým se tedy v komunitní místnosti musí cítit dobře.

Důležitým aspektem je jídlo a stravovací rituály. Každá rodina je má jiné. Navíc, často pracujeme s dospívajícími (i s dospělými) s poruchami příjmu potravy či nejrůznějšími stravovacími nároky. Tato oblast nesmí být v přípravě podceňována. Je součástí našeho kontraktu s rodinami, ve kterém zohledňujeme individuální potřeby jednotlivých rodin, jak s ohledem na obsah a kvalitu stravy, tak s ohledem na jejich časové vymezení (ne všechny rodiny večeří ve stejný čas). Stravovací rituály považujeme pro rodinný život za důležité (zvláště jsou-li jeho součástí děti) a proto také dbáme na to, aby společná „jídlna“ byla důstojným prostředím (ne vždy si můžeme vybrat).

Významná část společných aktivit probíhá venku. Jsou to společné, částečně strukturované, peripatetické vycházky, ale také arteterapeutické techniky nebo ranní fyzické aktivity (rozcvičky – dobrovolné, nicméně podporované). To, co je a co se děje vně (venku) a uvnitř („doma“) po dobu

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

více než 3 dnů je důležité, stejně jako „propustnost“ hranic mezi těmito dvěma světy. Je až neuvěřitelné, jaké množství informací nám sledování této „propustnosti“ hranic o rodinách nabízí a zároveň umožňuje je oslovit a také s nimi terapeuticky pracovat.

Představa komunity třiceti účastníků výjezdu v jedné místnosti při ranní komunitě nebo večerním klubu se třemi malými dětmi a čtyřmi adolescenty ihned vyvolá otázku, jak to děláte, když malá batolata lezou přes sebe bez zásahu rodičů po zemi, školáci s hyperaktivitou a poruchou pozornosti „ruší“ a adolescenti se „nudí“. Všechny tyto projevy vítáme. Jsou otevřeným oknem do života rodin a jsme za ně vděční. Rodinná terapie v komunitě dalších rodin a v přítomnosti deseti rodinných terapeutů je prostě svébytný formát vzájemného „setkání“, se kterým jsme se naučili za mnoho let práce zacházet. A vnímáme jej také jako „*posvátný prostor, kde se mohou dít i neušední a nepředvídatelné věci*“ stejně, jako je tomu v případech terapeutických místností jednotlivých rodin.

Pro práci s batolaty a malými dětmi (při komunitní práci i vlastní rodinné terapii) máme v týmu vždy zkušenou a vyškolenou pracovníci, obvykle ženu, pedagožku či psychologku. Její práce spočívá nejenom v péči o dětský komunitní subsystém v čase komunit, klubů či rodinných terapií, ale také v přípravě strukturovaného programu, který umožňuje děti nejenom „zabavit“, ale také s nimi „diagnosticky“ či terapeuticky pracovat a zároveň umožňuje rodičům, je-li to potřeba, pracovat v partnerském uspořádání rodinné terapie bez nich.

Klíčovým katalyzátorem změn vedle samotné rodinné terapie jsou skupinové interakce v „ekosystému“ komunity participujících rodin. K takovým interakcím mezi rodinami dochází na všech představitelných úrovních: „zlobivé“ školní děti mohou „zlobit“ spolu, dospívající děti se závažnými autoagresivními projevy mohou interagovat spolu, opuštěné matky mohou společně sdílet svoji zlobu, smutek či depresivní onemocnění, atd. Kromě takového „subsystémového“ sdílení mezi rodinami se nám ukázala jako zásadní možnost sdílení „zářivých zkušeností“, kdy se jedna rodina řešící obdobný problém může inspirovat rodinou druhou, která už na nějaký aspekt svého problému řešení našla. Zažít takové interakce při propojování rodin navzájem může být významné nejenom pro emoční přiblížení v „rodinném údělu“ sdílených problémů, ale také pro nové nahlédnutí vývojových fází v různých rodinných systémech, pro pochopení funkcí symptomatického

chování či vzhledu do stereotypních transakčních mechanismů, které v rodinách udržují patologickou homeostázu.

I vlastní hra dětí z různých rodin a jejich vzájemná socializace nabízí nové zkušenosti – rodičům poskytuje důležité zpětné vazby a nám terapeutům nabízí mnoho cenných informací při nahlédnutí do přirozenějšího a spontánnějšího života jednotlivých rodinných systémů, tak často odlišného od tvaru a perspektivy, kterou nabízí rodina při běžných terapeutických návštěvách v našich ordinacích. Vhled do přirozeného fungování rodin v běžném životě se ukazuje jako mimořádně cenný katalyzátor procesu změn. Autenticita společného bytí a blízkého prožívání v „zahuštěném prostoru a čase“ také výrazně ovlivňuje práci terapeutických týmů: ovlivňuje vlastní proces reflektování i hypotetizování o možnostech změn i o jejich strategické orchestraci (tedy o jejich umožnění). Terapeutické týmy mají možnost vidět kvalitu organizace jednotlivých rodinných systémů i jejich strukturální uspořádání v daleko jasnějším světle než při běžných sezeních, ale také vidí emoční napojení rodičů k dětem a naopak.

Možnost empatického sdílení je další podstatnou zkušeností, kterou „zahuštěný“ prostor výjezdu facilituje. Otevírá rodinám „brány“ empatie a pochopení pro odlišnost, toleranci k „jinakosti“ a kapacitu pro přijetí reality taková, jaká je, tady a teď. Teprve odpoutání se od výčitek minulosti a také od snění v nedohledné budoucnosti, teprve opuštěním těchto obvykle destruktivních či přinejmenším neužitečných scénářů, je možné začít objevovat skutečnou motivaci pro změnu a pro zbavení se tíhy symptomatického chování jednotlivých členů rodinných systémů. Při společné reflexi na konci výjezdu často slyšíme: *„Nejdůležitější pro mě bylo vidět, že to řezání a pokusy o sebevraždu nemáme jenom u nás doma, ale že to mají úplně stejně i jinde. Pochopila jsem, že se na to mohu koukat taky jinak. A hodně se mi ulevilo. A taky že to může nakonec všechno dobře dopadnout. Pomohla mi v tom hlavně podpora Heleny“* (podobně trpící matka z jiné rodiny, která už má to „nejhorší“ za sebou).

Na tyto vhledy se můžeme dívat jako na výsledek emočního sdílení společného utrpení, nebo na proces edukace, nebo v metafoře na „tonoucího, který se stébla chytá“ či „naděje existuje vždy“, ale to není podstatné. Daleko důležitější je fakt, že při takové zkušenosti dochází k neuvěřitelně rychlé dekonstrukci bezvýhodně prožívané reality strachu (vzteku a dalších emocí), a že taková dekonstrukce uvolňuje prostor pro nová, funkčnější řešení a následnou změnu interakcí (v tomto případě mezi dcerou

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

a matkou, která se po opakovaných pokusech o sebevraždu dospívající dcery bojí nikoliv toho, co bude za týden, ale toho, co se stane dnes večer). Emoční sdílení a učení se navzájem je nesmírně mocná síla, která vytváří nový terapeutický kontext, který se promítá do vlastních sezení rodinné terapie. Není třeba zdůrazňovat, jak důležitý může proto být výběr rodin, které se terapeutického výjezdu zúčastní.

Posledním významným aspektem v dynamice výjezdových setkání, který by si také zasloužil metaforické přirovnání ze světa fyziky (již jsme použili slova jako „**koncentrovaná terapie**“, či „**zahuštěné gravitační jádro**“) je fakt, že rodiny potkávají na jedné malé ploše tolik rodinných terapeutů najednou, kolik jich asi neuvidí za celý svůj další život. Vyjíždíme obvykle se třemi rodinami, pracujeme v páru a vždy sebou každá ko-terapeutická dvojice má jednoho člena reflexního týmu. K tomu další člen týmu pro práci s dětmi. Dohromady terapeutický tým tvoří nejméně deset terapeutů, v našem apolinářském pojetí „neexpertních expertů“. Není možné, aby tuto realitu rodiny nevnímaly.

Je tedy pochopitelné, že určitý čas v průběhu první fáze výjezdu (přivítání, seznámení, napojení – „joining“) trvá, než tuto realitu rodiny „zkousnou“. Každá po svém. A stejně tak každý člen rodiny po svém, včetně malých dětí. To, co by se nicméně ve standardním „settingu“ rodinné terapie mohlo klidně odehrávat tři terapeutická sezení v měsíčních intervalech, tedy přibližně čtvrt roku (uvažujeme o prvotním „napojení“ terapeuta na rodinu a naopak), tady trvá maximálně hodiny, a spíše desítky minut. Je to samozřejmě ovlivněno zkušeností terapeutů, z nichž většina má dokončený výcvik ve skupinové psychoterapii a v řadě dalších specializací (muzikoterapie, arteterapie, rogersovská psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, transakčně analytické terapie, dasein analytická terapie, transpersonální terapie, atd.) a dokáží na nejrůznější podněty reagovat různými technikami z různých perspektiv, ale je to také dáno adaptačními schopnostmi jednotlivých rodin, které v tak neznámých a jedinečných podmínkách jsou schopny zapojit ať už vědomé nebo nevědomé zdroje a proces „napojení“ zvládnout. Když pracujeme s rodinou, kde některé symptomy mají podobu např. sociální fobie, je až fascinující pozorovat, jak rychle se někdy promění obraz v rodině chronicky udržovaného symptomu. Nazýváme takové momenty „**kvantovým skokem**“ a rozumíme jim nejenom jako schopnosti jedince či rodiny mobilizovat v určitých okamžicích své vědomé či nevědomé zdroje, ale také jako v ericksonovském pojetí stra-

tegické terapie hypnotickou „sugescí“, anebo v transpersonálním slova smyslu „iniciací“, která rozšíří **„vědomí rodiny“** a umožní překvapivou změnu chování oproti prvotnímu očekávání. Někdy uvažujeme o tom, že součástí takové „sugesce“ či „iniciace“ je už samotná cesta rodiny na třídní „terapeutický výlet“. Vždycky se na tuto cestu vyzíváme.

Dalším neobvyklým a mimořádně dynamickým aspektem i zážitkem z pohledu klientů je: *„jak být s deseti rodinnými terapeuti více než tři dny na jednom místě“* a **„věnovat se „sobě“ a „své rodině“**. Rodinám je nabídnuta možnost (strukturovaně i nestrukturovaně) obvykle s terapeuti „mluvit“, často také s těmi, kteří nejsou rodinnými terapeuti té či oné konkrétní rodiny. Děti, dospívající i dospělí tak mohou navazovat „normální“ lidské vztahy s lidmi, kteří je neléčí, ale o kterých ví, že léčí jiné. Jsou tedy přirozenou autoritou a mají navíc hluboké pochopení pro jejich strádání a jsou také schopni s nimi v danou chvíli mluvit jinak než „terapeutickým jazykem“. Na konci výjezdu při závěrečných reflexích často slyšíme: *„Bylo strašně fajn si jen tak popovídat s Honzou a Šárkou a zjistit, že i oni mají své starosti“*. *„Nejvíce mě bavilo hrát fotbal s Jirkou“*. *„Zážitkem pro mě bylo vidět, že vy terapeuti jste úplně normální lidi“*. *„Když jsem stála na břehu rybníka a bála se skočit na kámen, co mi Pavel ukázal, a který byl dva metry daleko, strašně důležité bylo, že tam Pavel se mnou jen tak stál, čekal a nic neříkal, a já tak mohla překonat svůj strach“*.

„Páteční“ intervencí jsou pochopitelně vlastní sezení rodinné terapie, ale dynamiku skupinových a komunitních interakcí považujeme za stejně důležitou pro vlastní proces změn, které v průběhu výjezdu nastávají. V naprosté většině případů vidíme na konci výjezdu výrazné zmírnění či vymizení symptomů, náhled na systémové příčiny, jak takové symptomy vznikají či jak jsou v rodinných transakcích udržovány, a také zmírnění emočního napětí v rodinách včetně většího vzájemného pochopení, tolerance a respektu.

Otázkou samozřejmě zůstává, jak trvalé a udržitelné tyto pozitivní změny budou. Na vlastní terapeutická sezení na výjezdu mohou navázat (ale také nemusí) další sezení již v tradičním „settingu“ v rodinně-terapeutickém centru v Apolináři. Rozhodnutí o tom, zda kontrahovat pokračování rodinné terapie, nebo ji výjezdem ukončit, je obvykle obsahem posledního sezení, případně bývá dohadováno těsně před odjezdem rodin domů. U většiny rodin, které absolvovaly výjezd rodinné terapie katamnesticky sledujeme jejich další vývoj. Z předběžného hodnocení

4. Apolinářský model integrativní rodinné terapie

je patrné, že pozitivní změny se v naprosté většině případů promítají do životů rodin trvale.

„Rodina v rodině“ a multidisciplinární reflexní týmy

Dalším cenným přínosem je nová zkušenost s funkcí multidisciplinárních a reflektujících týmů ve skupinovém/komunitním „settingu“. Ukazuje se totiž, že pro nové funkční narativy v rodinných systémech je významná nejenom práce v terapeutickému páru či práce s reflektujícím týmem, ale stejně významné mohou být podněty širšího terapeutického reflektujícího týmu v intervizním sezení (probíhá každý večer po ukončení formálního programu). Tento intervizní či supervizní „setting“ samozřejmě není novou formou terapeutické práce, ale za obvyklých okolností probíhá ve značném časovém odstupu od samotných terapeutických sezení. Tato časová „vzdálenost“ samozřejmě významně ovlivní jak vlastní obsah podnětů, tak jejich emoční, vztahovou součást. Časová dotace i vlastní emoční angažování terapeutického týmu je opět při výjezdech významně vyšší, než v tradičních sezeních rodinné terapie. V konečném důsledku to přináší důležitou inspiraci i větší kreativitu pro vlastní terapeutickou práci příslušného týmu rodinných terapeutů.

Slovo závěrem

Naši mnohaletou zkušenost s novou formou, ale i obsahem rodinno-terapeutické práce s rodinami „v komunitě dalších rodin“ při terapeutických výjezdech můžeme shrnout velmi lapidárně a jistě to nebude představovat žádný zásadní „objev“:

„Univerzální léčivou silou jsou vztahy“.

A to všechny možné vztahy, v tomto případě určitě bezpečné lidské vztahy. Zkušenost s nimi má léčivý potenciál. Pokud se navíc odehrávají v prostředí zaměřeném na „společný růst“ v malé sociální skupině/komunitě, v „zahusťeném“ prostoru a čase ve smyslu koncentrace terapeutických intervencí a zároveň „zesíleného“ emočního prožívání rodin i terapeutických týmů, je možné, že nastane v takové „**gravitační singularitě**“ rodinného systému „**kvantový skok**“. Přesně takové zážitky z výjezdů rodinné terapie máme, a proto je také považujeme za náš „**apolinářský klenot**“.

5. Rodinné příběhy

Duše rodiny: Transpersonální rodinná terapie traumatu	149
Nekonečná terapie: Jak dlouhá má být krátká terapie?	194
Terapie, kterou nikdo nechce	213
Transgender fenomén v rodinné terapii: „Vždyť jsem si hrál s autama“	229
Děti v osidlech terapie: Rodina, co neví, že je v rodinné terapii	249

Duše rodiny: Transpersonální rodinná terapie traumatu

Pavel Bém, Jitka Vodňanská

Stále častěji se na nás obrací rodiny, které prochází těžkým traumatem a hlubokou **psychospirituální krizí** jednoho či více členů rodinného systému. Konfrontují nás s limity našich praktických dovedností, nabourávají stereotypy naší každodenní klinické práce a odhalují hlubší vrstvy našich schopností prožívat a autenticky sdílet s rodinou její utrpení a smutek. Zároveň v nás vyvolávají potřebu zkoumat, co je skryto za slovy a sémantickými konstrukty, co se děje ve vědomí, myslí a duši jedince, který prochází hlubokým traumatem či spirituální krizí, co se děje mezi ním a zbytkem rodiny mimo rámec běžných komunikačních dialogů, co se děje na hlubší úrovni kolektivního vědomí (či nevědomí) celého rodinného systému, co se děje na úrovni „**rodinné spirituality**“ a „**duše rodiny**“.

Tyto rodinné terapie pracovně nazýváme terapiemi „**totálního provázení**“ a patří mezi ty vůbec nejtěžší, se kterými jsme se za více než padesát let existence našeho zařízení setkali. Naším cílem v této publikaci není naši klinickou zkušenost zobecnit a poskytnout jednoduchý manuál pro systemickou práci s těžkým traumatem. Obáváme se totiž, že to ani není možné. Rádi bychom nicméně ukázali způsob našeho myšlení a uvažování o rodinných systémech, které prochází traumatem a s ním spojenou hlubokou krizí, a také sdíleli některé praktické aspekty klinické práce, o kterých si myslíme, že se nám osvědčily. Pokusíme se pojmenovat a vysvětlit, jak rozumíme fenoménům „duše rodiny“ a „rodinné spirituality“, a jaké jsou možnosti i limity systemické práce s traumatem, a to ať už jako nadstavby, doplňku či alternativy individuální psychoterapeutické práce.

Příběh paní Dáši

(Paní Dagmar, kterou jsme oslovovali na základě jejího přání „Dáša“, nejenom že souhlasila, ale také chtěla, abychom v této kazuistice při psaní knihy o systemické rodinné terapii v Apolinárii a její spirituální součásti uvedli její jméno, stejně jako jméno jejího syna Lukáše a manžela Ivana. S hlubokým respektem k Dáše a s hlubokým propojením se synem Lukášem a manželem Ivanem tak činíme. Jména ostatních jsme z etických důvodů pozměnili.)

Začínáme od konce: paní Dáša po 8 letech

S rodinou paní Dáši jsme prožili čas více než sedmi let „totálního provázení“. Pracovali jsme v páru, a pokud to bylo možné také s reflexním týmem. Příběh této rodiny nás hluboce zasáhl. Je mimořádně tragický a určitě ne „typický“ či obvyklý. Ale takový není žádný příběh rodiny, která prochází hlubokou psychospirituální krizí.

Začneme od konce. Paní Dáša (71) přichází po 8 letech od ukončení rodinné terapie vedené metodou „totálního provázení“ na katamnestické sezení. Vypadá skvěle. Má nový partnerský vztah s bývalým spolužákem Honzou, poříдили si novou chatu a tu společnými silami přestavují. Starou chatu v nedaleké osadě prodala Dáša sousedce. Byla příliš bolestivou vzpomínkou na „staré časy“ a rodinu, o kterou přišla. Hodně času tráví s kamarádkou Květou, často se stará i o její vnoučata. Dáša říká: „*Jsou to tak trochu moje vnoučata.*“ Jednou týdně chodí na volejbal do Sokola. Po jedenácti letech strávených v posledním zaměstnání je první měsíc v důchodu. „*Jsem z toho celá pryč, na důchod nejsem vůbec připravena*“, říká Dáša, ale v ko-terapeutickém páru sdílíme pocit, že se vlastně na důchod Dáša tak trochu i těší. Ukazuje nám v mobilním telefonu novou chatu, zahradu a květinové záhony, o které se stará. Sálá z ní energie a radost. Před čtyřmi dny, 5. listopadu při výročí tragické události, při které před 27 lety přišla o svého jediného syna, zašla v pietní vzpomínce na rozptylovou louku na pražských Malvazinkách. S pohnutím vypráví příběh o sousedce, nové majitelce její staré chaty, jejíž syn byl závislý na drogách a v intoxikaci spadl ze skály a zabil se. Vypráví tak trochu o sobě. Její syn se také zabil pádem ze skály. Je statečná, citlivá, v kontaktu se svým smutkem a sdílí

s námi svoje přesvědčení: „*Vy jste mi zachránili život, bez vás bych už tady nebyla*“. Jediná přeživší z celé své rodiny...

Začátek rodinné terapie

Naše společná práce začala v roce 2006 a trvala více než sedm let. Vše začalo rozhodnutím Dáši, která nás i se svým depresivním manželem Ivanem požádala o pomoc. Před dvanácti se stala z „čistého nebe“ tragická událost, která ve všech ohledech změnila Dášin a Ivanův život. Jejich jediný syn Lukáš spáchal těsně před maturitou ve svých osmnácti letech sebevraždu skokem z pražské Bránické skály. Pro rodiče, kamarády, spolužáky a známé to byl naprostý šok. Lukáš byl mladý, zdravý a „bezproblémový“. Neprocházel viditelně žádnou krizí, depresí či jinou závažnou psychickou poruchou, která by mohla dát jenom tušit, že je něco v nepořádku. Svému kamarádovi poslal pohlednici s obrazem žiletek se slovy, že to nedělá ani kvůli holce, ani kvůli škole a maturitě, ani kvůli rodičům či něčemu jinému, ale prostě proto, že nevidí důvod tady dál být: „*Jsem povolán někam jinam*“. Rodičům a své přítelkyni Terezce napsal dopis na rozloučenou s prosbou, ať mu prominou, že tady nechce žít. Skočil z padesátimetrové skály, ale nezabil se. V těžkém stavu a s vážným poraněním hlavy a páteře umíral přes měsíc v nemocnici. Rodiče neměli odvahu jít se s ním rozloučit.

Partnerský vztah Dáši a Ivana byl před tragédií podle jejich slov „*dobry*“. Byli spolu téměř třicet let. Občas se sice hádali, „*ale to se přece občas hádá každý*“. Smrt syna je stmelila, oba přiznali, že se na sobě stali „*závislí*“. Oba chodili do práce, Dáša pracovala jako administrátorka informačních technologií v bance, Ivan byl technikem v soukromé firmě zaměřené na tepelné izolace. Dáša byla v práci spokojená, práce ji pomáhala nemyslet na tragédii a mít alespoň nějakou životní jistotu, Ivan naopak zaměstnání prožíval s existenční nejistotou.

Každý z rodičů reagoval na sebevraždu Lukáše úplně jinak. Dáša plakala a truchlila: „*Byla jsem asi rok úplně mimo, z této doby si vzpomínky vybavuji hodně mlhavě. Hodně mi pomohla moje nejbližší kamarádka Kuřeta. Strašně dlouho jsem nemohla myslet na nic jiného než na Lukáše. Ivan si se mnou chtěl o Lukášovi povídat, ale já jsem to nedokázala. Vždy jsem se hned rozplakala...*“ Na Ivanovi bylo, aby Dášu v této existenciální hrůze podpořil („*matka přeci nese nejtěžší břemeno ztráty syna, chlap*

je tu od toho, aby něco vydržel“...). Postupně se od tragické reality začal odpojovat a snažil se na Lukáše zapomenout. Asi po šesti letech se u něho začaly objevovat různé somatické problémy, psychicky se cítil mizerně, a tak se obrátil na obvodní lékařku. Ta mu řekla, že má depresi a poslala ho k psychiatrovi. Začal užívat nejrůznější antidepresiva, vždy ale pouze na přechodnou dobu. Sám o farmakoterapii říkal: „*Občas mi prášky pomohly a bylo mi lépe, občas ne.*“

O tragédii svého syna nikde moc nemluvili. Dáša málo, Ivan vůbec. Zpočátku, několik týdnů po smrti Lukáše docházeli společně do Krizového centra pražského Riapsu. Netrvalo to příliš dlouho, o odbornou péči ztratili zájem. Dáša ještě chvíli docházela na psychologickou skupinu, ale moc si z ní nepamatuje. Více než pět let se každý potýkal se ztrátou syna po svém. Dáša si nějaký prostor pro truchlení a přijetí smrti syna našla, Ivan nikoliv. Léčba antidepresivy byla schopna zažehnat nejhlubší afektivní propady, nedokázala ale vyléčit Ivanův hluboký vnitřní smutek a rostoucí pocit životní bezvýchodnosti. Postupně začal ztrácet motivaci a zájem o své koníčky, kytaru, kamarády z tábornické osady a každodenní činnosti, které mu dříve přinášeli radost. Nemohl plakat, pláč jakoby mu „zamrzl“ v srdci. Emoce se staly v partnerském vztahu tabuizovaným tématem a dvanáctileté utrpení přerostlo do obrazu posttraumatické stresové poruchy provázené hlubokou depresí. Prodali chalupu, aby se „odstříhli“ od bolestivých vzpomínek a koupili si chatu novou. To chvíli fungovalo. Po čase i to přestalo Ivana bavit. Jako by žil bez energie a „bez duše“.

V Ivanově mysli se navíc odehrával bolestivý dialog, asi tři měsíce před sebevraždou Lukáše dal svému synovi facku. Přišel unavený z práce a zjistil, že mu Lukáš vypil v lednici poslední vychlazené pivo. A tak se neudržel. Pronásledovaly ho výčitky a pocity viny, že toto byla ta pravá příčina pro Lukášovo jinak nepochopitelné rozhodnutí. Sebeobviňování bylo jako infekce, která se šířila myslí i celým Ivanovým tělem.

Terapeutický kontrakt

Terapeutický kontrakt byl od Dáši vysloven jasně: „*Zbavte Ivana depresi.*“ Byli jsme si dobře vědomi, že Ivanova deprese je pouze špičkou ledovce daleko závažnějšího problému: nevléčeného a nezpracovaného dvanáct let trvajících traumatu. Byli jsme si také vědomi možnosti, že by trauma

ztráty syna mohlo korespondovat s emočním traumatem, které si Ivan mohl přinést z primární rodiny, což mohl být důvod, proč se mu nepodařilo ani po dvanácti letech bolest zpracovat – odtruchlit a Lukášovi i sobě odpustit. Náš úkol se zdál při probíhající psychiatrické péči u obou partnerů od počátku jasný: Pokusit se dokončit proces truchlení u Dáši, v případě Ivana jej zahájit, procesem **odtruchlení** bezpečně projít, s Lukášem se rituálně rozloučit a v přijetí této konečnosti nalézt „**vysvobození**“. Předpokládali jsme, že zpracováním traumatu a společnou prací na novém tvaru vztahu s Dášou pomůžeme Ivanovi najít „**nový**“ **smysl života**.

Dohodli jsme se společně na 10 sezeních rodinné systemické terapie. Věděli jsme dobře, že mrtvý syn Lukáš bude i dvanáct let po své smrti na terapeutických sezeních „přítomen“. V partnerském vztahu bylo téma jeho smrti tabuizované, rodiče spolu nemohli o smrti Lukáše mluvit, a už vůbec ne svůj smutek společně sdílet. To není neobvyklý obraz. Do terapie sice přichází oba, ale se zakázkou, kterou jasně formuluje pouze jeden z partnerů, v tomto případě paní Dáša: „*Ivan je depresivní, je medikován antidepresivy, která moc nefungují. O smrti syna nemůže mluvit. Pomozte mu synovi odpustit.*“ Ve skrytém kontraktu jsme jejímu přání rozuměli takto: „**Zachraňte Ivana.**“

První fáze rodinné terapie

V počáteční fázi rodinné terapie jsme pracovali s aktivní Dášou a pasivním Ivanem, pro kterého nic nemělo valný smysl. Na sezeních téměř nemluvil. Opatrně jsme se ve vzpomínkách a jejich významových interpretacích dostávali k traumatu tak, aby vzpomínky nepřinesly ještě větší utrpení retraumatizace. Jako když archeologové odhalují s mimořádnou opatrností vrstvu po vrstvě zbytky prehistorického osídlení. Provázeli jsme oba partnery při hledání nových zdrojů ve vlastních rodinných historiích a tradicích, stejně jako ve společném partnerském životě. Cílem intervencí a celého terapeutického procesu bylo umožnit Dáše truchlit a pracovat se smutkem na hlubších úrovních jejího vědomí, v případě Ivana se opatrně pokusit „odšpuntovat“ jeho „zamrzlý“ a disociovaný svět emočního prožívání. Byli jsme si dobře vědomi toho, že terapeutická práce s tak hlubokým traumatem musí být zaměřena nejenom na samotné truchlení a smíření, ale také na schopnost postupně zapojit nově získané zkušenosti a prožitky

do zdravých komunikačních interakcí a stereotypů každodenního života. Pomáhali jsme rodině nahlédnout funkci symptomů – deprese, úzkosti, somatických příznaků či neschopnosti společně sdílet emoce a vůbec spolu komunikovat.

S rodinou jsme sdíleli hluboký smutek. Dáša často plakala, my někdy s ní. Ivan se svým emočním světem a smutkem v kontaktu nebyl. Pracovali jsme nejrozličnějšími strukturálními i strategickými technikami, s partnery jsme pátrali v jejich primárních rodinách a rodinných genogramech po zdrojích, které by mohly být stavebními kameny při hledání nového smyslu života. Opakovaně jsme s rodinou (satirovsky) sochali⁷⁸ a také (hellingerovsky) konstelovali⁷⁹ s cílem umožnit Dáše i Ivanovi dostat se do kontaktu s autentickými emocemi a pochopit smysl a funkci symptomů, které je v životě trápí. Při rodinných konstelacích se objevoval hluboký smutek a pláč, ale také potlačená agrese a vztek. Při řízeném metalogu Ivana s mrtvým Lukášem se Ivan Lukášovi nakonec dokázal omluvit za uštědrěnou facku: „*Odpusť mi, musel jsem to udělat*“. Zároveň ale bylo patrné, že mu to nepřináší žádnou úlevu. Dáša o dušičkách po dvanácti letech vytáhla z rodinného alba poslední Lukášovu fotografii a umístila ji se zapálenou svíčkou na polici skleněného sekretáře v obývacím pokoji. Našla také odvahu ukázat Lukášovu fotografii kolegyni v práci a dokázala jí o Lukášovi ve vzpomínkách vyprávět. Bylo to poprvé po velmi dlouhé době.

Zdálo se, že Dášino truchlení povede brzy k přijetí Lukášovy smrti, nezbytnému smíření a následnému odpuštění. Za to Ivanův stav se nelepšil. Dáša sice referovala o dílčích pozitivních změnách při běžných komunikačních interakcích, ale o Lukášovi nebyl Ivan schopen mluvit vůbec. Snažil se aktivně do procesu truchlení vstoupit. Našel video s Lukášem natočené asi rok před tragédií a celé si jej prohlédl. Přesto se lépe necítil. Jako by v rodinném systému existovala komplementarita emočního prožívání: **čím byla Dáša silnější a zdravější, tím byl Ivan slabší a nemocnější**. Psychiatri mu několikrát změnila antidepressivní medikaci.

Na jedno sezení přinesli rodiče do terapie Lukášovu fotografii. Bylo to poprvé, co našli odvahu sdílet s námi Lukášovu skutečnou tvář. Tera-

78 Satirová, V.: *Kniha o rodině*. Praha: Práh, 1994.

79 Hellinger, B.: *Skrytá symetrie lásky: Co podporuje lásku v partnerských vztazích*. Praha: Pragma, 2002.

Hellinger, B.: *Rodinné konstelace: Objevná síla*. Praha: Triton, 2004.

Hellinger, B.: *Láska Ducha*. Praha: Maitrea, 2011.

peutka v ní viděla tvář svého vlastního syna. Sezení bylo hluboké a téměř celé probíhalo beze slov, v pláči. Poprvé jsme viděli plakat i Ivana. Na stole zároveň ležela mandala „světla a znovuzrození“, ani jsme nevěděli, jak se tam vlastně ocitla. Fotografie Lukáše i obrázek mandaly ležely vedle sebe. Vnímali jsme „**oživlé zdroje duše rodiny**“ a schopnost Dáši i Ivana konečně s těmito zdroji pracovat.



Mandala světla a znovuzrození.

Po čase přišel Ivan se slovy: „*Nová medikace zabírá tak napůl, ale cítím se, jako bych měl na hrudníku špunt, někdy dokonce nemohu dýchat*“. Vzpomněli jsme si na jednu z hypotéz při práci s reflexním týmem po prvním či druhém sezení rodinné terapie. Naše kolegyně z reflexního týmu popsala

svůj pocit ze sezení: „Působí to na mě, jako by měl Ivan někde v sobě špunt“. Rozhodli jsme se pro práci s tělem. Pracovali jsme s tělesnými pocity a také s nácvikem dechových cvičení s cílem pomoci Ivanovi se „odšpuntovat“. Byli jsme přesvědčeni, že jdeme správným směrem a že je nezbytné pokračovat v biosyntetické práci s tělem s cílem pomoci Ivanovi spojit se s vlastním odpojeným emočním světem. Tušili jsme, že „špuntem“ může být Ivanův pocit viny za smrt Lukáše poté, co mu uštedřil facku za vypité pivo.

Za další měsíc přišla Dáša se zprávou, že se cítí výborně, ale u Ivana si není vůbec jistá: „Zkoušeli jsme práci s dechem, jednou to zafungovalo, ale problém je v tom, že je Ivan podle mě z padesáti procent líný. Po Vánocích navíc náhle zemřela Ivanova známá, a to nás hodně vzalo. Ivan je zapouzdřen ve své depresi a my nevíme, co dál...“ Hospitalizaci Ivan odmítal s tím, že to zvládne sám.

Za další dva týdny už přichází na krizové setkání Dáša sama, bez Ivana. Doprovází ji nejbližší přítelkyně Květa. Ivan spáchal sebevraždu. Oběsil se nedaleko své práce. Žádný dopis na rozloučenu nenechal...

Druhá fáze rodinné terapie

Dáša přišla necelý týden po této tragické události a absolutně nevěděla, co bude dál. Její život jako by se rozpadl na kousky. Jediné, co jí drželo „nad vodou“, byla její kamarádka Květa. Požádali jsme ji, zda by mohla být přítomna sezení krizové intervence. Dáša už nikoho blízkého v životě neměla, matka i otec byli po smrti, sourozence neměla. Předali jsme kontakt na krizové centrum v Praze a kolegu psychiatra. Doporučili jsme intenzivní individuální psychoterapeutickou a psychiatrickou péči, a to i za cenu hospitalizace. O Dášu jsme se báli. Dáša nakonec péči krizového centra nevyužila, na kolegu psychiatra se nicméně obrátila. Pro úplnost uvádíme, že na zvládnutí akutní krize dostala od psychiatra benzodiazepiny, jako dlouhodobou medikaci pak antidepressiva.

Přestože psychofarmakologickou léčbu standardně nevyužíváme (byť psychiatrii jsou součástí našeho terapeutického týmu) a máme zkušenosti, že valná většina i těžkých krizí je řešitelná systemickými intervencemi a kvalitní psychoterapií, v tomto dramatickém případě jsme byli za psychiatrickou péči vděční. Cítili jsme se „zavinění“. Přestože jsme dělali vše, co jsme uměli, skrytý Dášin kontrakt („zachraňte Ivana“) jsme nenaplnili.

Pochopitelně jsme si byli vědomi toho, že Ivan měl svoji psychiatrickou péči. Nicméně časté střídání antidepresiv, a navíc jejich diskutabilní efekt (který jistě mohl být způsoben nepravidelností užívání, také ovšem nesprávnou indikací a koneckonců i skutečností, že významné procento velmi těžkých depresí je farmakorezistentních) bylo pro nás varováním, že Ivan není suicidálních myšlenek uchráněn. Pocitů viny jsme se nemohli jednoduše zbavit. Staly se součástí terapeutického pole a museli jsme s nimi počítat a pracovat (v samotných sezeních, a také v supervizi). Pochopitelně i Dáša takové pocity měla, dařilo se jí nicméně s nimi pracovat, nejdříve hněvem na Ivana, nakonec přijetím narativu, že to byla Ivanova volba, a že pro něho nemohla udělat více, než udělala. Až později jsme se dozvěděli, že Ivan suicidální akt dlouho plánoval, a že sebou nosil do práce ve své aktovce provaz na oběšení...

Následujících několik sezení se odehrávalo v duchu Dášina rostoucího hněvu na Ivana a stesků ohledně přibírání na váze: *„Na Ivana mám děsný vztek, nechápu, jak mě tu mohl nechat samotnou. Musím stále jíst, nemůžu si pomoci, hrozně jsem přibrala. Fotku Lukáše mám stále na stole a často se na něho dívám. Občas se mi o něm už i zdá. Ale spím po práškách dobře.“*

Dášina pozornost se s naší pomocí stále více poutala k jí samé, a k vytváření nového životního příběhu, který by byl postaven na přijetí „osudu“ a odpuštění sobě i druhým. Potřebovala nicméně plakat. V tom jí i nám „pomohl“ Lukáš. Jakoby doma „obživil“. Dáša s jeho fotografií rozmlouvala, často se jí o něm zdálo. Lukáše ve snu viděla, často si s ním povídala, sny jí byly příjemné. Věděla, že „tam někde“ je i Ivan, ale jeho tvář zatím ve snech neviděla. Snad jí v tom bránil hněv, který k němu stále cítila. Až po čase se jí do snů vrátil i s tváří. Jednou byli na staré chatě, kde to měli oba rádi, podruhé na něho byla naštvaná, protože šel někam „za holkama“. Sny jako „řeč Dášina podvědomí i kolektivního nevědomí“ nám říkaly, že Dáša je z nejhoršího venku. Její každodenní život dostal nový tvar, vytvořila si v něm pravidelné činnosti, částečně ritualizované, zbylo v něm místo i na občasné vzpomínání, pláč a „dosmutňování“. To jsme považovali za klíčové.

Při práci s reflexním týmem jsme si často kladli otázku, kdy má nastat konec našeho provázení. Jako bychom stále „nebyli spokojení“. Jako bychom intuitivně cítili, že někde na cestě za štěstím a „láskou otevřeného srdce“ Dáše stále brání nějaká překážka. Dáša si kolem sebe dokázala vytvořit „záchranou“ sociální síť, kromě nejbližší přítelkyně Květy si našla nové přátele a obnovila také vztahy, které měla se společnými přáteli ještě

za života s Ivanem. O Velikonocích se v jejich staré chatové osadě vztyčovala nová tábornická vlajka. „Musím tam jet“, říká Dáša, „mám zakázáno tam chybět“. O Vánocích se rozhodla trávit Štědrý den u Ivanovy švagrové. Začala chodit fandit na fotbal. Někdy s přáteli, jindy sama. Fotbal byl stará Ivanova láska, Dáša jej považovala za čistě pánskou záležitost a také trochu za ztrátu času. Teď se ale něco změnilo. Rozhodla se dokonce, že sama vyrazí fandit na fotbalové mistrovství Evropy do Portugalska. Nesehnala lístky. V režimu „totálního provázení“ jsme jí lístky pomáhali shánět. Proč by také ne, když jsme tu možnost měli. Dáša dokázala pracovat s novými zdroji, byly to ale vesměs zdroje vnější.

Při jednom sezení jsme mapovali ekosystém Dášina „domácího“ zázemí. „Dášo, kde se cítíte dobře? Kde máte domov, ve kterém byste mohla spočinout, odpočívat, meditovat a bylo vám tam fajn?“ Ukázalo se, že to není její holešovický byt. Bránilo tomu snad všechno. Nějaké změny v něm po smrti Ivana udělala, byly to ale změny spíše kosmetického charakteru. Při práci s podobnými traumaty často doporučujeme změnu rodinného zázemí. Přestěhovat se. Prodat byt a koupit jiný. Najít si nový nájemní byt, a ten si také nově vybavit. Začít si vytvářet nový život nejenom v sobě, ale také ve svém bezprostředním okolí, ve kterém člověk tráví nejvíce času. „Teritorium“ vnímáme jako územní korelát našeho ega, a také jako obraz toho, jak komunikujeme navenek. Smutek v nás koreluje se smutkem, který vytváříme kolem sebe. Je rozpoznatelný i v našem domově. A smutek v našem domově zase udržuje smutek v nás. V případě Dášiny přestěhování z řady důvodů nebylo možné. Při mapování domácího „ekosystému“ jsme narazili na ložnici, ve které Dáša nemohla spát a také na starou sedačku v obýváku. Byla neměnnou a trýznivou vzpomínkou na „staré časy“. Provázeli jsme Dášu „**ekosystémovou proměnou**“ jejího domova. Dáša si vybrala novou sedačku a společně jsme ji rituálně „pokřtili“ při jednom z terapeutických sezení, které probíhalo u Dášiny doma, přímo v jejím obýváku. Ritualizovaná podoba takového „terapeutického obřadu“ i naše fyzická přítomnost měla dramaticky větší význam, než by se na první pohled mohlo zdát. Byla faktickým rozloučením s trýznivou minulostí a také „iniciačním otevřením“ Dášiny mysli a srdce do budoucnosti. Po dlouhé době jsme viděli Dášu skutečně šťastnou. Byla šťastná, že našla odvalu kus traumatické historie ze sebe „pustit“.

Trpělivě jsme čekali, až v sobě Dáša začne hledat další **psychospirituální zdroje**. Věděli jsme, že je má, pouze jí v dané chvíli nejsou dostupné.

Za mimořádně důležité jsme považovali, aby Dáša v sobě začala rozumově i emočně oslovovat ženství tak, aby bylo ve vzájemné, zdravé rovnováze k energii mužské⁸⁰. Její ženská role, mateřská role, sebeúcta i vědomí vlastní sebehodnoty bylo nabouráno sebevraždou syna a následně pak sebevraždou manžela. Mužský svět Dáše nebyl přístupný vůbec. Vždyť nejbližší muži jejího života ji podle jejích slov „zradili“. Lukáš skočil ze skály, Ivan se oběsil a její vlastní otec se nejdříve rozvedl s maminkou a potom zemřel... Velmi jsme Dáše přáli nejenom „přijetí svého osudu“ a smíření se s ním, ale také nalezení odvahy a vnitřní svobody pro nový partnerský vztah.

Jednoho dne Dáša přišla s tím, že se začala zajímat o smrt. Že by se o ní chtěla něco dozvědět, a možná se na ni i připravit. Nevěříme na náhody, a tak jsme se také nedivili tomu, že se náhle objevila příležitost zúčastnit se týdenního workshopu „Mystérium smrti – příprava na cestu“, který organizovali naši kolegové. Dáša jej celý absolvovala. „*Něčemu jsem rozuměla, něčemu ne, ale jsem ráda, že jsem vydržela až do konce. Poznala jsem nové lidi. Zajímá mě, jak spojit moje materialistické vidění světa s transcendentálními tématy*“. Od té doby se obsah přinášených témat do terapií významně změnil. Objevily se **nové zdroje energie**. Dáša začala docházet na reiki, naučila se pracovat s kyvadlem a začala svůj vnitřní svět směřovat více od sebe k pomoci druhým, potřebným. Jako by k ní začala promlouvat „**skrytá moudrost traumatu**“⁸¹. Objevila pro sebe ještě jiný svět než ten čistě materialistický, byť ten „materialistický“ byl pro ni stále významnější než svět „duchovní“.

Trauma se náhle stalo tématem „**lidského rozměru**“, které se dalo unést. Samozřejmě přicházela smutná výročí – 5. listopad připomínající Lukášovu sebevraždu, ale také den, kdy zemřela maminka, potom Vánoce jako vzpomínání na společné časy „úplné funkční rodiny“ a únor, jako výročí smrti manžela Ivana. V těchto obdobích Dáša vzpomínala a smutnila více než jindy.

Práce s rituály se stala významnou součástí vyrovnání se s traumatickými událostmi a „vysvobození“ z psychospirituální krize. Také ale jako nástroj znovunalezení cesty k sobě či přesněji nalezení „nové cesty“ k sobě. Jeden rituál považujeme s odstupem času za mimořádně význam-

80 Chvála, V., Trapková, L.: *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, 2008.

81 Gábor Maté: *Moudrost traumatu*. Transformativní dokument, 2021. Ke shlédnutí na: www.thewisdomoftrauma.com.

ný a budeme se mu proto věnovat podrobněji. Týkal se Terezky. V úvodu našeho příběhu jsme zmínili, že Lukáš měl přítelkyni Terezu, které před sebevraždou, podobně jako rodičům, napsal dopis na rozloučenou. Dáša s ní byla po smrti Lukáše v častém kontaktu. Obsah společných setkání si příliš nevybavovala: „*Byla jsem úplně mimo*“, říkala po dvanácti letech. Terezka ale byla pro Dášu důležitá a opačně to platilo také. Občas si napsaly dopis či poslaly emailovou zprávu. Terezka se přestěhovala do Kanady a jednou Dáše napsala, že se bude vdávat, a že přijede do Prahy a ráda by Dášu navštívila. Dáša se s námi o tuto skutečnost s rozechvěním podělila. Bylo jasné, že se obává retraumatizace. Dostala od nás strategický úkol: „*Připraute se na setkání s Terezkou tak, aby pro vás bylo radostí a vzájemným potěšením. Terezce předejte dárek – amulet pro štěstí a napište jí dopis, jak pro vás byla a je důležitá. Řekněte jí, aby si ho přečetla až po svatbě. Požehnejte jí ke svobodě ve vztahu s novým partnerem.*“ Ritualizované setkání a požehnání Terezce se odehrálo přesně tak, jak si jej Dáša naplánovala a „vysnila“. Setkání bylo velmi důležité pro to, aby obě mohly uzavřít bolestivou kapitolu svých životů. S Terezkou i s jejím manželem se pak potkali ještě jednou po svatbě. Setkání se neslo v duchu smíření a radosti. Dáša dostala od novomanželů pozvání do Kanady. **Rituál požehnání** nám ukázal další a hlubší úroveň Dášina **smíření a odpuštění**, jako cestě k vnitřnímu klidu, svobodě a lásce.

Třetí fáze rodinné terapie

S Dášou jsme pracovali metodou „totálního provázení“ ještě dalších sedm let. Pozvali jsme ji na „výjezd rodinné terapie“, o kterém píšeme v jiných kapitolách této publikace, a který je mimořádně intenzivním a silným zážitkem terapeutického setkání několika rodin a jejich příběhů dohromady. Uvažovali jsme o dalších možnostech práce s traumatem, byť se zdálo, že jeho podstatná část už je zpracována. Doporučili jsme Dáše individuální psychoterapii a také nabídli možnost holotropního dýchání⁸² pro práci

82 Grof, S., Grofová, Ch.: *Holotropní dýchání: Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Opava: Holos, 2011.

s rozšířenými stavy vědomí⁸³ a další úrovni práce se „zázrakem“⁸⁴ a také fenoménem smrti.⁸⁵ Moderní neurobiologický výzkum dnes přesvědčivě ukazuje, jakou funkci mohou plnit rozšířené stavy vědomí při klinické práci s těžkými emočními poruchami a traumaty. Dáša ani jedné z těchto možností nevyužila. Nejspíše je již (anebo zatím) nepotřebovala.

Během následujících let jsme opakovaně řešili téma, kdy a jak terapii ukončit. Velmi často, při otevřených otázkách položených Dáše, zda je naše péče stále potřebná, když se její stav v psychickém, somatickém, sociálním i psychospirituálním slova smyslu tak výrazně zlepšil, se na následujícím sezení objevily Dášiny stesky a traumatické reminiscence. Přestali jsme se proto ptát a přistoupili na to, že to bude Dáša, která terapii spontánně ukončí. Přesto jsme frekvenci našich terapeutických setkání po dohodě rozvolnili na péči jednou za dva až tři měsíce.

Asi po dvou letech si Dáša našla nového partnera Petra a s ním také nový rytmus každodenního života. Začala cvičit a zhubla. Začala se stýkat s Petrovou rodinou a také s ním cestovat. Trávili spolu stále dovolené v Thajsku a jiných exotických krajinách a bylo jim v partnerském vztahu dobře. „*Sex sice není na prvním místě, ale je...*“, referovala Dáša s úsměvem. Ale přicházely i zatěžkávací zkoušky. Přišla o práci a nedařilo se jí dlouho najít nové zaměstnání. „*Kdo by o mě měl v takovém věku zájem?*“ Práce byla významnou konstantou jejího života a také příležitostí k udržování potřebných sociálních kontaktů. Nakonec se nám podařilo Dášu po přimluvě zaměstnat v městské administrativě. Odměnou byla nejenom Dášina radost, ale také spokojenost s kvalitou její práce. Přesluhovala mnoho let, než se nakonec rozhodla odejít do důchodu.

Dáša byla při práci se svým traumatem jako „zdrojem“ čím dále odvážnější. Jednoho dne odletěla do Spojených států navštívit starého známého ze školy, který se o ní kdysi ucházel, ale kterého odmítla. Před

83 M. Hrabánek. *Holotropní dýchání 1. Cesta k sebepoznání*. Skripta k 1. modulu Grof Legacy Training. Opava: Holos, 2020.

84 Grof, S.: *Když se nemožné stane: Dobrodružství za hranicemi běžného vědomí*. Praha: Práh, 2012. Grof, S.: *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo, 2017. Grof, S.: *Psychologie budoucnosti. Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo, 2007.

85 Benda, J., Hrabánek M.: *Proces umírání, smrti a znovuzrození. Architektura emočních a psychosomatických poruch*. Skripta k 3. modulu Grof Legacy Training – Holos. Opava: Holos, 2020.

nedávnmu tragicky zemřela manželka po pádu z kola. Osobní zkušenost s těžkými traumaty jí říkala, že by mu mohla být užitečná a pomoci mu unést bolest smrti blízkého člověka. Vrátila se s nepořízenou a naopak, s traumatickým zážitkem konfrontace s agresí a zlobou. *„Bylo to setkání s psychopatem...“*, uzavřela Dáša svůj pokus o pomoc bývalému spolužákovi, kterému zemřela tragicky žena. V hypotézách při práci s reflexním týmem zaznělo na adresu Dášiny „mise“ v USA: *„Byla to velmi užitečná korektivní zkušenost, která Dáše pomohla nalézt vnitřní hranice svých zdrojů“*.

Návštěvy Střediska pro rodinnou terapii v Apolináři již řídila Dáša po svém tak, jak potřebovala. Někdy chodila po jednom či dvou měsících, jindy se půl roku či rok neukázala. Nepotřebovala.

Čtvrtá fáze rodinné terapie

Na konci srpna roku 2013, skoro přesně rok po poslední návštěvě, Dáša volá, že by potřebovala naši péči. Její o čtyři roky mladší partner Petr náhle po čtyřleté známosti zemřel. V autě na benzínové pumpě, na srdeční infarkt. Čtrnáct dní před smrtí byl na vyšetření, které ukázalo, že je úplně zdravý. Dáša se ho snažila po ztrátě vědomí v autě oživit než přijela záchranka, ale neúspěšně.

Když Dáša líčila další tragickou kapitolu svého života, terapeuti i reflexní tým byli v šoku. Stará traumata znovu oživila. Vrátily se snové obrazy Lukáše i Ivana. Přesto byla Dáša překvapivě klidná. Ptali jsme se jí: *„Jak je to možné?“* Odpovědí nám bylo: *„Moje karma je naplněná“*.

Dohodli jsme se na podpurné terapii podle toho, jak Dáša bude potřebovat. Proběhlo pouze jedno terapeutické sezení. Na něm byla Dáša vyrovnaná a klidná. Otevřená a strukturovaná, s jasným plánem do následujících dnů a týdnů. A pak jsme Dášu osm let neviděli. Až po osmi letech od ukončení rodinné terapie vedené metodou „totálního provázení“ přišla na základě našeho pozvání na katamnestické sezení.

„Vypadá skvěle. Má nový partnerský vťah s bývalým spolužákem Honzou, pořídili si novou chatu a tu společnými silami představují...“

Duše rodiny: některé klinické aspekty Dášina příběhu

Spiritualita rodiny a transformační/přechodové rituály

Při práci s psychospirituální krizí v rodině a pro vlastní zpracování traumatu považujeme za důležité pracovat s rituály. Jsou to okamžiky – „**přechodové tvary vědomí**“, při kterých jednotliví členové rodiny mohou opouštět neúčinné a zaviňující myšlenkové konstrukty a otevírat svoje vědomí novým a užitečnějším vzorcům myšlení. Jsou to také momenty důležité pro získání nové emoční zkušenosti, která může být cestou k usmíření.

Pro přijetí konečné reality smrti fyzického těla blízkého člověka je často klíčové rituálně pracovat s tělesnými ostatky. Urna s popelem se může stát metaforicky „černou dírou“ s rostoucí gravitační silou, které lze jen s obtížemi zdravě emočně čelit. Fyzikálně samozřejmě gravitačnímu jádru černé díry čelit nelze, stejně tak vidíme v truchlících rodinách v emočním slova smyslu podobnou „gravitační sílu“, které se „nelze bránit“. Pohled či myšlenka na urnu, se kterou rodina neví, co má dělat, spouští dramatickou emoční reakci, které udržuje pozůstalé ve strachu, zoufalství, beznaději a jakési **systemické závislosti na bezvýhodnosti situace**. Její rituální umístění na „posvátné“ místo, kam mají pozůstalí emoční přístup a které zároveň reprezentuje místo milých či alespoň neutrálních vzpomínek, může být důležitým krokem pro přijetí a usmíření.

V případě Dáši a Ivana jsme pracovali s řadou „loučících rituálů“ se zemřelým synem Lukášem. Požádali jsme je například, aby vybrali a přinesli nám „hezkou“ fotografii syna, která pro ně bude milou, veselou a nikoliv smutnou, zatěžující vzpomínkou. Přinesli ji a byla to fotografie, kterou do té doby ještě „neviděli“. Dívali se na fotografii s odstupem desítek let a viděli úplně „jiného“ Lukáše a viděli ho také „jinýma očima“.

Realita každodennosti při zpracovávání traumatu může být nesnesitelná. Opakovaně jsme s Dášou a Ivanem systemicky konstelovali pro pochopení toho, co se vlastně stalo. Vnímali jsme potřebu tuto realitu „normalizovat“. Při prožívání hlubokého zármutku nám často unikají drobné věci „normálního života“, každodennost, obyčejnost, „běžnost“. Vše to je v konfrontaci s „věčností“ smrti náhle nepodstatné. A protože je věčnost nekonečná, je velmi snadné se v ní „ztratit“ a v nadsázce utopit. Ti, kteří prochází hlubokým zármutkem ze ztráty blízkého člověka, jsou v ní velmi často „ztraceni“.

Ale i pro nás terapeutky mohou být tyto rituály a terapeutické intervence někdy (často) obtížně emočně unesitelné. Když přinesli Dáša s Ivanem Lukášovu fotografii, prožívala zkušená rodinná terapeutka a psychologička Jitka svůj vlastní proces: „Viděla jsem na fotografii svého vlastního, kudrnatého syna a neutěšitelně jsem se rozplakala.“ Dáša s Ivanem viděli autentickou bolest, empatii, lidskost, strach i soucit a umožnilo jim to najednou s terapeutky pracovat v kolektivním vědomí „terapeutického systému“, že oni také „vědí“, že rozumí hloubce prožívané bolesti, i když sami traumatem ztráty syna neprošli.

Když rodinný systém „zamrzne“: Příběh Sofie a Martina

Jak rozmluvit rodinu, když zamrzne v „bezpečné ulitě“ utrpení, která jí poskytuje paradoxní jistotu? V mnoha rodinných příbězích s těžkými traumaty jsme se v jisté chvíli dostali do situace, kdy rodinný systém do slova „zamrzl“ v patologické homeostáze, kdy se **smutek a utrpení staly rozhodující silou regulující rodinné interakce**. Nebylo možné se pohnout z místa. Trvání na „bezpečí“ utrpení bylo neotřesitelné. Problém sice byl pojmenován, ale v praktických aspektech života jej nebylo možné změnit.

Vzpomínám si na rodiče sedmnáctiletého Martina, nadaného studenta 3. ročníku sportovního gymnázia v Praze, který se zapletl s drogami. Nejprve je začal příležitostně užívat pro zábavu i pro zvýšení sportovní výkonnosti, aby nakonec uvízl v síti nezákonné distribuce drog a dostal se do vyšetřovací vazby. Tam se po necelých 2 měsících oběsil. Rodiče se vyrovnávali s tragédií každý po svém bez pomoci druhých, ale ve vzájemně velmi těsném (podobně jako v příběhu Dáši a Ivana), **kodependentním**, vzájemně závislém vztahu. Martinova starší sestra Katka se od rodiny separovala a přestěhovala se za prací i s vlastní rodinou do zahraničí. Rodiče zůstali v „prázdném hnízdě“ sami.

Po dvou letech přišli s nezpracovaným traumatem do terapie. Otec, také Martin, byl depresivní a říkal, „že nechce žít“. Matka Sofie na tom byla lépe a sdílela s námi plány na začátek nového života, na koupi chalupy a sen o práci na zahradě. Chtěla se propojit se zemí a přírodou jako s univerzálním a všem lidem dostupným zdrojem, a tak zapomenout na svoji prožívanou hrůzu ztráty jediného syna. Rezonovala s nabídkou terapeutky:

„Zkuste se podívat na smrt jako na výzvu k sebepoznání a růstu, spíše než jako na důvod k celoživotnímu utrpení“.

Při podrobnějším zkoumání bylo zjevné, že rodiče náhlý odchod syna nezpracovali a se synem se nerozloučili. Urna s Martinovým popelem byla již 2 roky umístěna v dílně otce, Sofie se na ni nemohla ani podívat. Na otázku terapeuta: „*Co se ve vašem životě změnilo, až dovolíte Honzovi odejít?*“, oba kroutili hlavou s dovětkem, že něco takového si nedokážou představit. V několika dalších sezeních byly patrné typické obranné reakce na ztrátu syna: znečitlivění otce Martina („*nic necítím*“), obtížné přijetí faktu smrti („*hlavou to vím, ale nedokážu to přijmout*“), touha po synovi („*někdy se mi zdá, že mi stojí za zády*“). Bylo patrné, že ani jeden z rodičů se po více než dvou letech nemohl pohnout z místa. Jakoby rodinný systém „zamrzl“. To jediné, co jej občas „rozmrazilo“, byl telefonát či návštěva dcery Katky ze zahraničí.

Při jednom sezení jsme se v přípravě na terapii rozhodli, že se pokusíme s použitím paradoxu vystoupit z jednotvárného stereotypu mnoha předchozích sezeních, kdy se Sofie s Martinem nedokázali pohnout z místa zcela zavalení bezvýchodností svého utrpení. Sezení rodinné terapie začalo netradičně. Jeden z terapeutů stál na zemi na hlavě, druhý ležel na opěradla křesla. Při příchodu do terapeutické místnosti byli Sofie s Martinem tak překvapeni, že nevěděli, co mají dělat. Terapeuti na klienty nereagovali a bavili se při neobvyklém přivítání pouze spolu. Najednou se oba truchlící rodiče rozesmáli, pomohli terapeutům vrátit se na jejich obvyklá místa, překvapivě si vyměnili svá, již měsíce „vysezená“ místa, a začali sami od sebe hovořit o věcech, které se chystají v nejbližší budoucnosti udělat. Jakoby netradiční přivítání přepnul v jejich vědomí a myšlení softwarový program a oni mohli začít spolu, a také s námi, konečně mluvit jiným, „obyčejným“ jazykem, který reflektuje „normální“, „obyčejný“ svět, kde sice utrpení existuje, ale nemá spalující a zničující sílu na vlastní životy. Začali v pravém slova smyslu dýchat. V rodinném systému se konečně rozproudila energie. Mohli začít díky tak zvláštní, **paradoxní iniciaci** dělat věci, které už dávno ve svých přáních a myšlenkových konstruktech měli vymyšlené, ale cosi hluboce ukryto v jejich zraněných srdcích jim v tom bránilo.

Pozvali nás k sobě domů. Přemístili urnu s Martinovými ostatky na krb v obýváku. Několik týdnů s námi připravovali rituální cestu do zahraničí, a nakonec odletěli do Egypta, kde prožili mystický zážitek v nitru pyramid. Potkali zde „mrtvého“ syna Martina a mohli se tak s ním konečně rozloučit.

Moudrost traumatu

Při práci se smrtí, zármutkem a vinou jsme často konfrontováni s myšlenkovými konstrukty „*nespravedlivého osudu*“. Jak je možné, že se taková hrůza stala právě mně? Čím jsem si ji zasloužil? Vina a sebeobviňující myšlenky udržují naši mysl a naše vědomí v pocitu nedostatečnosti, ve víře, že nejsme dost dobří, a že si emoční hrůzu „trestu“ zasloužíme. Pokud se takového zavinění nezbavíme, nemůžeme růst dál. Jsme jako rostlina, která vypadne z květináče a nikdo se o ní nestará. Chvilí bude bojovat o přežití, a nakonec nejspíše uschne. *Vina* je v psychologii a psychoterapii významným fenoménem, který popisují a se kterým pracují různé směry a psychoterapeutické školy po svém. Při naší práci s pocity viny nejsou směrodatné teoretické konceptualizace, daleko spíše její klinické funkce. Teprve po „odvinění“ se rodinný systém začne pohybovat směrem k transformaci ve smyslu ***léčivé síly a moudrosti traumatu*** tak, jak o něm píše Gábor Maté⁸⁶.

Dáša určitě nepatřila mezi hluboce spirituální a věřící bytosti. Byla spíše praktickou ženou. V jejím příběhu jsme byli svědky opakované a obtížně pochopitelné retraumatizace. Přišla tragicky o syna, manžela i dalšího partnera Petra. Bylo to obtížně uvěřitelné, jako by ji smrt pronásledovala. Zbavovali jsme ji i sebe pocitu, že je „prokletá“. Museli jsme společně hledat naději, víru a zdroje takovému „osudu“ čelit. A nepomáhalo nám v tom ani vědomí, že smrt je skutečně „všudypřítomná“.

Metalog o smrti a víře v „osud“

Mistr vypráví svému žáku: „Budu ti vyprávět příběh o mém známém, který náhle zemřel. Zavřel se do pracovny a umřel. Několik let před touto událostí ovdověl. Po čase se seznámil s ženou, která měla úplně stejný zážitek. Stala se vdovou poté, co ji znenadání opustil manžel. Odešel do pracovny a zemřel. O pár let později stejný osud potkal i jeho.“

„*To znamená, že vše je dáno a my nemáme šanci to změnit? Říkáte Mistrě, co si už myslím dávno, že jsme v rukou „osudu“ a musíme jej přijmout, ať je jakkoliv tragický či strašný?*“

86 Gábor Maté: *Moudrost traumatu*. Transformativní dokument, 2021. Ke shlédnutí na: www.thewisdomoftrauma.com.

„Ne, to neříkám. Vyprávím příběh proto, abych ukázal, že se kolem nás dějí věci, které jsou obtížně pochopitelné.“

„A co s nimi můžeme dělat?“

„A máme jinou rozumnou možnost, než je přijmout?“

„Takže je to stejné jako v případě mojí víry v osud.“

„Není, já v osud nevěřím.“

„Ale říkáte, že nic jiného nezbyvá, než tragickou smrt přijmout...“

„Ano, to přesně říkám. Přijmout ji, protože nám nic jiného ani nezbyvá. Přijmout ji, protože smrt je v našich životech všudypřítomná. Přijmout ji a jít dál. Smrtí končí život, ale ne vztahy. Nekonečný zármutek a pocity viny takové vztahy ničí. Trauma v sobě ukrývá moudrost a má transformační potenciál. Záleží pouze na nás, zda jej necháme růst“.

Otázky které nám kladl reflexní tým

Vidět či nevidět smrt v její reálné podobě?

Lukáš skočil ze skály a rodičům napsal v dopisu na rozloučenou, ať se na něho nezlobí. Měsíc umíral s těžkým poraněním hlavy a rodiče se s ním nemohli přijít rozloučit. Ošetřující lékař jim vzkázal: „Radši sem ani nechoďte. Zachovejte si na Lukáše vzpomínku s jeho usměvavou tváří“.

Vidět smrt v její skutečné podobě nám umožňuje přijmout konečnost fyzického života. Nabízí nám čas pro rozloučení s tělesnou formou života a otevírá prostor pro práci s jeho vztahovým a spirituálním tvarem. V případě Dáši a Ivana k takovému setkání a rozloučení nedošlo.

Naše terapeutická práce začala dvanáct let po tragické smrti Lukáše, v čase, kdy nezpracované trauma přerostlo do podoby chronické posttraumatické stresové poruchy a hluboké psychospirituální krize celé rodiny. Pracovali jsme na elementární stabilitě rodinného systému. Na tom, aby se mohly sdílet emoce, když jeden pláče a druhý nemůže. Postupně jsme se přibližovali k realitě smrti. Bylo zřejmé, že před smrtí nelze utéct. Pracovali jsme po „vrstvách“: v hlubokém sdílení společného smutku, často pláče beze slov. Pracovali jsme i „povídáním“, „vzpomínáním“ a „normalizací“ tragické události tak, aby nebránila každodennímu životu a umožnila pozůstalým rodičům žít a růst. Pracovali jsme s rituály „smutnění“ a truchlení: s fotografií Lukáše jako miminka, s loučením a odpouštěním, s otázkou, jak zacházet s tělesnými ostatky či místem symbolického spočinutí zemřelého syna.

Byli jsme si vědomi skutečnosti, že uzdravení začíná ve stádiu chaosu, a že hloubka procesu změny vysoce koreluje s našimi terapeutickými dovednostmi.

Byla sebevražda Lukáše obrazem existenciálního zoufalství, o kterém se s nikým neuměl podělit?

Lukáš napsal rodičům i přítelkyni omluvný dopis na rozloučenou a svému kamarádovi poslal pohlednici se slovy: „*Promiň kamaráde, není to kvůli holce, ani kvůli škole, ani kvůli rodičům, ani kvůli něčemu jinému. Prostě se mi tady nechce být. Nejsem stvořen pro tento svět.*“

Z čeho pramenila existenciální beznaděj Lukáše? Byl to hluboký transpersonální prožitek, že na „tento svět nepatří“, jak jej pojmenoval v dopisech na rozloučenou? Vědomí zbytečnosti či existenciální nepatřičnosti? Pokud vůbec můžeme připustit, že něco takového existuje? Mohl se cítit Lukáš jako nemilované, emočně traumatizované dítě? Mohl v hloubi své duše nosit niterné emoční trauma, které vzniklo perinatálně, ranně postnatálně nebo dokonce prenatalně, kterého si nikdo nevšiml a které mohlo být zároveň zdrojem jeho celoživotního „neviditelného“ smutku?

Byla Lukášova sebevražda systémovým, sociálním konstruktem, tvarem manipulativního chování, jehož cílem bylo potrestat rodiče? Za něco zdánlivě tak malicherného jako byla facka za vypité pivo v lednici, či jakékoli jiné zranění „běžného“ života? Zranění, které se dotklo vývojové a osobnostní nevybavenosti emočního aparátu Lukáše a následně vyústilo v tak děsivou tragédii? Jednalo se o neřešitelný intrapsychický konflikt pudových sil, se kterým si Lukáš neuměl poradit a neuměl si říct o podporu rodičů či přátel?

Lukáš procházel kritickým vývojovým obdobím dospívání a individuace. Bylo jeho „já“/ego tak křehké a slabé, že se nedokázalo vyrovnat s nároky a výzvami této transformační fáze? Jednalo se o vývojový konflikt, který měl primárně intrapsychickou nebo systémovou, interpsychickou složku? Byla hlavní energií dokonané sebevraždy obava, že nenaplní očekávání rodičů (neodmaturuje na samé jedničky, nedostane se na vysokou školu atd.) a obsah jeho dopisů na rozloučenou obranným popřením těchto strachů? Mohlo být Lukášovo rozhodnutí vedeno jinými individuálními či separačními kontexty, které se v daném okamžiku ukázaly jako nesnesitelné? Mohlo se jednat o nepředvídatelný exces, zkratkovité jednání, kde Lukáš jednal, aniž by si uvědomoval důsledky svého činu? A kdyby ano, je

možné, aby se tak stalo, když dokázal napsat dva dopisy na rozloučenou a poslat kamarádovi pohlednici s jasným sdělením „nechci tady žít“? Mohlo se jednat o nerozpoznanou tranzitorní psychotickou poruchu? Mohl mít „zdravý, úspěšný a bezproblémový“ Lukáš nějaké tajemství, o kterém nikdo nevěděl?

Všechny tyto otázky a hypotézy jsme si kladli společně s rodinou i reflexním týmem a na žádnou z nich jsme nedokázali nalézt jednoznačnou odpověď.

Mohli jste Ivanově sebevraždě zabránit?

Přáli bychom si pochopitelně, aby ano. Bohužel jsme s Ivanem pracovali velmi krátce. Jeho bolest byla příliš velká a v terapeutické práci nepřístupná. Do rodinného systému jsme byli pozváni pozdě, až dvanáct let po tragédii. S odstupem času si myslíme, že byl dávno rozhodnut odejít za svým synem, ale dlouho nedokázal Dášu „opustit“ a nechat ji v utrpení samotnou. Dáša ho přivedla do terapie v naději, že se stane zázrak. A ten se nestal. I když ani to nevíme. Možná, že z pohledu vnímání Ivana se naopak „zázrak“ stal...

Pochybovali jsme o účinnosti psychiatrické medikace, ale nic jsme neudělali pro její změnu. Loajálně jsme důvěřovali v úspěch mezioborové péče a Ivanova psychiatra jsme neoslovili s pozváním k „ekosystémové konzultaci“. To bychom dnes nejspíše udělali. Věděli jsme, že by bylo dobré, aby měl Ivan možnost zpracovat trauma v individuální psychoterapii, ale neuměli jsme o tom Ivana přesvědčit. Uvažovali jsme i o alternativách a možnostech hlubinné transpersonální práce, ale Ivan svůj čin dokonal dříve, než k tomu mohlo dojít. Možná, kdyby mohl zažít rozšířený stav vědomí za pomoci psychedelické psychoterapie či holotropního dýchání a dostat se do hlubších emočních vrstev svého traumatu a trauma integrovat, našel by znovu víru v život.

Viděli jste i přes Ivanovu uzavřenost nějaké varovné příznaky?

Ivanovu depresi a s ní spojené psychosomatické problémy jsme viděli. Při systemických konstelacích Ivan i Dáša prošli důležitým zážitkem s následným viditelným emočním uvolněním. Oba byli schopni nahlédnout pocity viny, které je trápí a porozumět tomu, jaký vliv mají na jejich prožívání a truchlení. Otázkou zůstává, zda zbavení se pocitů viny nebyl také jeden z významných vlivů, který „rozvázal“ Ivanovi ruce k tomu, aby

se odvážil sebevraždu, kterou nejspíše dlouho dopředu plánoval, dokonat. Až později jsme se dozvěděli, že sebou do práce nosil v aktovce kus provazu na oběšení.

Co si s odstupem myslíte, že skutečně fungovalo a co byste dnes udělali jinak?

Dělali jsme to, co bylo potřeba. Nebyla to „běžná“ práce. Náš neutuchající zájem byl naprosto klíčový. Vždy jsme pracovali v absolutní přítomnosti. Spoluvytvářeli jsme záchrannou psychologickou i sociální síť. Pekli jsme „společně“ bábovku, sháněli lístky na fotbal, prodávali kolo, vyměňovali nábytek, plakali, truchlili, rituálně se loučili, hledali zdroje radosti a lásky...

Asi bychom toho mnoho jinak nedělali. Možná s vědomím, jak příběh skončil, bychom více pozornosti věnovali Ivanovi a jeho psychiatrické péči, která nejspíše byla nedostatečná. I když ani to nevíme. Těsně před sebevraždou změnil léky. Smrtí Ivana jsme byli paralyzováni. Dnes bychom s takovou eventualitou asi počítali. Nestává se nám často, aby nám zemřel klient v průběhu psychoterapie nebo rodinné terapie.

Možná bychom hlouběji pátrali po primárních (jádrových) emočních traumatech. Z nich bychom se mohli dozvědět více o tom, jak pracovat s těmi sekundárními traumaty. Vnímali bychom možná více neurobiologickou danost, která vytváří matici pro zvládání dalších traumat, která přicházejí s životem.

Často jsme v obdobně těžkých terapiích konfrontováni s různými podobami vnímání a plynutí času. Chronologicky plynoucí čas každodennosti je někdy pro truchlící klienty neunesitelný. Jak mohu přežít dnešek, natož celý týden či měsíc? „Znehybňuje“ a generuje pocity metafyzické hrůzy. Na personální i inter-personální úrovni neumožňuje vykonávat činnosti, které by mohly dát alespoň na chvíli zapomenout. Ke změně je třeba ponořit se do hlubších úrovní „transpersonálního vědomí“, kde je možné se propojit s energiemi a silami, které vrací ztracenou víru v život, smysl existence a především lásku.⁸⁷ Lásku, jejíž vnitřní symetrie je v traumatickém prožívání zcela ztracena. Stejně tak je ale nezbytné věnovat se výše zmíněné každodennosti a obyčejným úkonům „normálního“ života.

87 Hellinger, B.: *Skrytá symetrie lásky: Co podporuje lásku v partnerských vztazích*. Praha: Pragma, 2002.

Hypotézy reflexního týmu

- Kdy v zármutku rodina roste a kdy stagnuje? Zůstat v bezpečné ulitě trápení může dávat paradoxní jistotu. Truchlení může být životním programem, který dává (nezdravý) smysl životu.
- V rodinném systému Dáši a Ivana žil s rodinou ještě další člen, který bránil volnému toku vývojové energie. Tím členem byla smrt. Rodina zamrzla v jistém stádiu vývoje procesu truchlení. Ivan byl symbolem „nevývoje“ či spíše destruktivního vývoje, Dáša naopak konstruktivního vývoje.
- Když se u Dáši dokončil vývojový proces truchlení, přestaly „návštěvy smrti“ (kam vstoupila, tam se něco dramatického dělo). Oslabila se „gravitační síla“ prožívané ztráty.
- Truchlící musí znovu najít svůj smysl života, svoje vyživující životní kořeny.
- Společné truchlení v rodině je opakem tvaru, kdy každý truchlí „do polštáře“ po svém. Společné truchlení má vyšší potenciál k růstu, i když nemusí být nutně podmínkou pro úspěšné vyrovnání se s traumatem ztráty. Ukrývá v sobě riziko kodependentních vztahů.
- U pozůstalých se v emocích vybudí obrovský chaos, který se přenáší do rodinného života jako vina, vztek, smutek, strach, stud, prázdnota, nepochopení či bezvýchodnost.
- Sebevražda Ivana byla dlouho součástí morfogenetického pole. Ivan se připravoval, Dáša se obávala, ale svůj strach nedokázala pojmenovat. Terapeutický tým vnímal Ivanovu depresi i jeho odpojení od smrti Lukáše, ale neuměl „přečíst“ akutní naléhavost suicidálních myšlenek. Ivan tyto myšlenky dlouhodobě verbálně popíral.
- Odchod ze světa je způsobem řešení nějakého problému a takové rozhodnutí v sobě ukrývá etický a spirituální rozměr. Nutí nás k otázce: Může být sebevražda dobrý konec života?
- Smrtí a odchodem člena rodiny se vytváří v rodinném systému „prázdnost“. Takové „prázdné místo“ má svoji „gravitační sílu“ a energii. Neení-li zaplněno, může způsobit psychické poruchy, psychosomatická onemocnění, malignity, autoagresivní nemoci, atd. „Rodinný kruh“ se musí po předčasné a tragické smrti

dítěte „uzavřít“. Zůstává-li otevřen, žíví se symptomy, nemoci a patologie.

- Lze vůbec „normalizovat“ předčasnou a tragickou smrt v terapii, tím spíše smrt vlastního dítěte? Můžeme vůbec zbavit rodiče pocitů viny za smrt svého dítěte?

Duše rodiny: některé teoretické aspekty

„Vědomí“ rodiny

Každá rodina představuje živý, otevřený systém, ve kterém existuje permanentní „pohyb“. Je to pohyb dialogický, ten, který slyšíme a vidíme v komunikačních interakcích, a který je také středem našeho zájmu v rodinné či párové terapii, psychoterapii a pomáhajících profesích vůbec. Jazykem organizujeme náš každodenní rodinný život, vysvětlujeme, objasňujeme, často se složitě dohadujeme a někdy také hádáme. „*Tak už se konečně dohodněte*“, nám někdy vystřelí z úst, když jsme svědky chronického partnerského konfliktu, který se rozhádaným partnerům nedaří celé roky vyřešit. Zdálo by se na první pohled, že změna není po tolika letech možná.

„*Pokud tomu dobře rozumíme, tak se hádáte bez naděje na nějakou změnu už čtvrtý rok, od narození vašeho syna?*“ Oba rodiče dobře vědí, že „oběti“ jejich konfliktu není pouze vlastní partnerský vztah a radost ze společného života, ale také psychické a tělesné zdraví jejich čtyřletého syna, kvůli jehož problémům vlastně přišli. „*O nás ani tak nejde. Problémem je hlavně náš syn. Ničí, na co přijde. Občas také pláče. Stále nosí plíny, nemůžeme ho dát ani do předškolního zařízení. Jestli to takhle půjde dál, tak nevíme, co bude za dva roky!*“ Je více než zřejmé, že čtyřletý syn nejenom že trpí hádkami rodičů, ale také dělá všechno možné proto, aby rodiče dostali „rozum“ a konečně se „dohodli“.

„*Říkáte, že jste vyčerpali všechny možnosti, jak se dohodnout a obnovit váš láskyplný vztah, který byl na počátku vašeho manželství. Musí to tedy být velmi silné pouto, které vás spojuje, že jste takové utrpení už dávno nevyřešili rozchodem. Můžete nám o tomto poutu něco povědět?*“ Takovou otázkou sledujeme úplně jiný „pohyb“ v rodinném systému, než je způsob, forma a obsah dohadování či hádání partnerů. Pátrá nejenom

po tom, co se změnilo v životě rodiny a v jejím emočním světě po narození syna, ale také jaké „emoční zisky“ jeden či druhý rodič získali právě mnohaletým hádáním a chronickým partnerským konfliktem.

Takové „zisky“ se stávají mocnou energií, která udržuje symptomatické chování a nezdravou patologii v rodinné komunikaci („**patologickou homeostázu**“) a brání systémové změně, tedy schopnosti se dohodnout. *„Z toho, co nám vyprávíte je patrné, že jste toho společně hodně prožili a máte mezi sebou silné emoční pouto, které ani jednomu z vás neumožňuje toho druhého opustit, a to i kdyby to mělo být ve prospěch zdraví vašeho syna. Oba zároveň reflektujete, že vás ten druhý svým jednáním a svými slovy neustále „zraňuje“. Rádi bychom blíže porozuměli obsahu slova „zranění“ a také tomu, co je ve vašem srdci či vaší „duši“ tím citlivým místem, které tak strašně moc bolí, když se jej váš partner neohrabaně dotkne. Povězte nám něco o vašem dětství, vašich rodičích a vám blízkých předcích.“*

Za „**dialogickým/komunikačním**“ a také za „**emočním pohybem**“ intra i inter-psychického prožívání v rodině se přibližujeme k další „pohybující“ se oblasti rodinného vědomí, a tou je **rodinná spiritualita**, v našem apolinářském jazyce často používáme pojem „**duše rodiny**“, anebo také „**transpersonální vědomí rodiny**“. Tato úroveň „kolektivního vědomí rodiny“ se stává významnou, často dokonce zcela klíčovou oblastí naší terapeutické práce, když přicházíme do kontaktu s aktuálně prožívaným rodinným traumatem (např. smrtí některého z členů rodiny), anebo když se jej dotýkáme ve tvarech raných dětských traumat, transgeneračních zátěží či rodových/kulturních traumatických dědictví (např. války, holokaust).

Každá rodina tedy představuje živý, otevřený systém, ve kterém existuje permanentní „pohyb“ s neustálou interakcí odehrávající se ve světě jazyka, komunikačních dialogů a jazykového konstruování, ale také ve světě emočního sdílení, ve světě lásky, společného prožívání radosti či smutku, ale také ve světě transpersonálního vědomí a rodinné spirituality, která se stává klíčovým zdrojem v časech, kdy rodina prožívá tragédie, traumata a zjednodušeně řečeno „těžké chvíle“.

Úmyslně používáme termíny („vědomí“ či „duše“), jejichž explicitní definice není jednoduchá a už vůbec ne jednoznačná, a to i když se budeme snažit vymezit tyto pojmy s ohledem na moderní neurobiologický výzkum.

Jsme si vědomi toho, že tyto pojmy vyvolají u řady kolegů a čtenářů mnoho otázek, a možná i nesouhlasu. Je nezbytné si nicméně uvědomit, že ačkoliv se v obecné definici vědomí nejspíše shodneme na tom, že se jedná o fenomén integrující na úrovni jedince rozmanité duševní či mentální činnosti, jakými jsou vnímání, myšlení, cítění, vyjadřování, paměť, pozornost atd., nemáme jediný vědecký důkaz, který by prokázal, kde vědomí vzniká a zda je skutečně, jak předpokládá klasická psychologie, produktem našeho mozku. Naopak, řada experimentálních studií dnes ukazuje spíše na hypotézu, že by náš mozek mohl fungovat jako jakýsi redukční ventil, který cenzuruje množství informací vnímaných smysly našeho nervového systému či energií plynoucích z vnějšího ekosystému – **informačního, morfogenetického pole**, „dovnitř“ do našeho subjektivně vnímaného světa. Tato výběrová či eliminační funkce našeho mozku pak může chránit naše „vědomí“ před tím, abychom se obrazně řečeno „nezbláznili“ a „ne-utopili“ v informačním poli.

Nejsme primárně vědeckým pracovištěm a pro účely této publikace se omezíme na stručné definice pojmů, jakými jsou vědomí či informační/morfogenetické pole. Naším primárním cílem a nástrojem je klinická práce s rodinnými systémy, které se z různých důvodů ocitnou v krizi. Symptomům, se kterými rodiny přichází, rozumíme jako neúspěšným a zavádějícím pokusům o změnu. Smyslem naší práce je umožnit rodinám a rodinným příslušníkům tuto realitu nahlédnout a změnu umožnit.

„Vědomí rodiny“ pro nás představuje svět rodinných stereotypů, vzorců myšlení a jednání, jejich symbolických tvarů, jmen a významů, stejně jako narativů, kterými rodina žije nebo chce žít. V metafoře vnímáme „vědomí rodiny“ jako živý organismus na operačním stole či pod mikroskopem, kde můžeme pozorovat jeho funkce a experimentálně ověřovat, co se stane, když použijeme ten či onen terapeutický nástroj (rozumějte např. tak či onak položenou otázku). Jsme si zároveň vědomi toho, že jako pozorovatelé máme možnost pozorovat pouze nepatrnou část takového kolektivního „vědomí rodiny“, a také že výsledkem takového pozorování jsou konstrukty reality pouze v našich terapeutických myslích.

„Duše“ rodiny

Carl Gustav Jung pojmenoval duši jako „největší ze všech kosmických divů“⁸⁸: „*Duše je řadou obrazů v nejširším slova smyslu, není to však to, co stojí nahodile vedle sebe či po sobě, nýbrž je to nesmírně důmyslná a účelová struktura, v obrazech vyjádřená názornost životních aktivit*“. Nelze ji chápat jako pouhý „otisk“ fyzikálních a chemických procesů. Fakta naopak dokazují, že duše překládá fyzikální procesy do řady obrazů, které často sotva ještě znatelně souvisejí s objektivním procesem a objektivní realitou.

„Duší rodiny“ rozumíme její duchovní a spirituální rozměr. Setkáváme se s ní při klinické práci velice často, vlastně by se dalo říct neustále, to nicméně neznamená, že bychom měli schopnost a dovednosti ji vědomě „zapojoovat“ do léčebného a úzdravného procesu. Někdy její otisk, vůni či tvar zahlédneme při řešení krizí, v procesech probíhajících změn či v „rodinných snech“. Duchovní rozměr rodiny a její spiritualitu oslovujeme ale vždy, když rodina prochází těžkým traumatem či ztrátou některého svého člena, obrazně řečeno, když nad rodinným systémem „krouží smrt“.

Spiritualita přichází do rodiny a rodinné terapie obvykle jako obraz traumatu, které mění vnímání dosavadních realit a nabourává doposud udržovanou homeostázu. Rodina nás vede ke svým zdrojům. Stáváme se facilitátory a průvodci, jejichž úkolem je umožnit rodině vrátit se tam, kde jsou její nejvydatnější zdroje. Můžeme s nadsázkou říct, že hledáme společně s rodinou její „duši“ či uspořádání „vyššího řádu“, kde je možné a také nutné přijmout nestálost života a porozumění jeho přirozenosti.

Spiritualitou nebo také „duchovním rozměrem“ v rodinné terapii rozumíme způsob vnímání, životní praxi i individuální zacházení s tím, co jedince a rodinný systém v různých ohledech přesahuje nad rámec běžného smyslového vnímání či běžných komunikačních interakcí. V tradiční perspektivě ji můžeme charakterizovat jako rozměr života, kde si uvědomujeme boží přítomnost či kde se dotýkáme mystických zážitků, můžeme ji ale také definovat nenábožensky jako velmi intimní obsah našeho vědomí, ve kterém se přibližujeme v myšlenkových konstruktech a emočních kvalitách fenoménu zrození či toho, co se stane v okamžiku smrti fyzického těla.

Náš intimní duchovní život a prožívání toho, co nás „přesahuje“ na té nejosobnější úrovni má velmi hluboký vliv na naše partnerské vztahy,

88 Jung, C.G.: *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995.

výchovu dětí, rodinné rituály a celý rodinný systém, a to zvláště v těch exponovanějších a náročnějších životních okamžicích, kdy rodinný systém zažívá krizi nebo prochází významnými zatěžkávacími zkouškami „cyklu rodinného života“⁸⁹ (např. narození dítěte, syndrom prázdného hnízda po separaci dětí či přicházející stáří se zdravotními problémy a změnami v sociálním uspořádání našich životů).

Spiritualitu rodiny v klinickém slova smyslu tedy vnímáme jako transpersonální energii a sílu kolektivního vědomí rodinného systému, stejně jako jeho nevědomých obsahů, které mohou být v transformačních a transcendentních okamžicích mobilizovány jako rodinné zdroje či léčivá a úzdravná energie zakódovaná také v rodinných/rodových tradicích a inteligenci předků. Termín *transformace* používáme ve významovém kontextu nahlížení na krizi jako na „příležitost k transformaci a růstu“, pojmem *transcendence* rozumíme tu část kolektivního vědomí rodiny, která přesahuje běžné smyslové a rozumové skutečnosti a která také ve významovém popisu Martina Heideggera⁹⁰ znamená přesahování a vztahování se jednotlivého jsoucna/skutečnosti k celku/celosti bytí. Tento aspekt je pro naše chápání „rodinné spirituality“ důležitý, protože reprezentuje energie a informace, které nejsou našemu smyslovému vnímání zprvu přístupny, ale jsou obsaženy v morfogenetickém poli⁹¹ a v určitých momentech mohou být z tohoto pole „transportovány“ do vědomí jedince či rodiny jako **léčivá a úzdravná síla.**

V práci se spiritualitou v rodinné terapii využíváme vždy vlastní spirituální cestu. Tu máme pochopitelně každý jinou. Abychom mohli naše klienty provázet traumatem, musíme mít soucit a „otevřené srdce“. Často není v terapii co říct. Důležité je zůstat s pozůstalými v tiché naplněné přítomnosti. Teprve poté mohou přijít slova. Žádné trauma není tak hluboké jako ztráta vlastního dítěte. Vstupujeme-li do smutku s našimi klienty, nesmíme se nechat zahltit, abychom nepropadli do svého osobního světa strachů a zármutků. Terapeut musí být autentický a k tomu jsou jeho vlastní emoce nezbytné, zároveň by ale neměly brzdit samotný systemický proces zpracování traumatu. Trauma se stává dalším členem rodiny. Každý

89 Haley, J.: *Leaving Home: The Therapy Of Disturbed Young People*. Oxfordshire: Routledge, 1997.

90 Heidegger, M.: *Identity and Difference*. New York: Harper and Row, 1969.

91 Laszlo, E.: *Věda a ákášické pole: Integrovaná teorie všeho*. Praha: Pragma, 2005.

člen rodiny vnímá a prožívá trauma jinak, jeden jej popírá a odmítá s ním pracovat, druhý je jím hluboce zasažen a pohlcen. V prožívaném smutku vyvrnou všechna hluboká rodinná traumata, předčasná úmrtí, vraždy, potraty, nevěry, války...

Vědomí a „duše“ rodiny v perspektivě času

Každá rodina představuje systém, který roste ze své minulosti, prožívá svoji přítomnost a v myšlenkovém konstruování se obrací k budoucnosti. V minulosti jsou ukryty prožitky, radosti, ale také zranění a traumata. Minulost je místem buněčné paměti emočních traumat, která vznikají v průběhu života a která si pamatujeme, ale která také vznikají v raném dětství či dokonce prenatálně a perinatálně a která si pamatovat nemůžeme. Takové zážitky mají vliv na neurobiologický vývoj našeho nervového systému a mohou se strukturálně i funkčně promítnout do našeho zdraví a také do našich vztahů.

V minulosti se odehrávají rodinné příběhy, konstruují rodové ságy, a ty pak mohou být jedním z klíčových zdrojů tvořivého a harmonického růstu celého rodinného systému. V minulosti jsou také ukryta kolektivní traumata zapsaná do povědomí celých generací, etnik či kultur. Ty se pak transgeneračně „dělí“⁹² a udržují v individuálním i kolektivním vědomí nejenom jednotlivce či rodiny, ale někdy i celého národa (války, holocaust).

Minulost může být tedy zátěží i zdrojem, nejčastěji je obojím. Je časem i místem tradic, zvyků, rituálů, kulturních vzorců, normativů, imperativů, duchovních či spirituálních hodnot, je místem převyprávěných rodinných příběhů, nenaplněných ambic, přání a snů, ale je také místem tajemství, „třináctých komnat“, nedokončených „byznysů“ a transgeneračních přenosů, kdy trápení a symptomy přeskakují z jedné generace na druhou jako nakažlivý virus.

Přítomnost je místem naší terapeutické intervence. „Chronos“ – chronologicky plynoucí čas zde nepředstavuje ten nejvýznamnější parametr. Často je pro nás daleko významnější, a také terapeuticky užitečnější vnímání času jako okamžiku, příležitosti či momentu k nahlédnutí, po-

92 Presiss, M., Vizínová, D.: *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene z.s., 2019.

chopení, přijetí a smíření, například se smrtí, ztrátou či nemocí. Takové vnímání času odpovídá významu řeckého slova „*kairos*“ a rozumíme mu v definici Aarona Hesse (2011)⁹³ jako něčemu, co musí být řečeno (provedeno) v pravý čas, ve vhodném momentu a vhodnou formou. Spokojenost, štěstí, bezpečí či láska v konfrontaci s rodinnou tragédií jsou kvality, které spíše podléhají zákonům kvantové fyziky, než že by byly něčím, co lze jednoduše spočítat a umístit v námi běžně vnímaném prostoru a čase. Jednoduchá logika lineární kauzality obvykle nevede k úspěchu ani v životě, ani v terapii. Utrpení nemá jednu jedinou příčinu a stejně tak prožitek spokojenosti, štěstí a naplnění nelze dosáhnout dokončením jednoho, byť sebesofistikovanějšího terapeutického cíle.

Spiritualita, rodinná traumata a smrt

Při „běžných“ sezeních rodinné terapie v Apolinárii s rodinnou spiritualitou počítáme, všímáme si jejich tvarů v dialozích nebo metalozích (v odkazech na nežijící předky či v „rozhovorech“ s nimi), ale terapeuticky se jí dotýkáme pouze okrajově. Například při práci s rodinnými genogramy ji někdy zaznamenáme jako kus cenného dědictví, o kterém naši klienti referují v souvislosti s **rodinnými „zázraky“**, nebo se na ni odkazujeme při použití techniky „volného křesla“, kdy umístíme do rodinného sezení volné křeslo se slovy: „*Kdybyste posadili na toto křeslo rodinných zázraků někoho z vašich předků, třeba i dávných, a mohli ho požádat o radu, jak řešit vaši zdánlivě neřešitelnou situaci, koho byste tam posadili a co by vám poradil?*“

Na významu, často naprosto zásadnímu, přichází oslovení rodinné spirituality v čase, kdy jsme konfrontováni se ztrátou funkčních autoregulačních a homeostatických mechanismů, kdy rodinu zasáhne tragédie, kdy dojde k nenadálému úmrtí některého z jejích členů či kdy rodina nebo její část zažívá něco, co pracovním pojmenováváme jako „existenciální hrůzu“⁹⁴. V takových případech je práce v morfogenetickém poli smyslově zdánlivě nepřístupných obsahů kolektivního vědomí/nevědomí rodiny téměř vždy

93 Hess, A.: *Critical-rhetorical ethnography: Rethinking the place and proces of rhetoric*. Communication studies 62(2): 138, 2011.

94 Yalom, I. D.: *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2020.

předpokladem a často i podmínkou přijetí ztráty, zpracování traumatu a nastartování následné transformace a růstu. „*Smrt v rodinném systému vyzývá celého člověka k pozvednutí do jiných sfér*“⁹⁵, zdůrazňuje C. G. Jung a těmito sférami rozumíme právě oblast rodinné spirituality. V transpersonálním pojetí vnímáme smrt jako „přechod“. Přechod k „lepšímu“ světu. Jinému světu. Abychom se mohli vyrovnat se smrtí svých blízkých, musíme přijmout vlastní „odchod“, a tedy konečnost existence našeho vlastního fyzického těla.

Umírání blízkého jako proces, a zvláště pak náhlá smrt dítěte v rodině, má samozřejmě hluboký dopad na své okolí. Někdy události rodinu hluboce semknou, jindy přichází vzájemné obviňování a rodinný systém se rozpadá, fragmentuje. Často jeden utíká a vzdaluje se, druhý se naopak přibližuje a snaží se smrt integrovat do narativu, který umožňuje rodině přežít a zůstat spolu. Sebedestruktivní chování jednoho člena zpomaluje zpracování traumatu a často ničí partnerský život rodičů, kteří se od sebe stále více a více vzdalují. Zdroje a příležitost ke společnému růstu a hledání nových tvarů lásky, štěstí a životního naplnění se vzdalují, až se úplně vytratí v odcizení přeživších rodičů. Nedokončené truchlení a „nevyplakané slzy“ se promění v hluboké depresivní onemocnění či posttraumatickou stresovou poruchu, která může skončit těžkými psychickými, psychosomatickými i somatickými poruchami.

Vyrovnaní se se ztrátou trvá někdy měsíce, jindy celé roky. **Proces truchlení** a v terapeutickém kontextu proces **provázení k přijetí ztráty a usmíření** je příležitostí k „vyčištění“ rodinných vztahů, starých bolestí, k dokončení „unfinished bussinesis“ a otevření cesty pro další fázi životního růstu rodiny. Proces, kterým prochází rodinný systém při ztrátě blízké osoby, anebo kterým prochází sám umírající a jeho nejbližší okolí, lze popsat podle E. Kübler-Ross ve čtyřech fázích⁹⁶ od reakcí šoku a popření, zloby, vyjednávání až po proces akceptace a smíření s realitou. Po prvních dvou fázích popření a zloby přichází rozhodující třetí fáze truchlení – „vyjednávání“, kdy se objevují a jsou zpracovávány pocity viny, objevují se reaktivní deprese a také dochází k „přerámování“ celého procesu zpracování traumatu jako nezbytné podmínky k odpuštění, smíření a přijetí reality. V této fázi dochází k „chaosu střídajících se emocí“, objevují se

95 C. G. Jung: *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995.

96 Kübler-Ross, E.: *Death, the final stage of growth*. New Jersey: Prentice Hall, 1975.

afektivní poruchy i nejrůznější psychosomatická onemocnění a dochází také k největšímu počtu sebevražd (přibližně 12 %). Způsobů, jak rodinnou spiritualitu v truchlícím systému oslovit je mnoho, od oslovení jednoduchou otázkou: „*Koho z vašich předků byste povolala na pomoc, aby vám pomohl unést tu ohromnou tíhu vašeho zármutku*“, až po sofistikovanou přípravu transformačního rituálu rozloučení se zemřelým. Některé techniky jsme nabídli v kazuistickém příběhu paní Dáši, detailnější klinický popis i teoretické zarámování však přesahuje rámec této publikace.

Z hlediska moderní vědy je patrné, že vědecký názor na smrt se neustále mění. Významné jsou zkušenosti lidí, kteří prošli „zážitky blízkými smrti“. Jejich životní narativy, hodnotový systém a víra se často pod tíhou zkušenosti „dotyku se smrtí“ dramaticky změň. Paradoxně, lidé, kteří prošli stavem „blízkým smrti“ se do života mnohdy vrací neradi. Elisabeth Kübler-Rossová publikovala ve svém dnes už klasickém výzkumu s umírajícími pacienty v terminálním stádiu přesvědčení, že „**smrt je posledním stádiem lidského růstu**“.

„ZaPlátání“: „Patchworkové“ rodiny a psychosomatika

Jarmila Tolimatová, Richard Zajíc

RAZ

Mluvicí břicho

Bříško. Bolavé a smutné břicho drobné štíhlé Klárky jí nedovolí ráno jíst a pak jít do školy. Bříško za Klárkou chodí se smutnou náladou od rozchodu rodičů v jejích třech letech. Máma Ema A. je bodrá a urostlá žena, která se nejistě usmívá, nejspíše aby dodala dceři povzbuzení. Není ale moc přesvědčivá, pod úsměvy je zjevná chvějivá nejistota a starostlivé napětí o zdraví své dcery. Mají k sobě blízko, Klárka spí s mámou někdy i v posteli. Byla jim doporučena rodinná terapie, „jenom“ individuální péče Klárky prý nestačí.

S biologickým tátou Klárky se Ema rozešla pro domácí násilí. Často se hádali, několikrát ji také napadl. Na začátku byl velmi zábavný člověk, kvůli němu se také rozvedla, protože byl mnohem zajímavější než její vcelku nudný první manžel, se kterým má Ema již dospělého syna Jindru A. Ale s novým partnerem se nevzali a postupně vyšlo najevo, že pije. Po narození Klárky se cítil odstrkovaný a pil ještě více, podle všeho byl závislý na alkoholu. Ema neprožívala rozvod lehce, užívá od té doby antidepresiva a hodně po nich přibrala. Má také obtíže se štítnou žlázou a vysoký krevní tlak. Klárka jako jediná v rodině nosí tátovo příjmení, které ho stejně jako bolavé břicho stále připomíná.

Oporou Emy v moři nejistot je pátým rokem její přítel Libor C. Dva roky už žije s ní i s Klárkou a donedávna ještě s jejím starším bratrem Jindrou v jedné domácnosti. Klárka už rok chodí na individuální terapii, nálada se jí zlepšila a postupně se začalo dařit, aby se nebála a usínala

DUŠE RODINY

a spala ve svém dětském pokoji. Kvůli problémům s jídlem se ale vrátila dříve z jarních prázdnin. Bříško bolí zas, špatně usíná a nechce chodit do školy. Mohou to být příznaky sociální fobie? Symptomy se lepší pozorností a péčí staršího bratra Jindry A., ten je ale už dospělý, pracuje, a odstěhoval se ke své přítelkyni. Čím je doma méně Jindry, tím je doma více pláče Klárky. Jindra ji má rád, bere si ji s přítelkyní jednou měsíčně na víkend, Klárka ale žárčí a chce bratra mít jenom pro sebe.

Libor C. žije s Emou a Klárkou, ale je ženatý. Má patnáctiletého syna Dana C. a nechce se rozvést dříve, než mu bude 18. Dříve se věnoval Danovi občas o víkendech, ale teď za ním a jeho mámou dojíždí častěji. Jeho žena trpí rakovinou a Libor ji vozí, když je potřeba, na chemoterapii. Větší část týdne je ale i tak společně s Emou a Klárkou, ač se o rozsah společně tráveného času neustále s Emou hádají. Libor je vysoký a ramenatý, statný muž. Hypotetizujeme, že jeho bezmoc rozkrájet se a pečovat o obě rodiny najednou, i hádky mezi Liborem a mámou Klárka nechápe a mohou v ní probudit děs. A bříško se „stahuje“ strachy stejně, jako když kdysi dávno křičel její tatínek na maminku. A bolí a bolí...

Kontrakt

Na první sezení jsme pozvali všechny členy domácnosti a zeptali jsme se na očekávání od terapie.

Máma Ema A.: Pomoci Klárce překonávat stres. Najít s Liborem shodu na optimální výchově Klárky. Neřešit každý večer s Klárkou usínání a ráno školu.

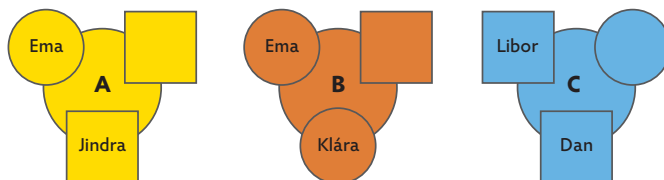
Libor C.: Vědět, jak se chovat k dětem, co je optimální výchova. Mít více času pro sebe s Emou.

Klárka B.: Aby mě máma obden uspávala. Aby se mi brácha víc věnoval a hráli jsme spolu hry.

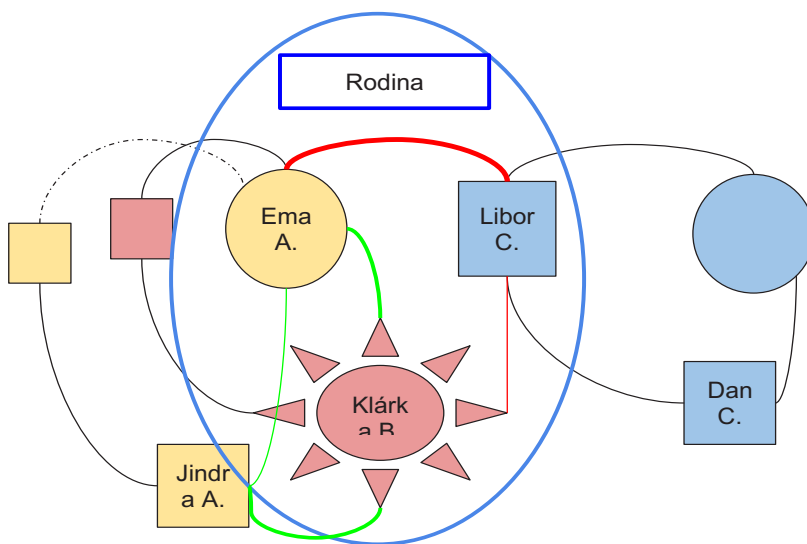
Jindra A.: Mluvit o vztazích, napravit je, tím pomoci Klárce. Více se přiblížit k rodině.

„Patchwork“: Vztahy vrozené a získané

Na první pohled máme před očima rodičovský pár a dvě děti, jedno už dospělé. Pokud vnímáme jako jednotku biologické rodiče a dítě, pak před sebou máme hned tři rodinné systémy. Ema a Libor spolu dítě nemají.



Máma Ema nosí příjmení prvního muže, společně se synem Jindrou, dcera Klárka má příjmení po tátovi. „Rodina“ přichází jedna, říkáme jí „**patchworková**“. Jedná se dnes o běžně používaný termín pro rodinný systém, ve kterém jeden nebo oba z partnerů mají z předchozích partnerství děti a všichni dohromady pak spolu vytváří novou rodinnou jednotku.



„Patchwork“ v angličtině znamená mozaiku, látání, sešívání, ale také slátaninu. Kousky krásných látek je možné sešít do nové deky či přehození. Z neúplných kusů se stává nový funkční celek, ve kterém původní jednotlivosti

mají jinou funkci i estetický tvar. Samotné slovo „patchwork“ je složené ze dvou slov: „**patch**“ znamená spravit, záplatovat, ale také skvrnu či náplast, slovo „**work**“ práce, výtvar, dílnu, ale také být v chodu, hníst (těsto), kvasit, otáčet se, razit si cestu (těžce) či řídit (ve smyslu pohánět). Všechny tyto významy v „patchworkových“ rodinných systémech velmi často vidíme.

Hypotézy terapeutů

Jarmila: „Téma „patchworkových“ rodin je dnes velmi aktuální a věnujeme se mu i na odborných konferencích. Někdo je nazývá doplněné anebo bonusové.“

Richard: „Ano, takové systémy vidíme často. Potkají se dvě rodiny se svojí historií a pokouší se vytvořit společně rodinu novou, s novým tvarem. Co ale myslíš slovem **zaplátání**?“

Jarmila: „Ema s Liborem láтали emoční díry z předchozích vztahů. Chtěli, aby rodina fungovala a vypadala dobře navenek. Láli si, hádali se, to, co záplatami sešili, potom zase rozpárali. Nitky vztahů byly tenké.“

Richard: „Záplatovali díry ve vývoji svých původních rodin. Společně vytvořili nový obraz, který je i s problémy spojuje.“

Jarmila: „Každý z partnerů nabízel svůj **kus látky**, nabídl to, co bylo **nedostatkové**. Mužský a ženský vzor. Společně se pak snažili o soulad v novém pěkném tvaru. Oba rodiče se každý po svém snažili **udělat to dětem hezké**.“

Richard: „Očekávali, že dostanou od partnera něco, co se jim nedostalo v původní rodině. Hodně psychosomatických symptomů mohlo vzniknout z potlačení emocí a psychických potřeb. Narůstal tlak a snaha skloubit mnoho až protichůdných nároků. Až to **napětím praskalo ve švech**.“

Průběh rodinné terapie

1. Zlepšení

Na druhém sezení rodinné terapie mluví rodina o zlepšení. Libor zažil úlevu, když mohl na terapii říci, co doma nedokázal. Když ho něco dusí, tak vybuchuje. Poté, co to mohl říct, všechno z něj spadlo. Klárka to Liborovi potvrzuje, všimla si toho, usmívá se na něho a on na ni. Čemu změnu připisují? Našli si čas spolu mluvit. Doma tak byl větší klid a také příležitost na společné trávení času.

Libor se doma ke slovu přes komunikačně zdatnější a rychlejší Emu dříve příliš nedostával. O slovo se musel přihlásit křikem. A to pro Emu, a především pro děti, znamenalo agresí, která připomínala chování násilného táty Klárky, ze kterého všichni měli strach. Ema takový křik „musela“ přestat poslouchat. V terapeutickém sezení byl vytvořen prostor pro každého, takže Libor mohl konečně říci svůj názor, a to dost nahlas a srozumitelně. Možnost mluvit a zážitek být slyšen přinesl klid jemu i celé rodině.

Předpokládáme, že pokud by se podařilo vztahovou vstřícnost a otevřenost v komunikaci udržet delší dobu, tak by se projevila i na úrovni tělesného zdraví a mohly by vymizet psychosomatické obtíže. Ema by se mohla emočně napojit na Libora, nebála by se jeho názorů a naopak by je mohla brát jako podporu a zdroj. Libor by svým klidným hlubokým hlasem přinášel zážitek bezpečí. Bříško Klárky by bylo ráno klidné. Přetlaky u Emy by se srovnaly a mohla by postupně opustit antidepresivní léčbu.

Zajímá nás a ptáme se: „Co v rodině dobře funguje?“

2. Dvojná vazba aneb nemůžeš nezklamat

Na dalším sezení „žaluje“ Ema na Klárku, že nedodrží dohodu o uspávaní. Vzápětí to bere i na sebe, protože jak sama říká, podílí se na tom hlavně tím, že dělá to, co chce Klárka. Kdyby ona sama dodržovala dohodu, asi by to i Klárce pomohlo.

Všímáme si dvojnou vazbu (tzv. „double bindu“): Máma dává Klárce dva neslučitelné podněty současně a tím ji dostává do neřešitelné situace. Na jednu stranu chce, aby byla samostatná, ale když se tak Klárka začne chovat, pere se sama s frustrací, což k individuaci a větší samostatnosti jistě patří, a v tu chvíli se k ní máma začne chovat jako ke slabé a nesamo-

statné. Ať tedy Klárka udělá jedno nebo druhé, je jistota, že mámu zklame. Z toho má strach a břicho se svírá a zase bolí. Ema to nedělá vědomě, i v ní se perou dvě neslučitelná přání: aby dítě zvládlo být samo, ale také aby o něj mohla mateřsky pečovat, což ji baví a uspokojuje. Když vidí, že Klárka zvládá být bez ní a už tak mámu nepotřebuje, převládne její touha konejšit. Když je dítě v náruči, tak se cítí v bezpečí, ale také se mu tím potvrzuje, že to bez podpory mámy samo nezvládne.

Také je možné, že u Klárky probíhá „retraumatizace“. Klárka je zvyklá být jen s mámou a bratrem. Raná zkušenost jí připomíná, že nechat mámu s dospělým mužem o samotě máma nezvládne, tak jako to neuměla s jejím vlastním tátou. I tomu může patřit pláč. Když si symptomem vynutí přítomnost mámy, pláč hned ustane. Klárka tím vlastně drží v rodinném systému moc. Stačí „uronit slzu“ a máma udělá to, co Klárka chce. Paradoxně ji to může znejišťovat více než jasné, laskavé, ale pevné odmítnutí. V terapii povzbuzujeme Emu k rozhodnutí, že některá témata nejsou pro děti, ale jenom pro dospělé. Měníme tím transakční vzorec v rodinném systému. Máma Ema vysílá signál, že její partner Libor je bezpečným mužem. Tím také dává Ema najevo Klárce svoji sílu a autoritu, a také jistotu, že se na chvíli dokáže zabavit sama.

3. „Jedeme spolu“ aneb výjezd rodinné terapie

Máme jedinečnou příležitost pracovat s několika rodinami najednou v netradičním settingu při výjezdech rodinné terapie, kdy více rodin dohromady vyjede i se svojí dvojicí terapeutů a jedním členem reflektujícího týmu na třídní pobyt do přírody a kromě rodinné terapie má možnost zažít sebe sama v novém kontextu společně s ostatními při zážitkově strukturovaném programu. Rodiny na sebe navzájem reagují, dávají si podněty a je to příležitost rozkolísat už tak nestabilní a nefunkční uspořádání rodinných vztahů a umožnit tak posun do nového tvaru, který by více vyhovoval vývojovým potřebám jednotlivých rodin.

Na výjezdu je dost času na to zkoumat propletené vztahy v rodinných systémech, jejich nadměrnou a rizikovou vztahovou blízkost, propletenost a zmatenost rolí (tzv. „enmeshment“), která brání individuálnímu vývoji dítěte, ale také brání zrání zdravých rodičovských rolí dospělých. Jedním z projevů takové propletenosti vztahů a nejasností vztahových hranic je dlouhodobý stres a neuvědomované a nevyjadřované napětí v rodině, které

se může projevit také psychosomatickými symptomy. „Bolavé břicho“ přeloženo do běžné mluvy může znamenat „mám už dlouho strach“. „Vysoký tlak“ může znamenat „jsem v tlaku nároků“, problémy s „vyčerpanou štítnou žlázou“ zase „jsem neustále na stráži, co zase přijde“. Na výjezdu jsme využili možnosti pracovat s rodinnými subsystémy, dětským a rodičovským, odděleně. Bylo tak možné zážitkem podpořit hranice a zvědomit, že některá témata patří rodičům a dětem naopak nepřísluší, proto jimi nemusí být nikterak zatěžovány.

4. „Parentifikované“ děti

Zaměřujeme se na to, co v rodině funguje. Libor se stará o technický chod domácnosti, což byla dříve Jindrova role. Ema říká, že Jindra na domácnost a mámu kašle, a že je chce opustit. Pomáhá metafora „dvou kohoutů na jednom smetišti“, a také technika „sochání“, kdy každý postaví zbytek rodiny jako sousoší tak, jak ji vidí právě teď. Společně se pak díváme na to, jak by mohla vypadat dobrá funkční změna.

Všímáme si, že má Jindra výchovné pravomoci. Byl mámou přizván do uvolněné otcovské role. „Parentifikované děti“ jako Jindra jsou zvyklé už v dětském věku chovat se jako dospělí rodiče a nést odpovědnost, zátěž i moc, která k tomu patří. Předat takovou „moc“ a odevzdat ji Liborovi může pro něho být nepříjemné a v transformační fázi ho to může „bolet“. I takovou perspektivou se lze dívat na metaforu „dvou kohoutů na jednom smetišti“.

Nabízíme sezení pouze pro dospělé. Klárka se ihned rozpláče. Stejně jako když ztratí svoji exkluzivní roli ve chvílích, kdy chce máma mít čas jenom s Liborem. Nabízíme jí možnost výjezdu dětské terapeutické skupiny a tím podporujeme její adekvátní vrstevnické zařazení.

5. Práce s dospělým subsystémem

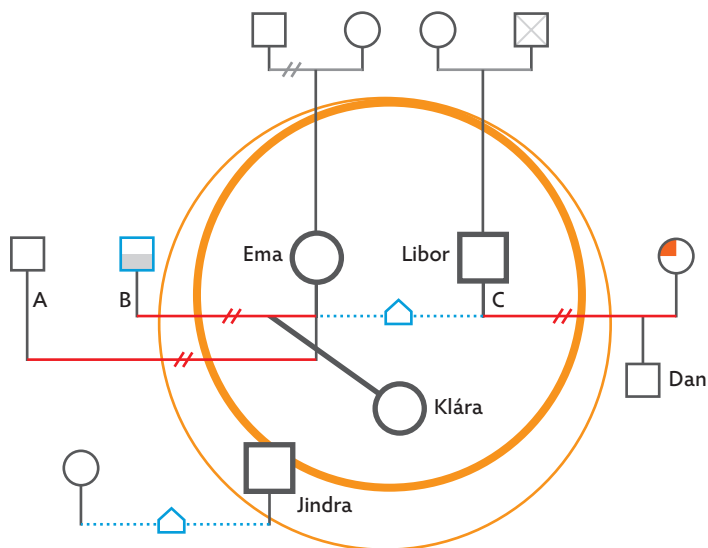
Jindra pracuje o samotě s technikou životní křivky a zkoumá, jak by mohl pokračovat v novém vztahovém uspořádání. Mluvíme s Emou a Liborem o jejich původních rodinách. Libor v sedmi letech přišel náhle o tátu. Co jeho máma potřebovala, probírala s ním jako malým dítětem. Má tedy podobnou zkušenost jako Jindra. Když byla Ema v pubertě, její otec opustil mámu Emy a odešel za jinou ženou. Ema si myslí, že ji to otužilo, musela si totiž poradit se vším sama. Vlastní mámu líčí jako pečovatelku, která

DUŠE RODINY

se starala o celou rodinu, táta ani ona se sestrou „nic nemuseli“. Nového partnera si už ale nenašla. Vypadá to, jakoby se od ní Ema naučila životu bez partnerského vztahu. Ema i Libor byli v dospívání v rolích „pseudopartnerů“ svým rodičům a jak pracovat na zdravém partnerském vztahu se proto nenaučili.

Libor by si někdy rád sedl jenom s Emou, nebo s ní šel na procházku a povídal si. Mluví se slzami v očích o samotě, kdy se s ní cítí neviděný a cizí, jakoby do rodiny „nepatřil“. Emu doma „má“ tělem, ale ne duchem. Stará se více o připravování svačin pro děti, než pro něho o důležitější věci. Z toho je vzteklý, protože se cítí odmítaný. Ema má pečování o jídlo jako hlavního projev lásky. Péče o děti ji baví, říká, že je to i relaxace.

Jiný typ genogramu by systém vztahů mohl zachytit takto, vyznačené jsou hranice rodiny:



Pomocí her, rozhovorů a dalších zážitkových technik dáváme příležitost pojmenovat a uvolnit obavy z budoucnosti a odvážně zkoumat nové zdroje a příležitosti. Je zjevné, že si rodina uvědomila spoustu nových souvislostí. Předchozí méně zdravá rovnováha v rodině se rozkolísala a v rodině se konečně mohou dít změny. Přibýlo úsměvů, respektu a naslouchání, dobré nálady a také otevřeného lidského kontaktu.

6. Nový přístav

„Po dvou měsících od výjezdu rodinné terapie všichni mluví o změně k lepšímu, byť byla Ema v mezidobí hospitalizovaná s migrénou. Migrénu chápeme jako projev vnitřního napětí Emy, domníváme se, že sblížení s Liborem je pro ni stále zdrojem vnitřního stresu a migréna jí umožní zajistit přiměřenou a bezpečnou vzdálenost. Libor dostal příležitost být na děti sám. Obě děti byly trochu nemocné, ale pečoval o ně, hráli různé hry a také se sblížili. Více spolu dnes mluví, naopak ubylo „diskusí“ s Klárkou. Jasnější pravidla a domluvy umožňují více času na sebe i společně. Klárka bude dál chodit do socioterapeutického klubu pro kultivaci zdravých kontaktů s vrstevníky. Loučíme se po pěti ze sedmi dojednaných sezeních, rodině budeme držet palce a necháváme si dvě sezení „v záloze“.

DVA

„Dospívání Kláry a setkání s tátou“

Po dvou letech přichází opět máma Ema s Klárou, tentokrát bez mužů. Posílá je kolegyně rodinná terapeutka, která Kláru psychologicky vyšetřovala na neurologii pro bolesti hlavy. Libor s nimi dál žije, ač dnes přichází bez něho. O sezení ví, ale chtěl jim dát prostor. Jindra se odstěhoval k přítelkyni.

Bříško už Kláru nebolí, ale nový psychosomatický symptom se podobá projevu u mámy, skoro to vypadá, že se Klára od mámy učí, co smí bolet a co pak přináší pozornost a péči. Emu trápí, že se Klára chce vídat s biologickým otcem. Podle Emy o ni „nikdy neměl zájem“. Klára je smutná a bojí se o tom s mámou mluvit, ví, že to nemá ráda. Zájem o kontakt s tátou podpořila psycholožka v nemocnici. Zavolala mu a k překvapení všech táta Kláru navštívil během její hospitalizace. To v ní probudilo naději.

Nabízíme přizvání táty do rodinné terapie a také babičky, mámu táty, která alespoň k nějaké komunikaci Kláry s tátou pomáhala: předávala jí dárky a organizovala občasná setkání. Sezení je pro Kláru náročné, hodně pláče. Nechce slyšet, co máma říká o tátovi. Máma sdílí, že mu nevěří, že se s ní stejně setká jenom jednou či dvakrát a pak nebude nic. Chce ji uchránit před dalším zklamáním. Klára na to reaguje tak, že už příště nepřijde.

Klára vstupuje do puberty, jsou na ní vidět první známky ženských křivek. Možná u otce hledá své kořeny, podobnosti a větší volnost než

u úzkostné a kontrolující mámy, od které se postupně vzdaluje. Pro Emu, která se starala a byla dostupným i „tím lepším“ rodičem je těžké, že Klára o „toho agresivního alkoholika“ stojí.

Potvrzením možnosti zajímat se o tátu jsme také podpořili Kláru v tom, že se nemusí starat o máminu emoční pohodu. Pro Kláru může být významné vědět, že máma „emočně unese“ setkání s jejím vlastním tátou. Potvrdí tím také, že už jsou pryč stará nebezpečí, ale hlavně tím připustí, že Klára může být i po tátovi a vezme tím na sebe odpovědnost za to, jakého tátu jí vybrala.

Na další sezení přichází opravdu jen Ema s Liborem. Klára se s tátou viděla a zažila, že ji zklamal tak, jak předvíдалa Ema. Setkání a komunikaci s tátou dále napomáhá babička a to Emu štve. Babička tátu Klárce idealizuje. Libor s Emou nesouhlasí a myslí si, že je to sice možné, ale v tuto chvíli je to nejschůdnější řešení, a že už je Klára dost velká na to, aby to mohla slyšet a udělat si vlastní názor.

Oba partnery oceňujeme, že se o tak citlivých věcech dokážou otevřeně bavit. Ani hlava Kláru už nebolí, takže terapii ukončujeme a domluvíme se s rodinou, že se v případě zájmu ozvou. Klára dále dospívá a zraje v dětské socioterapeutické skupině, kde může zažít další korektivní „rodičovskou“ dvojici v podání svých skupinových terapeutů.

TŘI

„Rozpad vztahu“

Po dalších třech letech poprvé přichází Ema sama. Nepřichází na základě doporučení lékaře či psychologa jako posledně, což vnímáme jako pozitivní změnu ve čtení a porozumění tělesným a psychosomatickým symptomům. Ema s námi sdílí, že ji vztah s Liborem „drtí“. Hádky eskalují a napětí jí vyráží na těle v podobě chronického pásového oparu.

Před půl rokem se u nich vystřídali oba synové. Nejprve jeden měsíc Liborův syn Dan, který dokončil střední školu a dostal se na vysokou. Na školu se dostal také díky Emě a její péči. Měl možnost bydlet u kamaráda, ale dal přednost bydlení u nich. A to i přesto, že na něho měla Ema větší nároky s ohledem na osobní hygienu, než byl zvyklý od své mámy ve své původní rodině. Po měsíci a úspěšně zvládnutých přijímačkách se odstěhoval k přítelkyni. Vlastní syn Jindra se k nim nastěhoval týden po odchodu

Dana a je u nich doposud. Změnil práci a také dokončuje úspěšně vysokou školu. Ale začaly konflikty. Libor po něm „šlape“, aby dělal to, chtěla Ema po jeho synovi Danovi. Když to neplní, útočí na Emu, aby ho potrestala. Emě „nejde se nebránit“, útočí na něho taky. Napětí Libor často „přepíjí“ alkoholem. Ema je smutná, že se Libor ještě nerozvedl, vždyť Danovi je už jednadvacet let. Lhal jí, že se rozvede, až mu bude osmnáct. Předběžně se dohodli na Liborově odstěhování.

Během sedmi sezení v průběhu roku jsme následně s Emou a Liborem zkoumali vzájemné komunikační interakce, ale také pevnost „švů“ i mezery v jejich partnerském vztahu. Dotýkali jsme se opatrně bolavých, neřešených či nedokončených, a také tabuizovaných výbušných témat: nevěry Emy a nerozvádění se Libora. Podle Libora je zdrojem napětí jak jeho nároky na Jindru, tak to, že si začal rozumět s dospívající Klárou, která ho respektuje. Do rozvodu se mu nechce, ale vadí mu, že má jiné příjmení než Ema, dokonce vtipkuje, že kdyby to bylo možné, nechá se adoptovat, aby měl příjmení stejné.

Při jednom sezení a „satirovském“ sochání jim pomáháme zkoumat možnost přiblížování a vzdalování se ve vztahu. Společně hledáme, co podporuje vzájemnou přitažlivost a také odtazitost. Nabízíme přechodnou odluku, experiment, který jim pomůže ukázat, zda vůbec a případně v čem jim ten druhý chybí.

Po odluce přichází oba v dobré náladě. Odloučení pro ně mělo překvapivý výsledek, opět vnímali zájem, respekt, úctu a „lásku jako na začátku“. Libor s námi sdílí svůj strach z rozvodu, obává se, že by žena mohla opět onemocnět rakovinou, která v tuto chvíli je po chemoterapii v remisi. Proto se rozhodl od Emy a Kláry odstěhovat. Na dalším setkání vypadají oba po rozstěhování spokojeně. Libor je trochu smutný, začal se rozvádět s manželkou a syn Dan se na něho zlobí.

Domlouváme se na ukončení terapie a katamnstickém setkání po půl roce. Jsme zvědaví, jak se jejich vztah bude dále vyvíjet. Oddělili se, už svůj vztah „nesešívají“ tenkými a křehkými nitěmi. Libor si pochvaluje, že poprvé v životě žije sám a podle svého. Alkohol už tolik nepotřebuje, jako když se s Emou musel hádat. Jindra se odstěhoval krátce po odchodu Libora a žije se svojí novou přítelkyní. Ema je bez psychosomatických potíží. Pohoda doma jí dává naději, že herpes a deprese jednou pro vždy zmizely. Má také lepší náladu. Pochvaluje si soužití s dcerou v domácnosti bez mužů. Má nový vztah na „distanč“, nejspíše potřebuje svobodu, kdy se nemusí

druhému podržovat. Klára také nemá psychosomatické obtíže, pubertálně vybuchuje, podle slov Emy ale „normálně“. Na muže sice nadává, ale zkouší balit kluky. A vídá se pravidelně s Liborem, ráda si s ním povídá.

Konec dobrý?

Chceme na této rodině ukázat, jak psychosomatické potíže mohou souviset s neprůchodnou komunikací a emočními stavy jednotlivých členů rodiny. A jak otevírání komunikace o obtížích i vztazích, může vést k tomu, že symptomatické chování vymizí. V našem příběhu ustupovaly psychosomatické obtíže paralelně s tím, jak se otevírala komunikace o nich ve vztahovém kontextu.

V průběhu terapie Ema i Libor dozrávali ve svých rodičovských rolích a funkcích adekvátně věku a pohlaví dětí. Možná dozráli více v rolích rodičů než v roli partnerské. Rodinná systemická terapie jim pomohla reparovat traumata a rozšířit zkušenosti z původních rodin, a také upevnit jejich rodičovství. Ema a Libor postupně přestali skrze vlastní děti uspokojovat svoje nenasyčené potřeby z traumatického dětství. Lépe vnímali potřeby dětí během dospívání, ač to sami od svých rodičů nezažili.

Hypotézy terapeutů na konci péče

Richard: „Co když se Ema zbavila Libora proto, aby mohla naplno rozvíjet emoční okupování Klárky, aby si ji mohla připoutat, jako když začínali terapii? A znesnadnit jí její individuaci a samostatný život? Somatizace zmizely, ale co když se vztahy vývojově zasekly? To by nebyl dobrý závěr rodinné terapie.“

Jarmila: „No možná to tak je, ale my neukazujeme jenom pěknou kazuistiku. Ukazujeme i naši častou frustraci, když terapii končíme. Nevíme, jak to bude, nevímáme rodinný systém jako plně uzdravený, ale zároveň nejsme „opraváři“, kteří pouští rodinu ze své péče až když je úplně „spravená“. Dělalí jsme, co jsme mohli a pracovali jsme pro rodinu tam, kde nás potřebovala.“

Richard: „Nadějně je, že Ema udělala významný posun ve svých vztazích a není tak osamělá ani frustrovaná jako její máma.“

Ema byla postupně pevnější ve vztahu ke své dceři. Zopakovala nicméně rodinnou konstelaci, kterou sama zažila po rozvodu rodičů: soužití mámy s dcerou bez přítomnosti mužů. Transgeneračně se v ženské linii vzorec zopakoval: v podobném věku, kdy se rozvedla máma Emy, se také Ema rozešla se svým partnerem a zůstala v domácnosti s dcerou sama. A v takovém nastavení byla spokojená, podobně jako její máma.

Něco podstatného však bylo jinak. Klára se o mámu tolik nestarala, jak se o svou mámu po rozvodu starala Ema. Máma Emy si už dalšího partnera nehledala, zatímco Ema zkoušela nová partnerství.

Libor byl pro Emu bezpečnější muž ve srovnání s bývalým manželem, násilníkem. Prošel zkouškou svodů symptomatického užívání alkoholu jako anxiolytika a „uklidňovače“ emocí, a také touhou po naplnění role dítěte, které je opečováváno „mocnou a mateřskou“ Emou, a tak trochu nevědomou touhou být „adoptováno“. Libor si vlastního otce pamatoval jen jako malé dítě a prožil celé své dospívání s mámou v „pseudopartner-ském vztahu“. Na rozdíl od otce to ve své vlastní rodině a mužské linii zažil jinak, už jen proto, že se svým synem mělo možnost prožívat jeho pubertu a také o něho pečovat. Dokázal i díky systematické podpoře terapeuta Richarda být otcovskou postavou také nevlastnímu synovi Jindrovi, ustát emancipační projevy obou synů a pomoci jim ve zrání a separaci. Určitě taková zkušenost měla významný vliv na jejich sebedůvěru.

V závěru terapie Ema i Libor dokázali přiměřeně vnímat i těžké prožitky, pojmenovat je a otevřeně o nich mluvit. Až budoucnost ukáže, zda Kláře hrozí vývojové uvíznutí, jak zmínili terapeuti ve svých úvahách po skončení terapie. K osamostatnění od mámy a hledání uspokojivého partnerského vztahu jí určitě dala dobrý základ Jindrova a Liborova citlivá péče a zájem.

Nekonečná terapie: Jak dlouhá má být krátká terapie?

Šárka Palečková, Jan Hovorka

Prolog: Takový normální čtvrtěční den rodinného terapeuta

Je čtvrtek krátce po poledni. Prodirám se čekárnou apolinářského Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii. Nikde nejsou volné židle, na které by se dalo posadit. Dochází mně, že si je vzali medici, studenti 4. ročníku 1. Lékařské fakulty UK. Nevím, zda se někdo z nich bude ve svém profesním životě věnovat psychiatrii či psychoterapii, ale základy fungování rodinných systémů od nás dostanou, a to je pro jejich budoucí profesi v každém případě dobře. S pocitem mírného zahanbení sděluji čekající rodině, která přichází na první sezení rodinné terapie, že se nemusí ničeho obávat, židli je sice málo, ale jejich právo na kvalitní péči tím určeno dotčeno není. Budu dnes výjimečně pracovat sama, ale naštěstí s reflexním týmem. Ten je pro samotný proces terapie a klienty vždycky užitečný, ale v tuto chvíli to bude velká podpora i pro mě.

O hodinu později se s mediky potkávám ještě jednou. Je to ve chvíli, kdy táta objímá dceru. Oba pláčou. Jejich slzy jsou dobré, jsou to slzy dojetí. Žažívají spojení, které spolu velmi dlouho neměli. Otec a jeho sedmnáctiletá dcera, která poslední dva roky trávila pitím, fetováním, sebepoškozováním a touláním. Máma sedí těsně vedle nich, pláče, ale dopřeje tátovi tak výjimečnou chvíli. Do propletených rukou táty a dcery, někam mezi prsty, kterými se dotýkají, vtisknu kapesník. Jeden společný jim bude stačit. Tiše

sleduju tváře a hrudníky všech tří zúčastněných. Koutkem oka vidím, že v reflexním týmu si také utírají slzy. A v tom medicí ve vedlejší místnosti začínají tleskat. Jejich potlesk je nejspíše oceněním přednášky, která právě končí. Možná tleskají rodinnému příběhu, který si sami při výuce vykonstruovali a prožili. Rodinné příběhy, silné momenty, chaos, oslava, dojetí, bezmoc, spokojenost se tu střídají velmi často.

Popoháním reflexní tým, aby se přestěhoval z jedné ordinace do druhé a mohla tak začít příprava na další terapii. Nejspíše ještě nestrávili emoce a zážitek ze sezení, které právě skončilo. Chce to trénink. Trénink v přepínání a v napojování se. Hodně v tom pomáhá víra v univerzalitu lidí, přesněji lidských tužeb, která se skrývá na první pohled ve velmi rozdílných životních příbězích.

Přichází Fišerovi. Včera mi po velmi dlouhé době napsala Charlotta, ale kdy se u nás objevili poprvé už si ani nevybavuji. Tenkrát Charlottě bylo 34. Dneska jí je 48. Když jsme požádali rodinu o souhlas s publikováním jejich příběhu do knihy, překvapili nás. Nejenom, že souhlasili, ale dokonce nám prostřednictvím nejmladší dcery sami navrhli jména. Otec Alexander, matka Charlotta, první dcera Emma, mladší dcera Katarina.

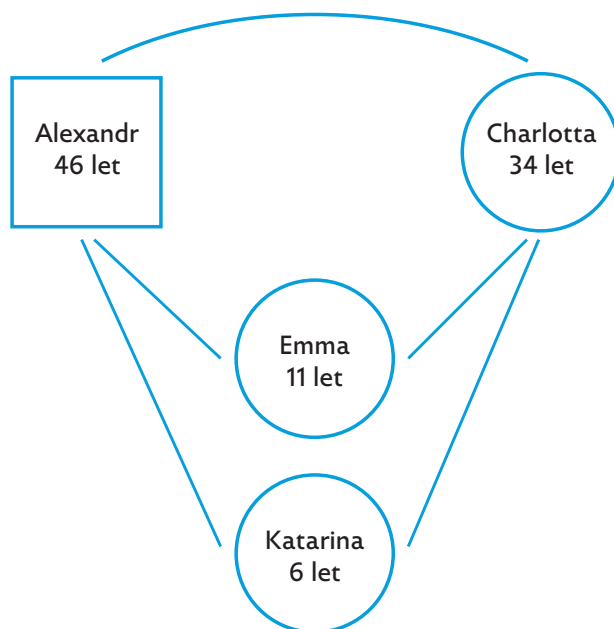
Poprvé

Mámě Charlottě je 34 let, tátovi Alexanderovi 46, starší dceři Emmě 11 a mladší dceři Katarině 6 let.

Charlotta: „Máme problémy v rodině. Týká se to nás dospělých, ale máme také nemocné děti. Emma má bezlepkovou dietu a Katarina má problémy se soustředěním. Chodí k psycholožce. My s manželem nemáme finanční prostředky, máme sexuální problémy, já jsem vyrůstala v rodině alkoholika, v rodině, kde bylo domácí násilí a naše současná rodina to všechno přestává zvládat.“

Alexander: „Já jsem povahou klidný člověk, ale u mě je to dané hlavně tou prací. Teď jsem nebyl schopný zajistit ekonomicky domácnost a chápu, že si Charlotte vytvořila proti mně odpor. Snažím se to vydržet, hlavně kvůli dětem. S Emmou jsou problémy, raději si někam zaleze. Je tam to napětí. To, že jsme se zadlužili, vidím jako zásadní problém. Já jsem truhlář...“

DUŠE RODINY



Genoram – mapa rodiny Fisherových

Katarina se tulila k tátovi a plnila jeho mnoho let prázdnou náruč. Emma mluvila o hádkách mezi rodiči. Alexander i Charlotta se shodli, že problém je partnerský. Spolu s reflexním týmem jsme rodinu ocenili a potvrdili, že rodinná terapie je dobrá volba. Nabídli jsme rodině obvyklých sedm setkání. Do plánu terapie jsme si zapsali „hledat zdroje ve vztahu“ a „k dospělým tématům nebrat děti“. S rodinou jsme nakonec „upracovali“ **71 sezení**, a k tomu navíc **čtyřdenní výjezd** rodinné terapie...

Co jsme vlastně dělali?

První část: Trauma

Zpětně viděno, naším hlavním terapeutickým úkolem byla práce na transgeneračním přenosu traumatických zkušeností rodičů. Oba zažili ve svých původních rodinách násilí. Zvláště matka byla zkušeností z původní rodiny zcela paralyzována.

CH: „Otec mámu bil, vždycky bez svědků, vyhrožoval, že ji vyhodí z okna, že to umí zařídit, aby to nevypadalo jako vražda. Po tom, co jsem musela svědčit u soudu, mi vyhrožoval, že mě znásilní...“

Kdykoli se Alexander, její současný partner vrátil domů v podnapilém stavu, spustilo prožité trauma ohňostroj emocí – strach, děs, zlost, pocit ohrožení. Bylo zřejmé, že minulost silně ovlivňuje Charlottino vnímání současnosti.

Sochání

Na čtvrté sezení přišla Charlotta s přáním: „Chci, aby se to stále tak neprojevovalo, ale nedokážu to. Abych si uvědomila, že on mi neublíží, že mi nic zlého nedělá. Začala jsem chodit k psychiatrovi, beru léky, ale sex mít s partnerem nedokážu.“ Nabídli jsme rodině poprvé práci pomocí sochání. Na sezení nebyly přítomny děti a oba rodiče s tím souhlasili.

Do prostoru pracovny jsme postavili na jeden konec Alexandera a na druhý velké křeslo. Charlottě jsme Alexandera představili jako budoucnost, křeslo pak reprezentovalo minulost. Požádali jsme Charlottu, aby nám ukázala, kde se vidí v současnosti. Charlotta se postavila mezi křeslo a svého manžela.

T: „Kam to máte blíž?“

Ch: „K minulosti.“

T: „A jak byste to chtěla?“ vyzvídáme dál.

Jde směrem k manželovi (k budoucnosti) a postaví se vedle něj.

T: „Teď jděte zpět a jděte ještě jednou stejnou cestu a zkuste si uvědomovat, co pro to musíte udělat“, pobízíme.

Ch: „Nesmím to míchat do sebe!“

T: „Vraťte se k minulosti a řekněte minulosti: ty jsi minulost a já jdu k budoucnosti. Řekněte to svými slovy.“ pobízí terapeut.

Na místo křesla minulosti staví terapeut členku reflexního týmu. Tato změna zesiluje proces i zážitek z terapie. Pro Charlottu není lehké pohlížet minulosti do očí a jasně se vyjádřit. Terapeut postaví blízko k Charlottě další členku reflexního týmu:

T: „Toto je vaše podpora.“

Ch: „Nech mě minulosti na pokoji, já mám budoucnost. Já mám svoji rodinu.“

Charlotta je v tuto chvíli v hlubokém procesu, rozrušení je patrné po celém těle.

DUŠE RODINY

Terapeut se obrací na Alexandra.

T: „*Jak se vám to zdá Alexandře?*“

A: „*Neskutečné! Měl jsem chuť jí sám dávat podporu.*“

Charlotta se připojuje: „*Snaží se mi pomáhat. Rozhoduje se sám za sebe, ale tak, jak si myslí, že bych to chtěla i já, aby se mi to líbilo a abych byla spokojená.*“

Kotvíme zážitek v páru oceněním jejich společné práce, otevřenosti jeden k druhému a oceněním schopnosti vnímat potřeby toho druhého.

Intimita

Zážitkovou formu terapeutické práce, nejčastěji sochání, jsme s rodinou využívali opakovaně.

Práci s tělem a reflexí přítomného prožitku jsme využívali, když partneri přišli s tématem intimity, která se jim nedařila obnovit. Sochu, kterou Charlotta s Alexandrem vytvořili, jsme společně nazvali „Karkulka a vlk“. Vznikla z tématu nedůvěry a obavy z vzájemného nerespektování. Nedůvěra Charlotty ji dovedla k hluboké uzavřenosti.

Ch: „*Jakmile se začneme hladit, bude chtít celé milování. To mě pak tak stresuje, takže raději není nic. Tím ale trpíme oba.*“

Terapeut postavil oba partnery proti sobě, každého na jiný konec místnosti tak, aby mezi nimi byla největší možná vzdálenost. Charlotta dostala pokyn, aby rukou signalizovala Alexanderovi, do jaké vzdálenosti se může přiblížit. Zároveň si partneri spolu měli domluvit, jaké signály budou používat, aby nedošlo k nedorozumění. Domluvili si, že Charlotta bude ukazovat pojd', zpomal a stůj.

Při reflexi cvičení oba partneri sdělují, že byli zaskočeni, do jaké blízkosti Charlotta Alexandra pustila.

Charlotta oceňovala, že Alexander respektoval její pokyny. Ona sice byla ve stresu, protože se všichni díváme, ale dokázala Alexandra pustit překvapivě blízko a bylo jí to příjemné.

Ch: „*Tady na terapii věřím, že na mě neskočí a nebude sex.*“

Všichni se smějeme a oceňujeme jejich odvahu a otevřenost. Alexander sděluje, že mu vůbec nedělalo problém respektovat Charlottino tempo, protože to bylo něco úplně jiného než odmítání. Myslí, že by to i doma zvládli. Na základě tohoto cvičení dostala rodina domácí úkol *každý večer si najít chvíli pro sebe*. Sednout si proti sobě a dotknout se jen jedním prstem. Kontakt držet tak dlouho, dokud je to oběma příjemné. Nic víc se nesmí.

Finanční nejistota aneb sebehodnota

Při této pomalé práci „krok za krokem“ byl silným hráčem kontext. V době, kdy se Alexanderovi nedařilo, neměl práci a finanční situace v rodině byla napjatá, objevilo se další téma, které s partnerskou intimitou úzce souviselo, a to téma *úcty a bezpečí*.

Na sedmnáctém sezení oba partneři mluví o změně. Charlotta vnímá více otevřenosti a komunikace ze strany Alexandra. Alexander vnímá větší blízkost, nicméně rodinu sužuje finanční krize. Charlotta je z této situace ve stresu a viní z ní Alexandra. Sama má tři zaměstnání. Terapeuti pracují s hypotézou, že Alexander jako muž nyní nenabízí ženě pocit zázemí, bezpečí a ochrany, ztrácí sympatie, tudíž i šanci být sexuálně přitažlivý. Nabízí rodině obraz sochy. Terapeut postaví Charlottu a Alexandra blízko vedle sebe. V prvním kroku požádá Alexandra, aby se trochu zmenšil (příkrčil) a oba vnímají své pocity z tohoto uspořádání. V druhém kroku postaví Alexandra na židli. Charlotta zůstává na zemi, Alexander je nyní výš a oba vnímají pocity z takového postavení.

Charlotta mocně přikyvuje: „*Ano, potřebuju k muži vzhlízet...*“

Končíme terapii úvahou, čím by se mohl Alexander povýšit, aby k němu mohla Charlotta vzhlízet?

Na dalším sezení oba mluví o větší blízkosti, ačkoli okolnosti jsou stále složité. Rozbilo se auto, bude soud kvůli Alexandrově práci. Alexander sděluje, že cítí v Charlottě oporu namísto výčitek. Charlotta je potěšená. Její schopnost měnit se, její růst, její úspěch jí naplňuje radostí a zvyšuje pocit sebeúcty.

Následujících několik sezení pracujeme na zvýšení sebeúcty obou partnerů. Využíváme jejich původní rodiny a společně vytváříme rodinné mapy. Charlotta a Alexander dostanou úkol, aby přinesli fotografie svých rodičů, sourozenců a sebe z období dětství. Věnujeme pozornost vyprávěným příběhům obou rodin. Každý člen rodiny má svoje místo i čas. Společně zkoumáme jeho přednosti, slabiny, a také hledáme rodinné „poklady“. Charlotta objevuje své, spravedlnost, kamarádkost, ochotu pomáhat, Alexander pak humor a schopnost sdílet kritiku nezraňujícím způsobem. Tato práce s genogramy a rodinnou historií byla příležitostí, jak nově vidět svoji vlastní rodinu. Byla to také příležitost rozhodnout se, jaké zdroje si chci od svých předků vzít a v čem se chci vydat jinou cestou. Uvěřitelné a zážitkem podpořené „zazdrojování“ má blahodárný vliv na sebeúctu a sebevědomí jednotlivých členů rodinného systému.

V dalších sezeních vidíme změnu i my. Ubylo vyčítání. Dluhy a finance se staly společným problémem. Nově se objevila témata společně tráveného času, humoru, sdílení a zájmu jednoho o toho druhého.

Škálování

Vyslovili jsme hypotézu, že partnerská intimita má vzrůstající tendenci, ačkoli se neodehrává na fyzické úrovni, tedy v dotycích a v milování. Cítili jsme, že oba partneři mají k sobě mnohem blíž.

Po několika dalších sezeních ukotvování a prohlubování práce na Charlottině sebeúctě, a také na sebeúctě partnerské, se obou ptáme, jak vnímají v rodinném systému změny, a chceme po nich, aby své pocity vyjádřili na lineární škále. Cílem této intervence je pomoci Charlottě a Alexandrovi vnímat a integrovat dosažené změny. Když přišli do terapie a hodnotili svůj vztah na škále 0–10, Charlotta si vybrala 0 a Alexander 3–5. Posun na škále Charlotta vidí na 7–8, Alexander na 6–8. Máme za sebou 47. sezení...

První pokus o ukončení terapie proběhl na 35 sezení. Nyní začínáme končit znovu. Rodinu ubezpečujeme, že s nimi budeme tak dlouho, jak budou potřebovat, nicméně rozvolňujeme intervaly sezení na jedenkrát za tři měsíce. Cílem je podporovat a zkompetentňovat rodinu. Po čase dále rozvolňujeme a dostáváme se na půlroční interval setkávání. Sledujeme udržitelnost změny. Terapie se mění na „doprovázení“.

Možnosti navštívit nás, bude-li potřeba, rodina opakovaně využila, a ještě několikrát se na krátkou dobu do terapie vrátila. Naposledy, když jejich mladší dcera Katarina procházela individuální fází a bylo zřejmé, že obě dcery stojí na prahu samostatnosti. Tedy po třinácti letech od našeho prvního setkání. Při reflexi terapeutických setkáních máme ve zvyku dávat každému sezení název. Poslední setkání nese název „**Držíme při sobě**“.

Rozhovor terapeutů po 47 sezeních rodinné terapie

ŠP: „Je tohle ukončená terapie?“

JH: „To bych taky rád věděl!? Každopádně je to ukončovaná terapie a věřím, že povětšinou dobře ukončovaná...“

ŠP: „Takže nepovedený konec?“

JH: „Ne tak docela. Fišerovi mě naučili nelpět tolik na zažitých způsobech práce. Nebýt otrokem svých vyjetých kolejí. Jsou mojí osudovou rodinou. A to i pro a díky spolupráci s tebou. Tolik krizí, které jsme s nimi zažili. Tolik vývojových fází. Tolik metod, přístupů a technik, které jsme pro ně využívali, a také společně tvořili..., a pak zase opouštěli. Tolik **SPOLEČNÉHO** jsme s jinou rodinou patrně nezažili, nebo ano?“

ŠP: „Asi máš pravdu. A bylo to k užitku? Myslím jim. Nám, jak říkáš, určitě.“

JH: „Podívej se na jejich spis, je to opulentní dílo! Bral jsem to jako naše selhání. Neschopnost řádně a pro rodinu prospěšně ukončit naši spolupráci. Zprotivení se myšlence krátké terapie, že méně je více. Že není žádoucí „držet“ rodinu v terapii celé roky. Fišerovi jsou naši klienti už skoro patnáct let. Sice s přestávkami, ale přesto mnohem déle a intenzivněji, než bývá u nás zvykem... Vlastně je to jako několik rodin v jednom balení.“

ŠP: „A bylo jim to k něčemu? Nevytvořili jsme kolem nich a jejich problémů ještě další, tentokrát terapeutický problém?“

JH: „Stále si ověřuji, že pro většinu rodin je krátkodobý způsob práce vhodný a účinný. Jsou však rodiny, které mě nutí přemýšlet a vymýšlet nové způsoby. A to jak způsoby práce, tak i způsoby hodnocení úspěšnosti a prospěšnosti rodinné terapie.“

Co jsme vlastně dělali?

Druhá část: „Mrouskati“ povoleno!

Jako červená nit se naší prací s rodinou proplétalo téma sexuality. Té části intimity, která vyžaduje fyzickou blízkost obou partnerů v blízkosti v řádu centimetrů. Na další sezení rodinné terapie přišla k našemu překvapení pouze máma s mladší dcerou. Táta nemohl kvůli nové práci. Katarina si s námi chvíli povídá, chvíli odbíhá k blízkému pískovišti. Máma sdílí, že se cítí klidnější, prý se jí podařilo něco změnit ve svých postojích, hlavně k manželovi, který teď vůbec nepije a má stabilní příjem. Když je dcera u pískoviště Charlotta ztišeným hlasem otevírá téma sexuality. „*Stále spolu nespíme... nejde mi to...*“. Na počátku setkání nám řekli, že mají novou, už třetí kočku a díky všudypřítomným a nastraženým uším všímavé dcery, bez varování, tak trochu po „ericksonovsku“, mluvíme o sexu v metafoře jako o kočce.

DUŠE RODINY

T: „Co že třetí kočka, Charlotto?“

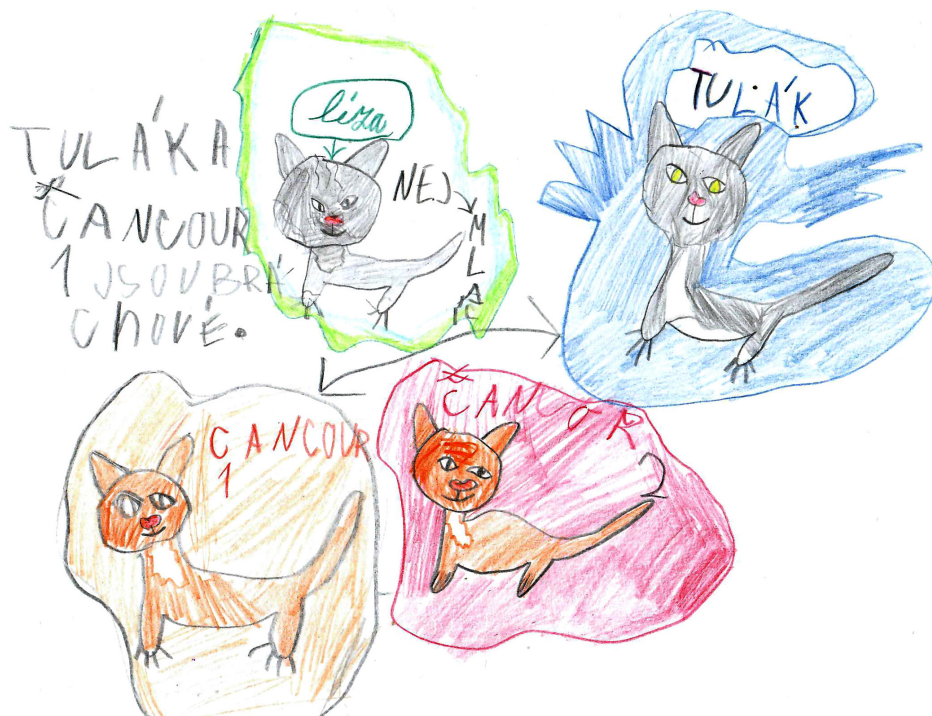
Ch: „To chtěly děti. A tahle je navíc nalezenec.“

T: „Bylo vám líto... nechat ji jen tak... bezprizornou...?“ Zlehka se významově přibližujeme obsahu slov „sex“ a „kočka“.

Ch: „No právě!“ vyhrkne Charlotta. „Navíc je tak roztomilá... Mám ráda její hebkou srst.“

T: „Ráda jí hladíte, hmm... Musí to být krásný pocit..., cítit teplo jejího těla..., když jí máte na klíně..., když se k Vám tulí...“

Zanedlouho Charlotta již celá červená dialog o „kočce“ s culením zastavuje. Už prý chápe...



Začarovaná rodina pohledem Katariny

Učebnice sexu pro základní školy

Představte si, že jste zapoměli číst a psát. A začne vám to chybět. Pokusy učit se svépomocí selžou. A v ten moment vám nabídneme slabikář s krásnou obálkou, ale striktním doporučením. Je bezpodmínečně nutné postupovat krok za krokem. Kapitulu po kapitole. Nepřeskakovat. V žádném případě se neunáhlovat! Šli byste do toho? A kdyby vám někdo řekl, že po letech nedobrovolné sexuální abstinence spolu budete do roka a do dne spát, stačí, když si přečtete slabikář o osmi lekcích? Věřili byste? Popíšeme takový příběh v další kapitole životního příběhu Charlotty a Alexandra. Šlo o osm setkání s průměrným intervalem šesti týdnů měsíce mezi jednotlivými terapiemi.

Předběžné ujištění

T1: *„Jsme si jisti, že existuje cesta k dobrému milování.“*

T2: *„Dokonce se domníváme, že už jste na ní mnohokrát byli.“*

T1: *„Potíž je v tom, že i ti, kteří už na cestu k milování vykročili v nějaký nestřežený moment zamíří špatně, prostě zabloudí.“*

T2: *„A proto je třeba být tentokrát mimořádně vnímavý a obezřetný a vážít každý další krok, aby vedl tam, kam si přejete.“*

Lekce 1: Tři kroky ke sblížení

Nemluví se o žádném jiném tématu, nepřipouští se žádné stížnosti, ani jiné odvádění pozornosti od tématu sexuality. Oba partneři sedí na pohovce, co nejdále od sebe. Požádáme je, aby každý zvlášť ukázal beze slov, jak by vypadalo takové sblížení ve třech krocích. Charlotta se opatrně posouvá k Alexandrovi (1. krok), obejmě ho (2. krok) a chce přidat i pohled (3. krok), ale bojuje s tím, jde jí to ztěžka. Alexander se přibližuje razantněji (1. krok), objímá Charlottu (2. krok) a políbí ji (3. krok). Dáváme jim domácí úkol. Budou trénovat přibližování, a pokud se jim podaří týden vydržet ve splněném kroku 1, budeme pokračovat s další terapií.

Po tomto setkání hypotetizujeme, zda Charlotta podstupuje sblížení z touhy po blízkosti Alexandra, anebo aby vyhověla terapeutům a neztratila péči, kterou vnímá jako svůj důležitý životní zdroj.

Lekce 2: Nicnedělání

Přichází pouze Charlotta. Alexander má novou práci a neuvolnili ho. Myslela si, že už mají dělat krok 2!? Objímali se, líbali a spali v jedné posteli u sebe (Charlotta dříve často spávala v obýváku na gauči, především když Alexander přišel podnapilý z hospody). Sdílí s námi, co jí pomáhá a co jí odrazuje v plnění úkolu sblížení.

Přistupujeme k nácviku kroku 2. Charlotta instruuje terapeuty, jak to má správně probíhat. Zajímáme se o konkrétní podobu kroku 3. V duchu se usmíváme. Nedůslednost nás terapeutů je dech beroucí, po rodině vyžadujeme plnění strategického imperativu nacvičovat pouze krok 1, a oni už trénují krok 3. Oceňujeme je za vážnost, s jakou berou úkoly ke sblížení a důslednost v jejich plnění. Upozorňujeme opět, že je nežádoucí postupovat příliš rychle a „ztratit tak cestu“. Sdělujeme jim, že navazující domácí úkol bude hodně těžký a že se jim možná napoprvé nepodaří jej splnit. 1/3 času nebudou dělat nic, 1/3 času budou dělat krok 3 a 1/3 času budou dělat ještě krok 2.

Lekce 3: Užitek úkolů

Ověřujeme si, zda a jak se dařilo splnit domácí úkol.

T: „Jaké vám to přineslo změny?“

A: „Určitě se nám zlepšila ta komunikace. Více spolu mluvíme. A nehádáme se tolik. Taky jsem si všiml, že Charlotta je klidnější. Tolik nekřičí a je – nezlob se na mě (podívá se na Charlottu) – milejší.“

Ch: „To ty jsi příjemnější, ne já! Zlepšil se nám vzájemný kontakt. I ty dotyky mě už tak nezúzkostňují...“

Zvídavě se ptáme na to, v jakých situacích dochází k intimitě. Hlavně prý večer. V ložnici, kde ovšem spí v jedné posteli s mladší dcerou. Vyjasňujeme si sexuální chování při krocích 1 – 3. V rámci závěrečné diskuze se terapeuti s reflexním týmem shodují, že Charlottu s Alexandrem „nemůžeme příliš ocenit“, protože nejenže řádně neplnili zadané úkoly, ale

dokonce je ještě překračovali! Úkol dostávají následující: nad krokem 3 (polibky) stráví polovinu času a zbylou polovinu času nebudou dělat nic.

Lekce 4: Plníme nebo neplníme?

Na dalším setkání se Charlotta s Alexandrem nemohou shodnout, zda „splnili“ či „nesplnili“ domácí úkol. „Ne-dohoda“ trvá celou terapeutickou hodinu, aniž by se ovšem pohádali. Neříkáme nic. Přejeme jim pěkné prázdniny.

Lekce 5: Zamrznutí

Neviděli jsme se čtvrt roku. Nabízíme rekapitulaci, a tudíž možnost si opět začít stěžovat.

Ch: „Cítím, že jsem se vrátila o krok zpátky. Nic mi nešlo... Myslím, že Alexander zase pije...“

A: „To není vůbec pravda!“ reaguje rozohněně. *„Za celé léto jsem byl dvakrát na pivu. Nic víc. Nevím, ale myslím si, že moje „pití“ je pro Charlottu jenom zástěrka. Charlotta úplně odložila plnění úkolů stranou... Spí zase v obýváku.“* Dodává smutně.

Hlavním tématem se nakonec stává problém rodinných příjmů. Alexander sice už šest měsíců pracuje, má dokonce dvě zaměstnání, ale celkový příjem nestačí. K tomu pořád splácí dluhy z podnikání, a to rodinu vysává. Na konci setkání požádáme partnery, aby si sedli proti sobě, chytli se za ruce a koukali se vzájemně do očí. Charlottě pohlédnout Alexandrovi do očí moc nejde... Oceňujeme Alexandra za přímost a odvahu k otevřenosti. Charlottě děkujeme, že po minulém přestřelení v plnění úkolu, už je obezřetnější a nenechá se zlákat předčasnými úspěchy. Doporučujeme vrátit se postupně ke kroku 1. Pak teprve ke kroku 2. A až úplně nakonec ke kroku 3.

Zároveň předpokládáme, že bude třeba rozšířit a zjemnit sblížovací postup na 5–10 kroků. Po sezení se nám v mysli vynořuje spousta hypotéz, a také otázek:

- Charlotta je v „regresi“ spokojená, drží Alexandra v šachu. To on se musí snažit.
- Charlotta trestá terapeutku, že jí nechala čtvrt roku o prázdninách na pospas.

DUŠE RODINY

- Charlotta se nedívá na Alexandra, protože by to bylo příliš zavazující, znamenalo by to, že mu odpustila a dala mu znovu šanci.
- Jsme zklamaní více my nebo rodina?
- Jak se nám stalo, že máme hypotézy hlavně o Charlottě a vypadává z nich Alexander? Jsme v tom s partnery nastejno? „Straníme“ všem stejně?

Lekce 6: Milování

O měsíc později.

Oba: „Už měsíc se spolu milujeme!“ smějí se. Oba vypadají spokojeně. Alexander víc mluví, vypadá uvolněně. Charlotta je mírně ustaraná. Má potíže s bratrem, který pije. Pokud zajde Alexander do hospody, jde Charlotta spát do obývacího pokoje. Ale dokáže se už vrátit i do ložnice. Na závěr oceňujeme manžele za změnu, kterou sami dokázali, a rozvolňujeme frekvenci sezení jednou za dva měsíce. Charlotta v diskuzi po naší reflexi sděluje, že je zklamaná a cítí lítost. Bere rozvolnění terapie jako trest. Prý chceme ukončit terapii: „...tak to jsme za půl roku zpátky! To nezvládnou...“ Terapeutický plán nemohl být jiný, než separace rodiny od terapie s nejvyšší citlivostí a pevností, jaké jsme schopni.

Lekce 7: Relaps

Charlotta žádá o souhlas se zapnutím diktafonu. Říká, že jeden měsíc to šlo, druhý vůbec.

T: „To vypadá, jako byste doma měli jakýsi vypínač intimacy? Co by to mohlo být?“

Ch: „Myslím, že je to stres. Měla jsem to teď náročné v práci, a pak ten brácha...“

A: „Řeknu to takhle, myslím, že ten vypínač je Charlotta...“

T: „Co jste dělali pro to, aby TO šlo?“

Ch: „Půjčila jsem si video „Zamilovaná zvířata“, a pak jsem přemýšlela, jak by to mělo jít za sebou, ty jednotlivé kroky.“

Charlotta odsunula líbání až na úplný konec. Máme hypotézu, že pořizováním nahrávky se manželé připravují na život bez terapie.

Lekce 8: Užijte si klid!

A: „Byl jsem na operaci. Pak dlouho doma, ale teď už normálně pracuju. Cítím se překvapivě dobře.“

Ch: „Cítím klid.“

Spí opět odděleně, Alexander v ložnici, Charlotta v obýváku. Kroky na cestě k intimitě neplní.

Oceňujeme, že doma dokázali vytvořit klid a dobrou atmosféru. Předpokládáme, že kroky k intimitě je vyvádějí z klidu. Proto jim doporučujeme „dát je prozatím do šuplíku“. Až si budou přát, vědí, kde je hledat. Ptáme se, zda můžeme takto ukončit naši terapii a zvezme je za půl rokuna katamnestické setkání. Nejistě přikyvují.

Terapeutický proces v 10 bodech

1. Nabídli jsme rodině „**slabikář na cestě k bezpečné intimitě**“. Takový terapeutický nástroj ovšem neexistuje, protože intimita je výsostně individualizované téma, a to jak se „dobře pomilovat“ nelze zobecnit. Byla to strategie anebo zrada na klientech?
2. Vyvolali jsme „**očekávání**“, že existuje způsob, jak k vytouženému cíli dojít.
3. „**Ujistili**“ jsme partnery, že tuto zkušenost už mají a nemusejí se jí obávat.
4. Nabídli jsme jim pomyslný „**džbán zázraků**“ (tvar, strukturu), do kterého mohli svá přání a touhy umístit.
5. Vytvářeli jsme prostor „**nicnedělání**“ (pole), aby si svůj džbán mohli kreativně dotvořit a dát mu tak nový, patřičnější tvar.
6. Díky tomu, že slabikář měl „**prázdné stránky**“, nešlo jednotlivé lekce (domácí úkoly) neSplnit. Šlo jen více či méně o to, jak prázdná místa „**naplnit**“ (kontraparadox).
7. Dbali jsme na „**pozitivní konotaci**“ (užitečné přerámování) dějů a procesů, které zdánlivě šly proti vytyčenému cíli. Nenechali jsme se strhnout proudem stížností.
8. S pokorou jsme zůstali věrni „**zakázce/cíli terapie**“ ve smyslu, že terapeutickým cílem je konec terapie (život je víc než terapie).

9. Naší snahou v každém okamžiku bylo podporovat „**kompetence rodiny**“ (sebedůvěru, schopnosti, dovednosti) a předcházet schraňování kompetencí u terapeutů.
10. Terapii jsme se rozhodli ukončit v okamžiku, když rodina „**věděla jak na to**“ (měla to ve svých rukou). Nečekali jsme na happyend.

A jak to bylo dál?

Po devíti letech od prvního setkání se rodina objevuje znovu, s novým tématem a v novém složení. Nejmladší dcera Katarina si podle rodičů dělá, co chce. Katarině je patnáct let. Následujících deset sezení pracujeme s celým rodinným systémem. Zažíváme rodinu v nové vývojové fázi. Objevují se témata individualizace (každá dcera je jiná), separace (starší dcera má přítele a žijí spolu), opouštění hnízda (dcery mají svůj vlastní program, nechtějí jezdit s rodiči na chatu) a také vyhlídky na prázdné hnízdo (zůstaneme tu jen my dva). Přicházíme s nabídkou vzít celou rodinu na několikadenní terapeutický výjezd, který představuje kromě sedmi sezení rodinné terapie koncentrované do čtyř dnů i intenzivní zážitky sdílení několika rodin dohromady. Nabízíme v metafoře „grandiózní finále“. Intenzivně se věnovat otevřeným tématům a podpořit rodinné zdroje, o kterých v tuto chvíli již nikdo z rodiny nepochybuje.

Zvídavé otázky na konci výjezdu... a (zatím?) i terapie

Terapeut: „*Jak jste na konci výjezdu, tedy i na konci terapie svoji rodinu vnímali?*“

Emma: „*Na konci výjezdu byla v rodině větší pohoda a sounáležitost, nikdo nebyl otrávený z přítomnosti ostatních, naopak jsme si užívali poslední chvíle v hotelu společně. Bavili jsme se u kulečnicku a fotbálku, dokonce i domluvu ohledně balení zavazadel a odchodu jsme zvládli perfektně.*“

Alexander: „*Na konci výjezdu jsem vnímal svoji rodinu jako rodinu. Jako rodinu, která má jednotlivé členy se spoustou zájmů, povinností, radostí, smutků, každý sám za sebe, ale i sdílených s ostatními členy a jako rodinu, která se ve vzájemné dohodě dokáže společně bavit, anebo společně řešit jednotlivé překážky, které přichází z venku nebo zevnitř. Uvědomil jsem*

si, že nejsme jediní, kdo má problémy, a že v tom nejsme sami. Víím, že dokonalá rodina existuje snad jen v knihách, přesto se jí ale pořád snažíme vytvářet. Někdy to zaskřípe, jindy zarachotí a v tu chvíli se pokouším přijít na to, co se vlastně děje. Co jsem udělal špatně anebo jinak, nežli ostatní očekávají? Zjišťuji, že jsou to z velké části zbytečnosti, nedorozumění a malichernosti. Pořád je na čem pracovat.“

Katarina: „Naši rodinu vnímám jako polévku. Na první pohled se zdá vše hezké. Vůně vás láká ještě víc ochutnat, ale zdání někdy klame. Když ji ochutnám, tak mi chutná, jenže ne všechny ingredience bych si sama zvolila. Každá rodina má své pro a proti a ta naše není rozhodně výjimkou. Všichni stále žijeme pod jednou střechou, každý má své starosti, a ne vždy máte doma své soukromí nebo svůj prostor. Malý prostor si žádá i větší potřebu o svůj vlastní klid a čas jen pro sebe, což není vždy snadné. Pokud se jedná, ale o něco vážného, tak se k vám rozhodně ani jeden člen rodiny neobrátil zádý. Dokonce bych naši rodinu přirovnala k seriálu Simpsonovi. Rodiče pracují, děti si hrají a studují, od každého jsou různá očekávání, ať už ze strany dětí, aby měli dobré rodiče, tak ze strany rodičů, kteří si přejí mít zdravé a chytré děti, které je budou poslouchat a nebudou s nimi problémy.

Jenže takhle je to příliš černobílé a někdy je těžké se orientovat v něčem, co tak jednoduché není. Člověk se v tom snadno ztratí jako v zrcadlovém bludišti. Myslíte si, že víte, na čem stojíte, že jste na tom správném místě, jenže potom narazíte do zrcadla a zjistíte, že se mylíte. Stejně tak je to i s námi. Někdy přijde náročná situace a každý má na věc jiný úhel pohledu. Čtyři lidé, čtyři úhly pohledu, a když si to dá člověk všechno dohromady, měl by narazit na správnou cestu z bludiště ven. Jenomže zrcadlo klame náš zrak, a tak jsme zmateni, nevíme, čemu věřit, ale i přesto věříme raději sobě, než abychom následovali slepě něčí stopu. Čím jsme všichni starší, tím je snazší zabloudit, ale protože už v tom stejném bludišti jsme všichni byli už nespočetněkrát, pokaždé je také snazší se z něj dostat a být zas na bezpečném místě. A jak jsem naši rodinu vnímala na konci terapie? Nejdřív jsem si nebyla jistá tím, že je to skutečně konec. Už od svých pěti let jsme navštěvovali rodinnou terapii, a tak se pomalu zdálo, že tu žádný konec není. Sice jsme mívali období, kdy jsme se obešli i bez terapie, ale vždy jsme se nakonec vrátili do starých, vyjetých kolejí.

Na výjezd se mi nechtělo, ale nakonec to dopadlo lépe, než jsem očekávala. Stále je tu spousta věcí, které se dají zlepšit, ale to je vždy a všude.

Každý jde svou cestou a má víc svých vlastních starostí. Základ je stále stejný, nic se nemění na tom, že jsme rodina, jen už přišel čas na novou kapitolu a menší rozdělení našich cest. Myslím si, že i přes méně společného rodinného času spolu budeme sdílet to, co budeme chtít. Dřív byla povinnost řešit vše společně, ale dnes už není potřeba do všeho zatahovat všechny členy rodiny.“

Charlotta: *„Po mnoha letech terapie jsem pochopila, že každá rodina, a tudíž ani my nejsme výjimkou, se nějak cítí a nějakým způsobem komunikuje. Naše rodina ušla veliký kus cesty. Cítíme, vnímáme, žijeme, jak umíme, ale každý svým bytostně jedinečným lidským způsobem na sobě pracujeme. Nezdá se, že by rodina fungovala lépe. Funguje jinak, protože každý je jiný než na začátku terapie, každý si ušel svůj kus cesty. Já to vnímám tak, že každý více bojuje za svá práva. Každý je větší osobnost díky terapii. Život je těžký sám o sobě a práce na sobě to nejtěžší, co se na světě může dít. Je mnoho cest, kterými jít a kam se vydat a každý má svoji možnost volby. To je to nejtěžší na celé terapii. Pochopit, že nikdo za nic nemůže a nikdo za vás nic neudělá, vše záleží na nás samotných.“*

Na naší rodině je skvělé to, že se nevzdává a přes všechny problémy se snaží držet pohromadě. To v dnešní době není moc běžné. Snažíme se stále podporovat a pomáhat druhým, občas se to neobejde bez rozepří a slziček. Záleží nám na sobě. Jednou jsme rodina a tak to bude až do smrti. Každý z nás má jiné sny, cíle, touhy a přání a každý si za nimi jde samozřejmě přes překážky, a s těmi je nutné počítat.“

Konec nekonečné terapie

„Terapeutův metalog“

Metafora „nekonečné terapie“ je příležitostí podívat se na proces proměny rodiny v čase. Proměny, která někde a někdy začíná a jinde a jindy končí. Je to jenom sekvence chronologicky plynoucího času v životě rodiny, do které jsou na chvíli pozváni jako průvodci terapeuti i se svým reflexním týmem, aby „navigovali“ bohatství zdrojů k zvládnání nejrůznějších událostí života, které rodina z různých důvodů nevidí. Obvykle se nám to daří v režimu „krátkých, na změnu orientovaných intervencí“, které netrvají déle než 5–10 terapeutických sezení.

Jak to, že s rodinou Fišerových jsme pracovali tak dlouho? Desetkrát déle, než jsme plánovali na prvním setkání! Byli jsme nešikovní? Nebo moc ambiciózní? „Zacyklili“ jsme se? Byli jsme „bezhraniční“? Kopírovali jsme rodinu, když si nevěděli její členové rady sami se sebou a my také měli pochybnosti? Jak souvisí to, co vidí rodina na konci terapie s tím, co jsme viděli my na začátku?

Vzpomínám si, jak byla Šárka „pobouřená“, když poprvé četla odpovědi na naši otázku: „Jak vidíte svoji rodinu na konci terapie?“

„Je to autentické? Jsou to vůbec oni? Není to stylizace? Nechtějí nám udělat radost, když jsme s nimi měli tak dlouho trpělivost? Vždyť oni mluví stejně jako my! To jsem si ten domácí úkol mohla napsat sama.“

Co jsme jako terapeuti dělali? Jaký rodinně terapeutický směr jsme použili? Co zafungovalo u Fišerových nejvíce? Stali jsme se „náhradními“ ideálními rodiči? Milujícími, podporujícími a přijímajícími bez podmínek? Podařilo se tím navázat léčivý terapeutický vztah? Dovolili nám na základě takového vztahu intervenovat na hluboké úrovni intrapsychických procesů? Na úrovni vnímání sebe sama, své hodnoty, svých pocitů, prožívání a tužeb? Zpronevěřili jsme se tím krátké terapii, kterou máme tak rádi?

Pomohl rodině náš terapeutický jazyk? Jazyk, který je postaven na respektu, sebeúctě, na objevování zdrojů, oceněních a pozitivním vnímání světa? To se nám nejspíše opravdu povedlo. Nabídli jsme rodině nový jazyk a rodina si s ním věděla rady. Vytvořila si svůj nový svět v jazyce, který validuje, osvobozuje, zkompetentňuje a léčí. V textu, který rodina napsala, se objevila taková slova jako: „**sounáležitost**“, „**dohoda**“, „**vzájemnost**“, „**soudržnost**“, „**podpora**“, „**možnost jít svou cestou**“, „**mít své vlastní rozdílné sny a přání**“.

Rozumí rodina obsahu těchto slov? A umí je v pravém slova smyslu „zažít“? Můžeme na chování, způsobech, výrazech, tónu hlasu jednotlivých členů rodinného systému vidět „**vnitřní změnu**“? „**Změnu druhého řádu**“?

Naprostou většinu sezení jsme pracovali s párem. Obě dcery zároveň s rodinou terapií chodily na socioterapeutické dětské skupiny a Katarina začala později docházet i na individuální psychoterapii. Charlotta ani Alexander žádnou jinou terapii nevyhledali. Dnes si myslím, že jsme částečně naplnili plán z prvního sezení. Podařilo se najít zdroje pro nové fungování rodiny i partnerského vztahu a také přestat zatěžovat děti problémy, které si mají vyřešit dospělí. Podařilo se nastavit zdravější hranice mezi subsystémy v rodině a také podporovat zdravé koalice.

Na intenzivním výjezdovém setkání v samotném závěru naší péče jsme porušili mnohé z toho, čeho jsme se téměř deset let drželi. Usoudili jsme, že nastal čas, a že prostředí v rodině je natolik bezpečné, respektující a zdrojové, že již dospělé dcery (18 a 24 let) mohou sledovat, jak se rodiče potýkají se svou bezradností právě v oblasti intimity. Charlotta měla od našeho úplně prvního setkání obavu, jaký vzor svým dcerám předává. Šest let nezažila žádnou intimitu. Tělesnou blízkost odmítala. Dcery je nikdy neviděly v objetí manžela a sexualita bylo zraňující téma. Již na prvním sezení bylo Charlottě zřejmé, že přijde den, kdy dcery „vylétnou z hnízda“ rodiny, a že bude důležité, jaké si odnesou přesvědčení o mužsko-ženských vztazích, o mužích a o ženách obecně. Pomohlo, že jsme pracovali v páru, jako muž a žena, a před rodinou otevřeně komunikovali pocity, myšlenky, očekávání i přání, která jsme sami prožívali?

Díky tomu, že jsme s rodinou vybudovali vzájemně důvěrný a bezpečný vztah, mohla se na nás rodina obracet v rozdílných fázích svého vývoje. Kdykoli hrozilo, že ztratí spojení se svými novými a zdravějšími návyky, se svým novým světem vytvářeným v novém jazyce. Období odcházení dcer z domova po dlouhé době znovu oživilo obavu, zda jako rodina všechno dobře zvládli. Rozumíme rodičům i jejich pochybnostem. Nikde se nenaučili být vzornými rodiči a přeci jimi chtěli pro své děti být. Za pochodu se učili být rodiči i partnery, a také být dobrým vzorem svým dcerám. Učili se pracovat s rozdíly a s nedostatky. Učili se měnit své postoje a návyky. Učili se respektu, laskavosti, pevnosti, porozumění a schopnosti ocenit sebe i druhé. Můžete namítnout, že Emma a Katarina byly příliš zatížené problémy rodičů, a že děti si zaslouží mít rodiče zralé. Nabízíme v našem terapeutickém jazyce jinou verzi:

„Emma a Katarina byly svědky nezdolnosti, pokory, touhy a růstu obou svých rodičů...“

Terapie, kterou nikdo nechce

Spolupráce s OSPOD

Eva Libánská, Jan Hovorka

„Na vlastní kůži“: I rodinný terapeut může mít zkušenost...

Zvonek. Běžím ke dveřím a cestou zahlédnu špinavé dětské boty. Kopnu je pod skříň, abych nemusela vysvětlovat, proč nemám čas je vydrhnout. V zrcadlových dveřích skříně zahlédnu vlastní ustrašený výraz, a když sahám po klice, uvědomím si, jak neupraveně vypadám. Určitě si toho taky všimne a zapíše do svých poznámek, jak matka o sebe nedbá. Ve dveřích stojí nevíтанá, ale ohlášená návštěva. Sociální pracovnice mě pozdraví a přidá i úsměv. Nečeká na mé pozvání a s jistotou autority vstupuje do předsíně. Stále stojím se svými strachy u dveří a vzpomatuji se až ve chvíli, kdy mi dojde, že čerstvě vytřená podlaha ještě nestačila uschnout. Její pohled na své ponožky prozrazuje, že i ona už ví o mokřých parketách. Snažím se omluvit úsměvem, bude lepší to nekomentovat, protože sociální pracovnice přece musí tušit, jak zběsile klienti před jejím příchodem cítí svou domácnost. Následujících třicet minut odpovídám na otázky týkající se dětí. Sedíme u kuchyňského stolu a pracovnice se ptá jen a jen na děti, na plány o jejich péči a výchovu, vše si pečlivě zapisuje, ani jedna otázka k tomu, proč se rozvádíme, nebo komentář, jak rozvod poznamená životy našich dětí. Přistihnu se při myšlence, že celý rozhovor vyvolává dojem, jako by jí na mých dětech záleželo. Cestou ke dveřím věnuje jen pohled do otevřených dveří dětského pokoje, a v stejnou chvíli lituji, že jsem nedostala příležitost pochlubit se před hodinou srovnaným oblečením do úhledných komínků v dětské skříně.

Když zůstanu po odchodu pracovnice sama, přemýšlím, kde se bere ten strach a předsudky k sociálním pracovníkům OSPOD⁹⁷? Čím si zasloužili pověst „Zubaté“? Jak moc právě média přispívají ke společensky sdílenému negativnímu vnímání pracovníků, kteří **chrání práva a zájmy dětí**? Jednou jsou obviňováni za to, že jednájí příliš unáhleně, podruhé zase reagují příliš pozdě, ale téměř vždy je jejich jednání podrobováno veřejné kritice. Jak potom bude klienty vnímána naše terapeutická pomoc a naše pozice v systému institucí, které o rodinu pečují? Jak můžeme terapeuticky pracovat s klienty, kterým nabízí, doporučují nebo nařizují odbornou péči tolik neoblíbení sociální pracovníci OSPOD nebo soud? Jak hluboký pak bude příkop nedůvěry klientů v rodinnou terapii či zpochybňována naše erudice?

Sdílené zkušenosti v uvedeném textu jsou výsledkem téměř desetileté terapeutické práce s klienty, kteří do terapie přicházejí na doporučení sociálních pracovníků OSPOD nebo z nařízení soudu⁹⁸. Tento text by nemohl vzniknout bez spolupráce a vzájemného respektu všech pomáhajících profesí, které společně utváří širší sociální systém rodiny. V následujících řádcích užíváním termínu sociální pracovník mám na mysli kolegy a kolegyně spolupracujících oddělení OSPOD. Ve stejném významu jsou používány termíny terapie **doporučená** nebo **nařízená**, protože i režim doporučení od sociálního pracovníka je nezřídka klienty vnímán jako nařízení, jejich slovy „nemáme na výběr.“

My vs./a Oni

Sociální pracovnice: „Pěstounem dětí je jejich babička, matkou dětí pak její dcera. Problém se táhne dlouhá léta, ale teď se situace ještě zhoršila, matka chce děti vidat, když se jí to hodí, kdykoliv si vzpomene, je v tom velmi impulzivní. Matka v minulosti užívala návykové látky, domnívám se, že v tom pokračuje, ale odmítá o tom mluvit, o léčbě nechce ani slyšet. Babička jí nechce bránit, ale neví, kdy je to dobré, aby ji pustila dál za dětmi.“

Terapeutka: „Jak reagují děti na její návštěvy?“

97 Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)

98 OSPOD může formálně svým klientům terapii doporučit, soud klientům terapii nařídí.

Sociální pracovníce: „Překvapeně, nebo se bojí, nechápou, proč někdy zůstane jen pár minut a sama odejde, jindy naopak zůstává i několik hodin a nechce odejít, babička jí musí vyhodit, aby mohly jít děti spát. Jsou dny, kdy ji babička nepustí do bytu vůbec, když se jí nelíbí, v jakém stavu za dětmi přijde, nebo se bojí nechat je s matkou o samotě.“

Terapeutka: „Jak má matka soudem upravený kontakt s dětmi? Nebo o tom rozhoduje babička a z dobré vůle jí vždy otevře dveře a kontakt umožní? To asi bude složitá situace, musí být těžké, aby se v tom děti vyznaly. Potřebuje v tom babička naši pomoc? Nebo děti? Či celá rodina?“

Sociální pracovníce: „Samozřejmě je soudem stanovený kontakt dětí s mámou, ale ona to nedodrží, neví, jaký je den, vůbec nechápe, proč by nemohla vidět své děti, kdykoliv se jí zachce. Přichází dezorientovaná, pod vlivem drog, močí venku před domem. Když ji babička nechce pustit dounitř, matka křičí jako na lesy a hádá se s babičkou, vyčítá jí, že jí sebrala děti. Tohle vidí a slyší nejen děti, které se pak za matku stydí, ale také se jí bojí.“

Terapeutka: „Tohle je samozřejmě velká výčitka a konflikt mezi matkou dětí a její vlastní matkou, která jako pěstounka přebrala zodpovědnost. Pečuje o vnoučata místo své dcery, možná s vnitřním pocitem viny, co sama zanedbala něco v péči o svou dceru. Komu jste doporučila terapeutickou péči u nás?“

Sociální pracovníce: „Poslala jsem k vám babičku a děti. Ale babička nechce ani slyšet o tom, že by u rodinné terapie mohla být i její dcera, matka dětí. Chce děti před ní chránit. To asi není v zájmu dětí dobré, aby slyšely hádky a výčitky mezi matkou a babičkou.“

Terapeutka: „To už stejně slyší. U nás bychom je v tu chvíli mohli alespoň chránit a dát jim naději, že s tím zmatkem a strachem kolem nich dospělí něco udělají. Myslím, že z toho nemůžeme matku úplně vynechat, jakkoliv chápou všechny obavy babičky. Když bychom pracovali jen s nimi bez matky, posilovali bychom jejich koalici proti matce. A dávali jim zprávu o tom, že se před mámou musí chránit, což by jejich strach z ní pravděpodobně jen prohloubilo.“

Sociální pracovníce: „Ale matka se odmítá léčit, pořád chodí za mnou, abych s tím něco udělala, že je jejich máma a má právo své děti vidět, protože babička přece není jejich máma. Já bych moc přála matce, aby neztratila o své děti zájem, ale aby si taky uvědomila, že musí udělat

víc než se jen dožadovat svého práva. Když se spolu bavíme, tak je mi čím dál tím jasnější, že nejvíc potřebuje vaši pomoc máma.“

Terapeutka: „Tak si s ní o tom povídejte, co by jí to mohlo přinést, když k nám bude docházet na terapii. Řekněte jí to ze své strany, jaký to bude mít podle vás vliv na její právo vidat děti a také přání vidět je kdykoliv se jí zachce. A já si s ní budu povídat o tom, jak je důležité, aby se jí děti nebály a jak to ona může ovlivnit.“

Terapeutický kontrakt

Při terapii s klienty věnujeme nemalé úsilí definovat si společně terapeutický kontrakt neboli cíl terapie. U rodin, kterým terapii doporučuje OSPOD nebo nařizuje soud, je pak obtížné hledat takový cíl se samotnými klienty, protože **zakázku**, tj. potřebnou změnu, primárně stanovuje právě strana odesílající rodinu do terapie, hovoříme o **zakázce třetí strany**.⁹⁹ Samotní klienti často problémy popírají ve snaze zabránit negativnímu vnímání jejich rodinné situaci sociálním pracovníkem, rodiče se cítí ohroženi a mají obavy z restriktivních opatření, pokud by přiznali problémy, které oslovuje OSPOD. Nechtějí vydefinovat potřebnou změnu, nejčastěji odbornou pomoc odmítají se slovy „*My nic nepotřebujeme!*“, zlehčují nebo přehlíží své problémy a jejich dopad na děti. Často nesmírně složitá situace rodiny nám na počátku zamotává hlavu, a proto je nezbytné mít jako světlo majáku v dáli na zřeteli a na mysli změny, které potřebujeme podpořit **terapií v zájmu dítěte**.

Valerie a Tonda

V náručí pyšná maminka drží spící osmiměsíční miminko, její úsměv končí tam, kde začíná modrofialová podlitina na tváři, na které uvízne můj pohled. Matka si toho všimne a rychle reaguje:

Valerie: „Nemyslete si, že bych se nechala bít, já mu to vždycky hned vrátím!“

Terapeutka: „A v jaké chvíli se to stává?“

99 Skorunka, D.: *Povolání: Rodinný terapeut*. Psychoterapie, roč. 10, č. 1, 36–50, 2016.

Valerie: „Jedině při hádce! Ale já se nedám jen tak. To byste měla vidět!““

Terapeutka: „A vidí to vaše dcera?“

Valerie: „To je hodné děčko, ta pořád spí, a když je vzhůru, tak kouká na jednoho a pak na druhého, ale ani nemukne.“ Zálibně se dívá na spící dceru, jako by čekala, že spánek potvrdí její slova.

Terapeutka: „Říkala jste, že při hádce padne i facka, takže vždycky, když se hádáte, máte štěstí, že dcera spí?!“

Valerie (velmi hlasitě): „No, někdy ji to probudí, ale ona ani nedutá!“ Je pyšná na malou dceru, která nezasahuje do hádek rodičů.

Tonda: „Ta baba (sociální pracovnice) vůbec neví, jak to u nás chodí! Vůbec nás nezná, ale hlavně kecá do toho, co máme a nemáme dělat. Kdyby tak dělala pořádně svou práci a postarala se o nás! Na dveřích má ceduli „Péče o dítě“, ale bydlíme v malém plesnivém bytě! Kdyby nám dali pořádný byt, tak se nemusíme tolik hádat! To je péče o dítě, jak se ona stará? A jak se stará o dítě stát?!“

Valerie: „Ale kdybys tolik nepil, tak by ti to tak nevadilo. Seš naštvaný a křičíš, aby tě slyšeli všichni sousedi, a také až na sociálce.“

Tonda: „Taky jsi dříve chlastala víc, jsi naštvaná, že teď nemůžeš, ale já můžu chlastat, kolik chci.“

Terapeutka (k matce): „Vy jste omezila pití kvůli dceři?“ Valerie přikyvuje.

Valerie: „Ale když si Tonda dá, tak je z toho vždycky hádka. Při hádce lítají i facky, ale to je u nás normální. Tonda má pravdu, kdyby ta ženská (sociální pracovnice) věděla, že to je normální, když spolu mluvíme, tak by nás sem vůbec neposílala. Řeknete jí to?“

Terapeutka: „A proč jste sem vlastně přišli? Víte, kam vás kolegyně z OSPOD poslala?“

Valerie: „Myslí si, že mě Tonda bije, to...no, domácí násilí říkala.“ Tonda jí skočí do řeči.

Tonda: „To není pravda! Ona mě taky bije a nikdo tomu domácí násilí neříká! Je to u nás normální ko-mu-ni-ka-ce.“ Velmi pomalu slabikuje poslední slova, upřeně na mě hledí ostrým pohledem, kdybych tomu, co říká, že je u nich doma normální, náhodou nerozuměla.

Tato fáze trvá často i dlouhé měsíce, než společnou práci terapeuti i s pracovníky OSPOD oba rodiče přesvědčí a získají jejich motivaci k terapii

a pozornost k potřebné změně. Největší nárok na změnu obvykle směřuje do prostoru partnerských a rodičovských vztahů. Oba vztahy nejvíce ovlivňují rodinné prostředí, výchovu a atmosféru péče o **rodinný poklad**, o děti. Předpokládáme, že když se změna podaří v tomto vztahovém prostoru, vždy se to projeví na **zájmech a potřebách dítěte**. Ale jak předat tuto důvěru rodičům, kteří se ve strachu z možných důsledků terapeutické pomoci brání? Jsou často v hlubokém partnerském konfliktu, nekomunikují spolu, nebo se už i rozešli? Nemají kapacitu nebo schopnosti dát svým dětem to, co potřebují?

Mluvíme spolu

Terapeut: „Já bych chtěl kolegyně a kolegy inspirovat, že to jde!“ Přemýšlí: „Tady nám to nevyšlo, tady to nešlo, tohle nedopadlo úplně dobře.“

Terapeutka (smích): „Nejvíce jsme se nadřeli a také naučili z naší frustrace, že nám na začátku nefungovalo vůbec nic, co jsme uměli, znali a dělali s jinými rodinami. Zjistili jsme, že musíme používat něco jiného, měnit svůj styl, svůj přístup, své metody, techniky, měnit své postoje. Přijmout OSPOD jako svého partnera, a ne jako represivní složku a „Zubatou“. To změnilo nás.“

Terapeut: „Já beru takovou práci jako úzdravnou pro nás. „Držte si takovýhle Kropáčkovi!“ Všude jsou Kropáčkovi, i když tak ze začátku nevypadají, vůbec nevypadají. Vypadají jako všichni ostatní, kde to vypadá s nimi špatně, ono to tak zpočátku vypadalo. To že se vůbec nehádali, nevypadalo vůbec přívětivě. Ale my jsme se na začátku neměli čeho chytit.“

Terapeutka: „Jedno z překvapení bylo, když jsme se Valerie s Tondou zeptali na intimitu a sex a oni řekli: „To je v pořádku, to nám funguje!“ To při práci s rodinami se závislostí téměř neznáme. V závislých rodinách je primárně nabouraná intimita a čichové vjemy spojené s alkoholem nabourávají láskyplné vztahování se k sobě a stávají se často stigmatem a ohrožením. Partneři jsou na sebe kvůli alkoholu „alergičtí“. V případě Valerie a Tondy jsme jejich verzi funkčního milování úplně nevěřili, ale řekli jsme si, že s tím budeme pracovat ve verzi pravdy, kterou nám předkládají oni.“

Terapeut: „Další podstatnou skutečností je, že jim věříme. Zároveň pracujeme s výjimkami. To, co rodiny vyprávějí, samozřejmě nikdy není absolutní, vždycky tam je prostor pro výjimky a odlišnosti. Jsou pro nás terapeuty také inspirací, abychom sami v sobě pracovali s výjimkami. Va-

lerie s Tondou vyrostli z bahna našich frustrací, a ne dobře dopadajících věcí. Jsou pro nás majákem.“

Terapeutka: „Vždycky si vzpomenu na Harlene Anderson, která mě tolik inspirovala: „Rodina v rodinné terapii nemůže nedělat změnu.“ Pokud tuto větu plnou záporů významově pochopíme, dostaneme víru, že změna se děje vždy. Otázkou jenom zůstává, jaká změna. Není to vždy naplnění zakázky OSPOD, často rodina skepticky přiznává, že se nic nelepší, ale pracujeme s premisou, že když rodina prochází rodinnou terapií, vždy se nějaká změna děje.“

Terapeut: „Když jsme začali pracovat s Valerií a Tondou, můj předpoklad byl, že bych téhle rodině nikdy nepřisoudil humor nebo lehkost. Stejně jako bych sobě nepřisoudil velkou naději a šanci pro změnu. A ona tam byla, někde úplně na dně. Stejně tak bych ale uvažoval o naději či humoru, že tam prostě nemůžou nebyť. Jenom se může stát, že je jako terapeuti, stejně jako rodina sama, v danou chvíli nevidíme. Neexistuje rodina bez naděje. Neexistuje rodina, která se nemění.“

Když zvládneme dobře nastavit postoje na všech stranách na ose terapie-rodina-OSPOD, tak se u klientů ochota ke změně, kterou může terapeutický proces podpořit, hledá snáze. Všechny části širšího systému se vzájemně ovlivňují, a proto se postoj a důvěra nachází na jedné ose. Každá terapeutická intervence je vedena podle toho, jaký postoj máme jako terapeuti ke spolupráci s širším systémem rodiny, který tvoří všechny zapojené subjekty. Irská rodinná terapeutka Imelda McCarthy, autorka konceptů a technik práce při nařízených terapiích, které jsme popsali v kapitole 4 („Commissioning Diamonds“ a „Space of the Fifth Province“) zdůrazňuje, že **celek je důležitější než jeho části a každá část má význam pouze vztahujeme-li její význam k ostatním částem nebo k celku**. Tento náš vnitřní postoj je nepostradatelnou podmínkou k vytvoření spojenectví mezi terapeuti, sociálními pracovníky a klienty pro vznik „Páté provincie“, který je metaforickým „posvátným prostorem, kde se mohou dít nevšední a nepředstavitelné věci“¹⁰⁰.

100 McCarthy, I.C.: *The Fifth Province, Imagining a Space of Dialogical Co-Creations!* Context, 2010.

Od intervence ke konverzaci

Terapeut: „Vzpomínám si na tátu, jehož nedůvěřivé nastavení bylo zároveň klíčem k získání jeho důvěry. Jeho jedenáctiletý syn odmítal pravidelný kontakt s tím, že se „táta musí zlepšit“. Už první maily otce byly silně konfrontační a napadající způsob, jakým pracujeme: „Nezvedáte telefon (mimo provozní dobu). Nenabízíte vhodný termín setkání (klient na služební cestě). Nevyužíváte moderní technologie pro komunikaci (on-line). Nejste odborníci a profesionálové!“

Terapeutka: „U něj bylo tohle odmítavé chování hodně silné a nedůvěra hodně hluboká. Nelekla jsem se toho a podpořila jsem jeho nedůvěru i s ní spojené emoce s tím, že má právo si na nás stěžovat. Napsala jsem mu postup pro podávání stížností a ujistila ho, že se náš vedoucí bude jeho stížností zabývat.“

Dobry den,

v pátek jsem potvrdil dnešní schůzku. Do této chvíle jsem nedostal žádnou vaši odpověď. Dnes jsem vám volal na pevnou linku i mobil a nikdo se neozval. Prosim o telefonní číslo na vašeho vedoucího, ať prošetří, zda je vaše jednání standardní.

Děkuji. Novák 19. 7. 2021 9:04:43

Dobrý den, pane Nováku,

děkuji za vaši reakci na nabídku úvodního termínu schůzky 19. 7. , bohužel došlo k nepochopení, že očekáváte on-line setkání. Omlouvám se. Ráda bych si s vámi domluvila novou schůzku, tento typ úvodního setkání trvá 50 minut a s výhodou by bylo, že proběhne osobně. Jedná se o důvěrné a osobní informace a k případné komunikaci formou videohovoru potřebujeme předem váš písemný souhlas. Což v praxi znamená, že s klienty v naší dlouhodobé péči dle potřeby komunikujeme on-line, ale vždy po předchozí osobní domluvě. Chápu, že jste v zahraničí, a pokud víte datum vašeho návratu do ČR, můžeme si domluvit osobní schůzku až po tomto termínu.

Pokud jste s tímto postupem nespokojený, máte plné právo si stěžovat u ředitele organizace. Celý postup vyřizování stížností je také popsán na našich webových stránkách. Na vyřízení vaší stížnosti je 31 dní, pan ředitel se bude vaší stížnosti věnovat hned po návratu z dovolené, dovolenou čerpá 2 týdny od dnešního dne. Děkuji za pochopení.

Budete-li potřebovat další upřesňující informace, prosím neváhejte se na mě obrátit, ráda vám budu k dispozici. S přáním hezkého dne Mgr. Eva Veselá

19. 7. 2021 10:34

Terapeut: „Byl pan Novák agresivní?“

Terapeutka: „Bohužel byl. Byl verbálně agresivní. Nejen, že si stěžoval, ale také vyhrožoval. Vyhrožoval sociálním pracovníkům, soudům, advokátům, matce syna, nevědomě i svému synovi. Uviděla jsem v tom jeho způsob komunikace, který jsem si pracovně nazvala „obrana útokem“. Jeho nedůvěra se proměnila ve strach a také v pocit bezpráví z jednání institucí vnějšího světa.“

Terapeut: „A co jsi udělala, že se jeho primární nedůvěra nakonec začala snižovat?“

Terapeutka: „Projevila jsem nejen pochopení pro jeho nedůvěru, ale i potvrdila jeho právo se zlobit a stěžovat si. To pravděpodobně dříve nezažil. Osm let soudních sporů s matkou o péči a kontakt se synem, osm let pocitů křivdy, bezmoci a bezpráví. I soudkyně už z toho byla nervózní, když jí přistála na stole další otcova stížnost.“

Terapeut: „Zažil tolik vymezování a odmítavých reakcí okolí. Nejspíše musel být na počátku zaskočen a překvapen podporou i pochopením z naší strany. Upřímným pochopením. Před časem se začal před soudy hájit sám, protože se rozhádal se svým právníkem, údajně neměl pro něj pochopení a dělal svou práci špatně.“

Terapeutka: „Během terapie to byl velký obrat. Nejen, že na sezení přišel, ale také naslouchal, byl otevřený a sdílný, učil se trpělivosti v dialogu se synem i s jeho matkou, ovládal své emoce, a dokonce pracoval se zpětnou vazbou od syna, od matky i od nás.“

Terapeut: „Začal vymýšlet zábavný program pro syna, zajímat se o jeho koníčky, kupovat a hrát s ním společenské hry, dokonce s ním hrál i fotbal. Kouzelná změna.“

Terapeutka: „Zapomněl jsi na řízky! Dali jsme mu za domácí úkol zjistit si od matky recept na řízky, aby „byly jako od maminky“. Stal se úplný zázrak! Najednou jsme se všichni ocitli v „Páté provincii“, v posvátném prostoru, kde se mohou dít neuvěřitelné a nepředstavitelné věci, jak říká Imelda McCarthy. I kolegyně z OSPOD se nás ptala, jakým zázrakem se nám podařilo přesvědčit tatínka, aby stáhnul žalobu, kterou podal u soudu před půl rokem. Své stažení odargumentoval tím, že teď nepotřebuje soud, bude si kontakt se synem domlouvat na terapii. A přitom jsme s ním na terapii o žalobě ani jednou nemluvili.“

Terapeut: „Ale změnu nezpůsobil jen otec, taky matka se naprosto proměnila. Udělala místo pro „otce“, dříve všechno dělala sama, organi-

zovala, pečovala, dělala první poslední, vymýšlela zábavu. Byla z toho unavená a vyčerpaná s tím, že na otce není spolehnutí a musí všechno zajistit sama. Co myslíš, že ovlivnilo její změnu?“

Terapeutka: „Ocenění. Tvoje mužské ocenění jejich schopností organizovat zajímavé výlety pro syna, udělat s ním úkoly a při tom i uvařit teplou večeři. Chválil jsi ji, jak zvládá péči o syna i svoji kariéru, jak je dobrá máma a dokáže být úspěšná i v práci.“

Terapeut: „Mě se zase líbilo, jakou dostávala ženskou podporu od tebe. Aby myslela na sebe, na svoji zábavu a volný čas, a také na lásku. Tím jsme ji pomohli něco ze svých každodenních povinností pustit. Začala přemýšlet, o co se může podělit v péči o syna s otcem. Musela mu ovšem začít i znovu důvěřovat.“

Lepší už to nebude

Sociální pracovnice nás kontaktovala s dotazem, zda máme kapacitu pro práci s rodinou se soudním dohledem¹⁰¹. Doprovází již několik let a v posledních měsících se napětí mezi rodiči výrazně zhoršilo. Jejich hádky a domácí násilí mezi nimi ohrožují syna, otec byl v posledním roce již dvakrát vykázán policií z domu. Vyjednáváme spolu, jaké informace má kolegyně sdělit rodičům o našich službách a předat jim kontakt pro objednání na úvodní setkání s tím, že je péče pro ně u nás vyjednávána a že jsou očekávání.

Rodiče osmiletého syna Maxe, který jim v batolecím věku vypadl z okna bytu ve čtvrtém patře, byli po pádu syna podmíněčně odsouzeni za zanedbání péče. Matce byla nařízena ústavní protialkoholní léčba a úspěšně od té doby abstnuje. Doporučení sociální pracovnice na rodinnou terapii oba přijali bez odmítání, ihned se objednali na vstupní pohovor a začali docházet každý měsíc na pravidelná setkání. Přicházeli i se synem, který si během sezení hrál na terapeutickém pískovišti, odmítal sedět s rodiči a zapojovat se do verbální části terapie. Během sezení si Max prohlížel vybavení pracovny, s dětskou zvědavostí prozkoumával terapeutickou místnost i všechny hračky, které byly v dispozici, případně se zabavil svojí

101 Soudní dohled na výchovu nezletilého je výchovné sankční opatření, které nařizuje soud v případě, že péče rodičů o dítě je nedostatečná, ale svým charakterem nemusí být dosud nařízena ústavní výchova.

vlastní. Hru přerušil jenom tehdy, když zatoužil hračku ukázat i terapeutům. Usiloval o kontakt především s mužským terapeutem. Jan i Dana docházeli pravidelně, vždy včas, ani jednou se neomluvili, nikdy termín terapie nevynechali. Za deset let spolupráce s doporučenými a nařízenými klienty jsme neměli poctivější a spolehlivější klienty v docházce na terapii.

Obtížnější pro rodiče bylo formulovat terapeutickou zakázku pro rodinou terapii. Obvyklou zakázkou bývá změna, ale jejich zakázka byla opačná, aby se nic nezměnilo. Jakou máte představu o tom, proč jste tady? „*Nechceme přijít o syna.*“ Ale jak to můžete ovlivnit jako rodiče? A jak vám v tom může pomoci terapie? Dokázali mluvit o tom, co vadí „sociálce“, obtížně hledali slova pro to, co by mohli nebo dokonce chtěli pro zachování syna ve své péči, udělat nebo změnit oni sami. S bezmeznou otevřeností mluvili o tom, co měli na srdci i na jazyku, bez ohledu na to, co Max uslyší. Ujistili nás, že neříkají nic, co by syn neslyšel i doma. Mluvili otevřeně o nekonečných hádkách, Dana o alkoholu Jana, Jan o náladovosti Dany, o policii, o vzteku a nenávisti, o vzájemných provokacích.

Když přišla po šestnácti měsících Dana na sezení gravidní a začala popisovat intimitu s manželem jako znásilnění, tak jsme se i přes její opakované ujištění, že „syn zná pravdu“, rozhodli pracovat jen s rodiči. Poctivě jsme hledali zdroje pro léčbu jejich partnerského vztahu plného výčitek, křivd a obviňování. Citlivě jsme oslovovali každý náznak vzájemnosti mezi nimi, nešetřili oceněním, když jsme uslyšeli pozitivní slovo jednoho o tom druhém. Učili jsme je naslouchat si, všímat si i maličkostí, které signalizovaly dobrý skutek nebo alespoň snahu. Oslovovali jsme jejich lidské touhy a přání, pomáhali hledat jejich vlastní sebehodnotu, pošlapanou vzájemnými urážkami. Naše terapeutická doporučení rodiče nenaplňovala, s domácími úkoly nepracovali, a přestože jejich intenzivní hádky přetrvávaly, vždy dorazili společně na další sezení. Nevzdávali jsme se naděje na zlepšení ani po osmnácti měsících terapie, při které nám hlavně Dana dávala najevo, že „lepší už to nebude“.

Dana: „Kdybys přestal chlastat, tak sem nemusíme chodit.“

Jan: „Víš, že to není pravda, tak to pořád neopakuj. Občas si dám pivo, ale to není nic ve srovnání s tím, jak mě provokuješ.“

Dana: „Já? To ty jsi si hrubý! A sprostý.“

Jan: „Hulákáš na mě, jen co přijdu domů.“

DUŠE RODINY

Dana: „Kdybys nechlastal a nebyl na mě hrubý, tak bych se nemusela vztekat. Ty jsi se mnou praštil o zed'. Řekla jsem to i tomu policajтови, co přijel.“

Jan: „Kdybys mi nedala facku, tak do tebe nestrkám.“

Terapeut (nakloní se k Daně): „Vzpomněla byste si, co vás vedlo k tomu, dát manželovi facku?“

Jan (vloží se do rozhovoru): „Vždycky to začne tím, že mi dá facku. Ona ví, že to si nenechám líbit.“

Terapeutka k Daně (s údivem): „Vždycky? Nikdy na vás nesáhl manžel první?“

Dana (pohybem hlavy a s téměř nezmatelným úsměvem doprovodí své): „Ne.“

Ani po dalších šesti měsících terapie se nám nepodařila restrukturační dysfunkčních transakčních vzorců mezi partnery. Ale nejtěžší moment celé spolupráce byl teprve před námi. Předání zprávy sociální pracovníci, která požádala o sdělení ke spolupráci rodičů v průběhu terapie, jejich motivovanosti ke změně a vhodnému prostředí pro výchovu syna a očekávané dcery. Pokud jsme v kontaktu s klienty, je obsah zprávy vždy tématem našeho společného sezení s klienty. Usilujeme především o jeho transparentnost. Zprávu i celou terapii, jsme opakovaně podrobovali supervizní práci. Bolelo nás u srdce napsat o tom, co od rodičů slyšíme, nechtělo se nám do toho, prožívali jsme smutek i soucit. Supervizor nám pomohl unést naše tíživé pocity, zklamání z terapeutického neúspěchu a podpořil naši profesní a zákonnou zodpovědnost za **zprávu v zájmu dítěte** z hlediska jeho dlouhodobého zdravého psychického vývoje¹⁰².

Terapeut: „My vám řekneme, co bychom rádi napsali do zprávy a taky to, co je pro nás těžké tam napsat. Ale ještě před tím, bychom od vás rádi slyšeli, co se podle vás změnilo během naší spolupráce?“

Dana (nadskočí s upřeným pohledem k nám): „Jen tam hezky napište pravdu. Jen to tam všechno napište, jak se ke mně chová! Chlastá a bije mě.“

Jan (smutně s leskem v očích): „Vezmou nám ho! Přestaň si vymýšlet!“

102 Rodina a dítě: Sborník stanovisek veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2007.

Dana: „A co ty prázdné láhve pod tvým psacím stolem? Přejde domů a rovnou si sedne k počítači.“

Jan: „Divíš se?! Jen, co vejdu do dveří, začneš na mě křičet. Nestačím si ani sundat boty a ty spustíš. Neodpovíš mi ani na pozdrav, tak se nediv, že jdu rovnou k tomu stolu. Dvě. Byly tam včera dvě prázdné láhve od piva.“

Dana: „I ten kluk to vidí!“

Jan: „Protože za mnou hned přijde, chce si vedle mě udělat úkoly. Pomáhám mu víc s úkoly než dřív, ale ty sis toho ani nevšimla.“

Dana (dívá se z okna): „To snad děláš pro něj, ne pro mě. Je to přece i tvůj syn.“

Terapeut (k Janovi): „To bychom do zprávy rádi napsali, protože jsme viděli, jak hezky se Jane chováte k Maxovi, když jste byli u nás všichni společně. Nešlo nevidět, jak mu pomáháte s oblékáním, jak klidně a trpělivě jste se k němu obracel, i když se dožadoval vaší pozornosti uprostřed dialogu s námi.“

Dana (naštvaně): „Jo, ale doma hned vybuchne a na Maxe křičí.“

Terapeutka (k Daně): „Taky bychom tam rádi napsali o tom, jakou vaši péči o syna jsme tady viděli. Vždy jste mu Dano přinesla pití i něco dobrého, aby se tady měl s námi dobře a mohli jsme si společně povídat.“

Terapeut: „Určitě do zprávy napíšeme o vaší dochvilnosti a poctivosti v docházce na terapii, o vaší otevřenosti a upřímnosti, o vaší ochotě společně na změně pracovat. A opravdu těžké pro nás je napsat, že v tom, jak spolu komunikujete, zlepšení nevidíme a že od vás slyšíme, jak se doma bavíte ještě hůř než dřív. A také že do vašich hádek vstupuje i Max, aby vás střídavě před tím druhým vlastním tělem chránil.“

Společná supervize

Největší vliv na naši práci při nařízených terapiích má supervize, přesněji společná supervize i se sociálními pracovníky. Supervize je prostor, kdy pracujeme i s informacemi, které se dozvíme od sociálních pracovníků, nikoliv pouze od klientů. Není pochyb, že nás ovlivňují. Vytvářejí sociální konstrukce v jazyce, předpoklady, ale také předsudky. Důležité je tyto informace umět přerámovat a integrovat do našeho myšlení tak, abychom je dokázali využít pro práci s našimi klienty při hledání motivace, budování důvěry nebo podpore ke změně.

Harlene Anderson nám připomněla, jak velká je touha pomáhajících profesí lidem „pomáhat“, a jak snadné je ztratit nadhled a pod rouškou pomoci začít „páchat dobro“. To k cíli obvykle v terapiích nevede, a už vůbec ne v terapiích nařízených třetími subjekty. Supervize nám pomáhá být dostatečně hluboko a součástí procesu, autenticky prožívat vztahy s klienty, ale současně mít profesionální nadhled a sebereflexi. Příběhy našich klientů nás nejednou vzaly za srdce, v očích pálily slzy nad jejich osudy, mnohokrát jsme prožívali bezmoc, bezradnost a pochybovali o svých schopnostech i smyslu nařízené terapie. Supervize nám pomáhá uchovat si zdravou mysl i nadhled. Supervizor nám často říká: „Nemůžete pomoci všem.“, „Nemůžete zachránit každého.“, „Můžete svým klientům změnu přát, ale nemůžete ji udělat za ně. To musíte nechat na nich.“

Supervizor: „Uděláme si soupisku témat. Máte v hlavě nějaké téma? Bylo by fajn pokoušet se z konkrétních témat vycytat něco obecnějšího, principy dobré praxe a dobré spolupráce, abychom s tím byli sami co nejvíce spokojeni, protože jednotlivé případy jsou samy o sobě těžké a terapeuticky obtížné. To bude dobrý cíl našich společných setkání.“

Sociální pracovnice: „Jsem Radka, sociální pracovnice a mám na starosti děti v pěstounské péči. Chtěla bych se zeptat, jak se daří spolupráce s několika dětmi, které jsem k vám před časem doporučila. Chtěla bych vás také požádat, jestli byste nezavolali rodičům Tomáška Nováka, který k vám dříve chodil, má to teď doma ale opravdu těžké a smutné.“

Sociální pracovnice: „Jsem Martina a na OSPOD pracuji krátce, teprve dva roky, začínala jsem na náhradce¹⁰³. Chtěla jsem se domluvit, jak motivovat rodiče, kteří k vám docházeli a z nějakého důvodu přestali. Chtěla bych s vámi mluvit o tom, zda si s rodiči můžeme společně všichni domluvit schůzku, jestli by to věci pomohlo.“

Supervizor: „A nějaké obecnější téma?“

Sociální pracovnice: „Teď zatím ne, ale třeba to z toho nějak vyplyne.“

Terapeut: „Jsem Petr, rodinný terapeut, a protože pracujeme ve dvojici, tak jsem přestal rozlišovat mezi rodinami doporučenými z OSPOD či nařízenými soudně a těmi „ostatními“. Už se nelekám, že k nám do ordinace přijde zase nějaká neřešitelná „složitost“. Uvědomuji si, že teď

103 Náhradní rodinná péče je poskytována dětem bez rodiny nebo dětem, které nemohou být z různých důvodů vychovávány ve své původní rodině.

máme dvě rodiny, které bereme jako „zázračné“. Jsou to rodiny, kde se terapie daří. Tak nevím, jestli se tomu nevěnovat, když se nám konečně něco daří“ (všichni se smějí).

Supervizor: „Ano, to sem patří. Je to vzácná příležitost sdílet, jak se to povedlo, že se stal zázrak. Především proto, abychom nežili pořád jenom ve skepsi, a mohli společně sdílet úspěchy.“

Terapeut: „No, můžeme to určitě společně zkusit.“

Terapeutka: „Jsem Simona a pracuji nejvíc jako rodinná terapeutka. Mám dotaz, který mě napadl při práci s maminkou v individuální péči, kde je také nařízena péče s ohledem na dítě, které má v pěstounské péči. Zajímá mě, jestli pracovníci OSPOD mohou dát do podmínek spolupráce s rodinou abstinenci. Zda je to v jejich kompetenci, a pokud ano, tak jaké má případné porušení abstinence důsledek pro rodiče a pro rodinu, a také pro dítě. A jak se také dozvíte, zda rodič abstinenci dodržuje?“

Terapeutka: „Jmenuji se Natálie a jsem rodinná i individuální terapeutka. Vedu program dětské skupiny a zajímalo by mě, jak sociální pracovník pozná, že rodina nebo dítě chodí do terapie. Kromě toho, že se to dozvíte od nás nebo od rodiny. Jestli to je z vašeho pohledu někdy na rodině vidět?“

Sociální pracovnice: „Jmenuji se Petra, jsem sociální pracovnice a potřebovala bych mluvit o rodině, která k vám dochází už dlouho, či spíše „měla by docházet“, ale vždycky chvíli chodí a pak přestanou. Před časem jsem už o nich s vámi mluvila. Uvědomuji si, že se to po terapii hodně zlepšilo. Ale teď to zase nefunguje. Tak co s tím?“

Sociální pracovnice: „Jmenuji se Alena a mám ve vaší péči hned několik klientů, dětí i celých rodin. Dnes bych se chtěla zeptat na Honzu, který k vám dochází do dětského programu už opravdu dlouho, bude to víc než sedm let. Brzy bude zletilý a mám zvědavost, jak to s ním bude dál, zda může čerpat u vás terapeutickou péči, která byla kdysi dávno doporučená. Teď už to je asi všechno jinak a moc mu to svědčí. Zletilost se toho ale hodně formálně změní.“

Terapeut: „Jsem Michal a moc jsem se sem těšil, pracuji hlavně s rodinami. Přinesl jsem téma, které jsem si nazval „triáda“: Jak můžeme jako terapeuti u některých rodin spolupracovat s vámi, sociálními pracovníky aktivněji a více než, že se potkáme na supervizi?“

DUŠE RODINY

Supervize není o hledání řešení, ale více cílí na naše postoje, pre-koncepty, emoce a pocity. Pro hledání řešení si necháváme prostor na případových konferencích, do kterých jsou zapojováni i další odborníci z okolí péče o děti nebo rodinu, a které organizují sociální pracovníci. Při supervizi budujeme prostor, který je naplněn pochopením, protože sdílíme podobné frustrace, sdílíme podobné stesky, a v posledních letech i radosti z úspěchů. Hledáme inspiraci a odpovědi třeba i na nevšední otázky, které nás nutí přemýšlet jinak. Při supervizi se vzájemně učíme, kultivujeme společný jazyk, dělíme se o své myšlenky a úvahy, oslovujeme domněnky a hypotézy. Nacházíme podporu a budujeme důvěru. Měníme se. Pro naše klienty, abychom je více pochopili, abychom jim lépe rozuměli, abychom jim pozorněji naslouchali, abychom jim byli lepšími průvodci na cestě za změnou.

(Zvláštní poděkování kolegům a kolegyním z OSPOD na městské části Praha 2 a Praha 4, bez jejichž profesionality, odvahy, trpělivosti a ochoty se měnit, by desítky našich společných dětských klientů a jejich rodin nepoznaly lepší časy.)

Transgender fenomén v rodinné terapii: „Vždyt' jsem si hrál s autama“

Jitka Počarovská, Zdeněk Macek

Rodová / pohlavní nekonformnost

Týká se dětí, které nesplňují rodové stereotypy, příslušející k jejich rodu. Rodové stereotypy jsou soubory vlastností a způsobů chování, které určitý společenský normativ přiřazuje stavu být chlapcem nebo dívkou, mužem nebo ženou. Tyto stereotypy se v čase vyvíjejí a v současné době jsou významným způsobem rozvolněnější pro dívky než pro chlapce. Tzv. klukovsky se chovající dívka ve společnosti nebude narážet, na rozdíl od chlapce, který se bude chovat jako holka. Je třeba si uvědomit, že drtivá většina dětí, které rodové stereotypy nesplňují, nejsou transexuální.

Rodová / pohlavní dysforie

Znamená stav, kdy dítě není spokojeno se svou rolí, ale opět – většina těchto dětí mívá ke své nespokojenosti jiné důvody než transexualitu. „Byla bych radši kluk“ může říct děvče z mnoha důvodů a většinou souvisejí spíše se situací v primární rodině. Pro vyslovení podezření na diagnózu porucha rodové/pohlavní identity v dětství a dospívání musí být splněna definovaná kritéria.¹⁰⁴

104 Fífková, H.: *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2013.

Transsexualita

Je vážná vrozená porucha, v rámci níž se člověk, který je biologicky příslušníkem jednoho pohlaví, cítí být psychicky příslušníkem pohlaví druhého. Je to porucha pohlavní identity, která spočívá v tom, že si jedinec přeje žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví. Téma „**transgender identity**“ je stále častěji skloňované, stává se fenoménem naší doby a i my se stále častěji setkáváme s rodinami, které řeší otázku transsexuality u svých dětí.

Diagnostika transsexuality a proces změny pohlaví

Transsexualitu v krátkém časovém období nepozná nikdo. Ani odborníci nemají na transsexualitu žádné specifické diagnostické metody. S jistotou lze diagnózu potvrdit až v rámci dlouhodobé, u dětí i mnoho let trvající spolupráce. Rodiče bývají ostražitější u dětí, které nenaplnují rodové stereotypy, ale u drtivé většiny z nich o poruchu rodové identity nejde. U dospívajících se pak často sekáváme s nárůstem psychických potíží v průběhu fyzické puberty. Mnozí z nich se uzavírají do sebe, mají problémy v kolektivu, dostávají se do izolace a nezřídka jsou obětí školní šikany. Uzavírají se i fyzicky, více skrývají své tělo, které se vyvíjí pro ně nechtěným způsobem.

Aby situace byla ještě složitější, tak některé transsexuální děti od raného dětství nespĺňují rodové stereotypy a vyjadřují nespokojenost s vrozeným pohlavím, ale jiné transsexuální děti svou situaci pečlivě tají, protože se bojí prozrazení. Velmi těžko se tyto stavy od sebe rozeznají. Ne každá dívka, která hraje s chlapci fotbal a nenosí sukně, je ve skutečnosti chlapec, a ne každý chlapec, který si hraje s panenkami a má rád růžovou barvu, je dívka.

Typický je nárůst potíží na druhém stupni základní školy, a to z několika důvodů. Fyzická puberta pro transsexuální děti znamená zvýšení fyzického i psychického nepohodlí. Narůstající tělesná dysforie má za následek zhoršení psychického stavu (deprese, úzkosti, pocitu apatie, bezvýchodnosti, sebevražedné rozvahy, sebepoškozování apod.). V kolektivu se tyto děti pak často dostávají do izolace, protože na druhém stupni základní školy se dřív nebo později kolektiv podle pohlaví rozdělí. Transsexuální dospívající již ve skupině vrstevníků, kde by se cítili dobře, neobstojí, a ve skupině vrstevníků, kam podle biologického pohlaví patří, se jim nedaří adaptovat. Puberta je ale zároveň období, kdy se velkému množství z nich podaří svůj problém pojmenovat.

Úloha rodinné terapie

Proces zkoumání genderové identity u mladého člověka může mít poměrně velkou naléhavost a krajně znepokojit celou rodinu. Ve zdravotnictví kromě genderové dysforie často diagnostikujeme také poruchu osobnosti. Zklidnit krizi v rodině a nenabízet rychlé odpovědi se vyplácí. Mladý člověk by měl mít čas a příležitost zkoumat důležitá témata individuálně a zároveň by měl mít klidnou podporu ve svém hledání ze strany rodiny. Někdy se s ním a s rodinou domlouváme na návštěvě sexuologa s potřebnou zkušeností. I konzultace s psychiatrem je obvykle na místě.

Intenzivní zájem o téma transgender se v individuálních rozhovorech během času obvykle mění i tím, jak se v životě mladého člověka přirozeně objevují nová témata. Není rolí terapeutů rychle posoudit, zda je dospívající člověk „opravdu“ transgender, nebo ne. Požadavek na rychlou diagnózu – a to i od jiných odborníků – je obvykle třeba odmítnout.

Trans lidé se spíš podrobují naléhavému pocitu, že se narodili v nesprávném těle, než že si tuto volbu zvolili. Odborné texty nám o transgender fenoménu nabídnou jistý druh porozumění. Výraz „narodili se ve špatném těle“ možná nepatří do přísně lékařského jazyka, nicméně vyjadřuje, že volba vychází z neshoditelného pocitu. Složitá, obtížná a bolestivá cesta, která z té volby vyplývá, naznačuje sílu takového pocitu¹⁰⁵.

Úkoly rodinné terapie v případech genderové dysforie (GID) dospívajícího

Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty předává část odpovědnosti za proces „tranzice“ také na rodinné terapeutky (17). Proto si musíme klást otázku, jakou roli v těchto nesnadných případech hrajeme. Máme před sebou mnoho neznámých, ale jedno je jisté: Nápadný symptom přitahuje takovou pozornost, že často překrývá jiná důležitá témata v rodině (trauma, zneužití...) včetně vývojové stagnace v rodinách, kde vážně hlubinná vazba (attachment) dítěte a dospívajícího ve vztahu s jedním nebo oběma rodiči. Úkolem rodinného terapeuta není „přemluvit“ rodiče, aby se smířili s postojem svého dítěte během krize identity, tím méně rozhodovat o tom, jak se má dospívající cítit. Terapeut má pomoci vyvést rodinu z vývojové stagnace (v kterémkoli věku dítěte) tak, aby dítě

105 Gjuríčová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.

postupně dospívalo ke své vlastní originální identitě, a to v mnohem širším kontextu, než je ten genderový. A této volby bude dítě fakticky i právně schopné, až bude dospělé.

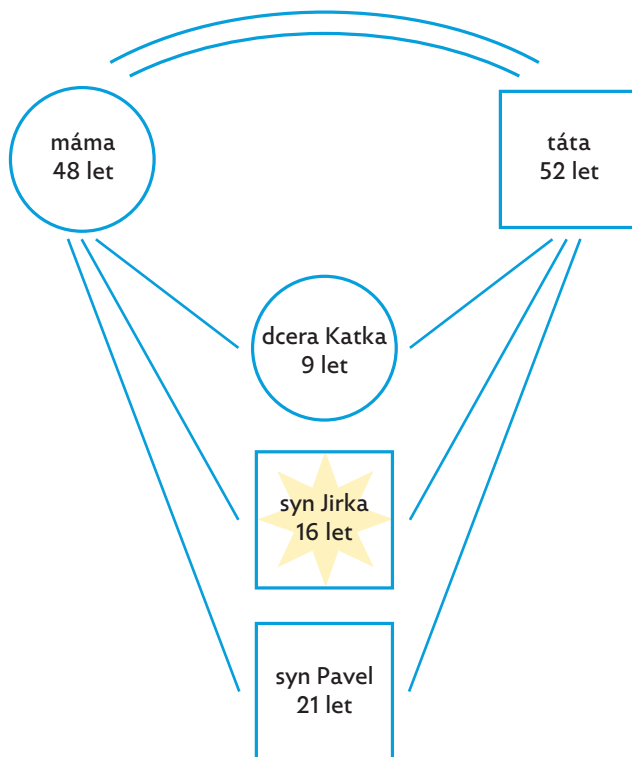
Tranzice dítěte zasahuje celou rodinu, nejen rodiče, ale i prarodiče, sourozence, partnery, děti. Rodiče pochopitelně v naprosté většině přijímají dítě takové, jaké je, a ujišťují je o své lásce. Někteří však na to připraveni nebývají. Rodinná terapie má prostředky vhodné k tomu, aby se dlouho tabuizované téma otevíralo všem a aby mohli v bezpečné atmosféře spolupracovat na vzájemné společné proměně všichni zúčastnění. Hledání identity v tom nejširším slova smyslu, nejen té genderové, je výzvou také pro rodiče, aby proměňovali svou rodičovskou identitu a **překonávali vývojový práh od funkce „rodič dítěte“ k funkci „rodič dospělého dítěte“**. Něco takového rodinného terapeuta nepřekvapí. Stagnace rodinného systému v tomto období je častá a podoby symptomů pestré. Vývoj se může zastavovat při jakékoli poruše či onemocnění, jak dítěte, tak některého z rodičů. Vždy hraje roli jejich souhra. Genderová dysforie by neměla být důvodem k jinému způsobu práce rodinného terapeuta. Problém ovšem vidíme v tom, že rodiny s GID chodí do léčby pozdě, až dlouho poté, co dítě prožívající v osamělosti zmatenost rolí bez opory milujících a stabilních dospělých již přijalo nesnadnou volbu za svou. Nemluvě o tom, že si svou volbu již potvrdilo kontaktem se vzdálenými vrstevníky na internetu a nekompromisně na ní trvá. Očekává a vyžaduje už jen jedno: pomoc při prosazování cesty k řešení v podobě operace, která úplně zastíní ostatní podstatná témata hledání identity v tom nejširším slova smyslu¹⁰⁶.

Kazuistický příběh Kvapilových: „Vždyť jsem si hrál s autama“

Obyčejný začátek

Když jsme asi před 4 lety začali s rodinou pracovat, netušili jsme, co nás na společné cestě čeká. Příběh začínal tak podobně jako další příběhy, se kterými se setkáváme. S prosbou o pomoc přišla máma – „něco se nám na tom našem klukovi nezdá“. Jirkovi bylo v té době šestnáct a signály, které vysílal světu i rodině, nebyly nepodobné projevům jiných dospívajících

106 Chvála, V., Trapková, L.: *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, 2008.



Genogram – mapa vztahů a vazeb v rodině.

v tomto věku. „Něco ho trápí, něco není dobře a my nevíme co, uzavírá se do sebe, jednou se i pořezal... dělá nám to velkou starost...“

Rodina při vstupu do terapie

Máma (48)

S ní se setkáváme jako s první, je otevřená, komunikativní, na první dojem starostlivá a citlivá. Má vysokoškolské vzdělání, pravidelnou pracovní dobu, zajišťuje větší část rodinné rutiny a v rodině je ráznější při řešení běžných starostí kolem dětí.

Táta (52)

Působí jako vlídný a rozvážný muž, klidás, v komunikaci je velmi vstřícný. Má také vysokoškolské vzdělání, kreativní zaměstnání s nepravidelnou

DUŠE RODINY

pracovní dobou a občasnými služebními cestami, s menším podílem na provozu domácnosti.

Starší syn Pavel (21)

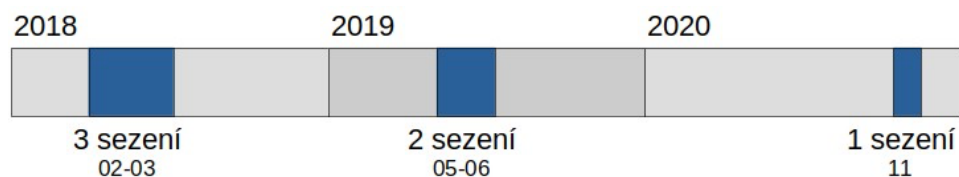
Sympatický mladý muž s vlastním názorem, student VŠ, aktuálně na studijním pobytu v zahraničí. Žije s přítelkyní ve vlastní domácnosti, s rodinou má častý dobrý kontakt, pravidelně ji navštěvuje, chodí na společné akce, výlety, za kulturou, je v křesťanské komunitě. Samostatný, rázný, často kritický k rodičům.

Mladší syn Jirka (16, identifikovaný pacient)

Je vysoký, spíše subtilní, mírně schoulený do sebe, obličej má z velké části schovaný pod kapuci, má jemné rysy, jeho projev je trochu nejistý. Studuje gymnázium, je mlčenlivý, evidentně chytrý, svérázný. Na první sezení přichází v kapuci. Doma má svůj pokoj, kde tráví hodně času (zavírá se), domlouvání s rodiči je složité. Před rokem oznámil rodině, že je gay a má přítele.

Dcera Katka (9)

Milá, živá a hezká holka, v kontaktu s námi je otevřená, sebejistá, bez ostychu. Chodí do druhé třídy základní školy, učí se dobře, má kamarády, je veselá, ráda sportuje, chodí na taneční kroužek.



Časová osa – průběh tří fází terapie.

První setkání s rodinou

Při prvním setkání rodinné terapie sedíme v terapeutické místnosti a čteme si zápis z prvního kontaktu od našich kolegů: „Rodina je otevřená, společenská, mají hodně přátel, mají rádi návštěvy, výlety, společné rituály, např. společné jídlo. Jsou praktikující věřící.“ O rodině už tedy něco víme, ale vždycky jsme na ně zvědaví, a zřejmě i oni na nás. Kvapilovi hned od počátku vypadají jako rodina, kterou mají terapeuti trochu za odměnu. Všichni jsou milí, chytrí, vstřícní, chovají se k sobě hezky, kontakt s námi navazují velmi rychle. Katka si sedá s rodiči na sedačku, Jirka a Pavel si vybírají samostatná křesla. Už při prvním sezení vidíme jejich smysl pro humor (který chvílemi odlehčuje houstnoucí atmosféru), ale i schopnost vidět věci v širších souvislostech a nořit se do větších hloubek. Zjevně nám hrozí, že tato rodina bude patřit mezi naše oblíbence...

Mapujeme současnou situaci rodiny. Pomoc vyhledává matka, která má starost o Jirku. Je mu teď 16 let, uzavírá se do sebe a necítí se psychicky dobře. Neví, co chce a co bude dělat, před rokem rodičům oznámil svou homosexuální orientaci, cítí se sám, žije s pocitem, že se o něho nikdo nezajímá a že jsou rodiče na něj našťvaný. Objevují se známky deprese a sebepoškozování, rodiče zažívají bezradnost a bezmoc. V rodině je nyní napětí. Jirka je prostřední ze tří dětí, starší bratr je již samostatný a úspěšný a mladší sestra je vysněná holčička. Rodiče spolu žijí přes 20 let, společně vychovávají všechny děti, mají hezký vztah, rodina je věřící.

Časový sled

První kontakt proběhl v prosinci 2017, první fáze terapie mezi lednem a březnem 2018, druhá fáze pak v květnu a červnu 2019, a třetí fáze v listopadu 2020. Katamnestické sezení proběhlo pět let po prvním kontaktu, v prosinci 2022.

Prvotní zakázka

Při rodinné terapii jsme zvyklí pracovat s pojmem zakázka – kontrakt. Věnujeme mu většinu času prvního sezení a hledáme spolu s rodinou co nejpřesnější pojmenování toho, co by od terapie chtěli, co by rádi změnili, co by bylo pro ně dobrým výsledkem na konci terapie.

O: „Pomoci mladšímu synovi, aby mu bylo lépe.“

DUŠE RODINY

M: „Aby se Jirka cítil lépe doma i ve světě.“

S1: „Aby se zmírnilo napětí mezi Jirkou a rodiči.“

S2: „Aby se zlepšila atmosféra doma – aby prořídly konflikty a emočně vypjaté situace.“

D: „Aby už rodina nebyla tolik smutná (zemřel rodinný přítel).“

Setkáváme se tedy s něčím, co je často typické – rodina nepřichází s problémem transsexuality, ale na počátku často stojí symptomy v podobě deprese, sebepoškozování, uzavírání se před světem, zneužívání návykových látek... Všechny symptomy tak typické pro vývojové období dospívání a individuace, a tak rizikové pro stagnaci rodinného systému, který snadno může v této vývojové fázi vývoje rodiny uvíznout. V bezpečném prostoru rodinné terapie, který poskytuje všem rodinným příslušníkům možnost sdílet a otevírat témata, která se obtížněji otevírají doma, se následně v mnoha případech objeví přiznání homosexuality jako přijatelnější formy problému.

První fáze terapie (3 sezení, leden – březen 2018)

V této fázi terapie se objevují témata homosexuality, deprese a sebepoškozování. Sezení proběhla v průběhu tří měsíců. Všechny spojuje starost o Jirku, vnímají konflikt mezi Jirkou a rodiči, podepisuje se to na atmosféře v rodině, ve které je nyní cítit napětí. Jirka se uzavírá do svého pokoje, rodiče se snaží být dobrými rodiči, zároveň si uvědomují, že to s nimi děti také nemají úplně lehké.

Starší Pavel upozorňuje rodiče na jejich velké nároky na Jirku. Nevnímáme žádný konflikt mezi rodiči – ani v oblasti rodičovství ani v oblasti partnerství. Rodina má spoustu přátel a doma mají hodně rituálů, které dobře fungují. Snažíme se podpořit vztah mezi otcem a synem. Jirka začíná chodit na individuální terapii, rodina vnímá, že se situace v rodině uklidnila, otec s Jirkou našli společné aktivity, oba to hodnotí pozitivně, matka dává Jirkovi více najevo „zajímáš mě“. Společně docházíme k dohodě o ukončení/přerušeni terapie. Došlo k nastartování systémových změn v rodině, vnímáme rodinu jakou zdravou a společným rozhodnutím o přerušeni terapie podporujeme jejich schopnost využívat vlastní zdroje. Domlouváme se s rodinou na setkání za delší dobu, abychom mohli vidět, jestli se daří změnu udržet.

Úvahy terapeutů a reflexního týmu

Po prvním sezení to vypadalo, že rodinu trápí deprese a uzavírání se Jirky, v tom byli všichni zajedno. Přišli, protože mu chtějí pomoci a zdálo se, že jeho sexuální orientace v tom nehraje významnou roli, navíc o ní už více než rok věděli. Mluvili o napětí v rodině, které patří zejména do komunikace a vztahu mezi rodiči a Jirkou. Dívali jsme se na Jirku v porovnání se starším bratrem a vysněnou mladší sestrou. Přemýšleli jsme nad výchovným přístupem k jednotlivým dětem a také nad tím, jak normalizovat období puberty a dospívání s pozorností k individuálním potřebám Jirky, a také s ohledem na možné nastavení nových pravidel.

Kladli jsme si otázku – i když to rodina nepřináší (zatím) jako téma – jak vlastně sexuální orientaci Jirky přijali, na kolik je s tím smířená máma, nakolik je s tím smířený táta, nakolik to ovlivňuje výchovné postupy a především vztahy. Rodina už má jednu separační fázi za sebou (se starším synem Pavlem) a vypadá to, že ji zvládli bez větších komplikací. S Jirkou je to ovšem jinak. Pavel je vůči Jirkovi v roli ochránce a rodiče od něho dostávají zprávu, že jsou na něho příliš nároční a že nejspíše od Jirky očekávají to, co dělal on. Pavel byl ten úspěšný, ten co vždycky všechno věděl a se vším si věděl rady, Jirka je ale jiný. Zároveň je v rodině vysněná mladší sestra Katka, která je na všechno nadaná a šikovná. A už tím se může Jirka cítit v rodině nedostatečný.

Během sezení se dozvídáme o rodinných rituálech i o tom, jak rodina tráví společný čas. Otec říká, že rituálem je pro ně například jídlo a společné stolování: „*Nejen sedíme a házíme to do sebe, jde hlavně o to, být spolu*“. Všimáme si mnoha zdrojů, které rodina má a oceňujeme je. Mluví se o Jirkovi a jeho příteli, zdá se, že je to otevřené téma. Nikdo to na první pohled nevnímá jako problém. Máma za problém považuje to, že se Jirka izoluje od ostatních, zavírá do svého pokoje, ale zdá se, že to Jirka dělá z přílišného respektu k ostatním. V porovnávání s Pavlem (jak to dělal on v tomto věku) rodiče říkají, že jim vadilo, že Pavel chodil s kamarády na pivo a teď jim vadí, že Jirka nechodí nikam. Uvědomují si, že ani děti to s nimi nemají jednoduché.

Máme hypotézy o tom, že táta obtížně toleruje Jirkovu homosexualitu. Uvažujeme o vztahu mezi bratry, a také o tom, jak Jirka učí rodiče přijímat jinakost, která je za hranicí jejich tolerance. Vnímáme, že máma má větší kapacitu přijímat Jirkovu jinakost. Oceňujeme rodinu za rodinné rituály, vzájemnou péči, sledujeme Jirkovu změnu a také reflektujeme,

že Pavel se stará o mladší sestru. Předpokládáme, že rodina prochází normální vývojovou fází, kdy dochází k individuaci a pokusům o separaci Jirky. Táta s Jirkou od nás dostali úkol – vymyslet nějakou společnou aktivitu jenom pro ně samotné. Roli otce ve zdravé a bezpečné individuaci Jirky vnímáme jako zásadní. Snažíme se tedy podpořit jejich vztah a tím umožnit posun ve vývojové fázi separace šestnáctiletého Jirky od mámy směrem k tátovi.

Druhá fáze terapie (2 sezení, květen – červen 2019)

Rodina přichází po více než roce a přináší nové téma. Mladší syn Jirka se cítí být ženou (nyní žije s „neutrálním“ jménem Alex). Byla zahájena hormonální léčba, objevují se deprese a nekontrolované záchvaty vzteku. Otec situaci zdánlivě přijímá, matka se cítí zmatená a trápí se pocitu viny, v těhotenství si přála holčičku. Začínají objevovat rozepře mezi rodiči, otec se snaží o nastavení základních pravidel Alex, ale matka otce nepodporuje. Ten se cítí rezignovaný a bezmocný. Otec je zároveň konfrontován se svým osobním tématem. V souvislosti s úmrtím otce se dozvídá nečekanou informaci, že to nejspíše nebyl jeho biologický otec. Je tak ve své mužské roli znejistěn hned dvakrát. Možná není synem svého otce a není ani otcem svého syna...

V rodině nastává krize. Alex je hospitalizován pro autoagresivní jednání, ale situace se naštěstí stabilizuje. Alex má psa, který jí pomáhá situaci zvládat. Rodiče mají také starost o Katku, která občas vidí „bubáky“. Otec začal více popíjet a říká, že terapií je pro něho kontakt se svým duchovním.

Úvahy terapeutů a reflexního týmu

Rodina přichází po roce a přináší změny, které v rodině v mezidobí nastaly. Jsou dramatické. Rodiče museli přijmout další fakt, že Jirka se cítí být ženou. Do rodiny se dostává téma transsexuality. Jirka je nyní je Alex (to je běžná praxe – pro přechodové období se používá neutrální jméno), v průběhu roku prodělal hormonální léčbu, měl deprese a užíval antidepressiva. V této fázi terapie jsme byli v podobné situaci jako rodiče. Potřebovali jsme čas vyrovnat se s přijetím Jirkovy homosexuality a v okamžiku, kdy se situace v rodinném systému stabilizovala, a měli jsme dojem, že vše jde „dobrým“ směrem, příběh pokračuje svojí vlastní dynamikou, a objevuje

se téma transsexuality. Z našeho pohledu je to kvalitativně na úrovni prožívání úplně jiná situace.

Otec změnu přijímá a matka je zmatená. Je to období plné chaosu, který zaplavuje celý rodinný systém – otec není otcem syna, ale dcery, máma má najednou další dceru. Rodiče sice říkají, že sourozenci to přijímají skvěle, ale dovedeme si přestavit, co asi zažívá ani ne desetiletá Katka ze strany spolužáků a vrstevníků. Možná jsme jí věnovali málo pozornosti. Záchvaty vzteku Alex budou nejspíše projevem těžkých vnitřních konfliktů. Oba rodiče hovoří o velké podpoře z okolí, hlavně přátel. Alex se hodně snaží ve škole a má nový vztah.

Hypotetizujeme, že rodiče si přišli do terapie pro podporu, aby se mohli vyrovnat s pocity viny, že v rodičovských rolích selhali. Celý rodinný systém musí procházet hlubokou transformační proměnou. Klademe si otázky, jaký to bude mít dopad na partnerský vztah rodičů, a také jak celou situaci zvládá nejmladší Katka. Přemýšlíme o bubácích, které Katka vidí, jako o volání po pozornosti v situaci, kdy veškerá péče rodiny je věnována individuaci Alex. Může to také být opožděná reakce na ztrátu bratra Jirky. Klademe si za úkol mít pocity, potřeby a prožívání Katky stále v zorném poli.

Doporučujeme, aby rodiče transformaci konzultovali s odborníky sexuology. Alex prochází hormonální léčbou (tzv. blokádní terapií), která pozastavuje nechtěné projevy tělesného zrání a přechodu do fyzické podoby muže. To by mělo zmírnit tělesnou dysforii a umožnit získání času na rozhodnutí pro další postup. „Získání času“ pro stabilizaci a vytvoření nové funkční homeostázy ale potřebuje celý rodinný systém. Zároveň rodina stojí na zřejmém rozcestí. Blokádní terapie dává možnost otestování, zda se Alex bude cítit lépe, když ji ostatní budou vnímat jako ženu. Další krok už je nevratný a nevede žádná cesta zpátky – chirurgický zákrok.

Třetí fáze terapie (1 sezení, listopad 2020)

Na další sezení rodinné terapie přichází Kvapilovi po roce a půl. Změny jsou opět dramatické. Z Alex je dnes Alžběta. Osamostatnila se a odstěhovala od rodičů. Připravuje se na chirurgický zákrok. „Doma“ je zcela nová situace, Katka je nyní v rodině jediné dítě. Otec i matka přinášejí a řeší témata svých původních rodin – otec biologické otcovství svého otce a vztahy v rodině, matka téma vážného onemocnění matky.

Reflexe případu – metalog terapeutů

JP: „Přemýšlím o tom, proč jsme si příběh Kvapilových vybrali?“

ZM: „Protože jsme si několikrát říkali, že by tak dramatický příběh stál za publikování.“

JP: „Zajímavá a pro mě překvapivá byla skutečnost, že rodina Kvapilových byla na první pohled úplně normální a „zdravá“. Partneri, kteří se mají i po tolika letech rádi, starají se skvěle o tři děti, mají své rodinné rituály, svět, do kterého patří. Nevidím, kde udělali rodiče „chybu“, možná snad v tom, že se začali trápit, protože si mysleli, že někde tu chybu museli udělat...“

ZM: „Ukazuje se, že problém transgenderové dysforie je genetickou záležitostí, která vzniká v prenatálním období. Syn má genderovou dysforii, „coming out“ musel přijít a kdyby nepřišel, tak by se asi celý život trápil.“

JP: „Také myslím na to, jak pracujeme v situacích, kdy k nám přichází rodina a nevidíme na ní nic patologického. Rozhlížíme se, hledáme a pak se něčeho chytíme...“

ZM: „V rodinné terapii pracujeme s tím, že vážné individuální problémy jsou symptomy narušených vztahů a nezdravé komunikace a když se povede změnit chování a transakce mezi členy rodiny, mohou symptomy vymizet. Ale v tomto a podobných případech je to jinak. Ani homosexualita ani transsexualita nejsou symptomy, které by díky jakékoliv terapii měly vymizet.“

JP: „Na začátku, když jsme ještě nevěděli, jak se vše vyvine, jsme pracovali s jasnými symptomy deprese a sebepoškozování. Jirka jako homosexuál v silně věřící rodině. A ta to zvládla.“

ZM: „Úvahy, do jaké míry mohou sociální vlivy vést k homosexualitě nebo transsexualitě jsou dnes bohužel na indexu...“

JP: „Z mého pohledu se to seběhlo všechno příliš rychle. Přichází šestnáctiletý Jirka ve vývojovém období, pro které jsou typické pochyby, hledání, experimentování, testování. Tato fáze rychle přeskočila do přesvědčení, že je homosexuál, a následně ještě rychleji do přesvědčení, že je transsexuál. Téměř okamžitě hormonální léčba, příprava na přeměnu a vlak se rozjíždí... Nesváděla bych všechno jenom na genetiku či prenatální biologii a epigenetiku.“

ZM: „Významné je sociální klima. Všechno je OK, každý musí najít sám sebe, pochyby o vlastním pohlaví jsou „přirozené“. Ergo rodiče, kdyby se rozhodli výrazně proces přeměny brzdit, budou obviněni minimálně z neinformovanosti, v horším případě z týrání svěřené osoby. Společenský

diskurz vypadá otevřeně pouze „na oko“. Jediná „správná“ cesta je zbavit utrpení jednoho hledajícího nešťastníka a nikdo se už neptá, co ti ostatní, kterým se doslova zhroutil svět. Často v terapiích mluvíme o tom, aby rodiče byli pevnější, aby na něčem trvali. Ale trvání na tom, že „jsi kluk“ nepřipadá do úvahy. I my to tak máme. Rodinu podporujeme v přijetí toho, že syn není syn, že je teď dcera, prostě „omyl přírody“. Jen je s podivem, jak těch „omylů přírody“ přibývá geometrickou řadou.“

Katamnestické sezení po 4 letech (listopad 2022)

Požádali jsme rodiče a tímto jim velmi děkujeme, aby se s námi podělili o zkušenost rodiny, která v průběhu čtyř let procházela nelehkými situacemi, které nakonec vedly k tranzici syna Jirky v dceru Alžbětu. Věříme, že jejich zkušenost může být užitečná a přínosná pro další rodiny, které se ocitly v obdobné situaci.¹⁰⁷ Na katamnestické sezení přicházejí oba rodiče. Není pro ně jednoduché vracet se k tématu tranzice syna i emocím s tímto procesem spojených.

M: „Naposledy jsme se viděli asi před dvěma roky, z Jirky už byla Alžběta, měla přítele, psa a dobře fungovala. Potom vše zkomplikoval covid. Alžbětu čekal chirurgický zákrok přeměny. Před operací si Alžběta řekla o hospitalizaci a my jsme měli pocit, že je vše na dobré cestě. Zvládala proces přípravy, pracovala... Potom se ale stalo něco strašidelného. Vůbec nic jsem předem nepoznala, žádný signál, že se něco děje. Druhý den se pokusila o sebevraždu. Odvezli ji do Bohnic. Díky covidu se neustále odkládal termín operace.“

O: „Měl jsem tehdy pocit, že kdyby zůstala v Bohnicích celý život, byla by ráda.“

M: „Táta se rozčílil a začal zařizovat operaci.“

O: „Zavola jsem do ostravské nemocnice a dali Alžbětě termín dříve, než se předpokládalo. Měli jsme obavy, že přijde euforie a potom zklamání. To se naštěstí nestalo, operace to vyřešila. Ještě s ročním odstupem chodila Alžběta k psychoterapeutovi, ten byl pro ni hodně důležitý.“

M: „Je strašně těžké sehnat dobrou psychoterapii. Alžběta se teď rozešla s přítelem, bydlí sama a je spokojená. Rozchod jí spíše ulevil.“

107 Přepis je zkrácený a stylisticky upravený, obsahy a významy jsou nicméně zachovány.

DUŠE RODINY

O: „Měla by tu být akutní pomoc pro podobné situace, jakou si prošla Alžběta. Někáká jasná strategie. Přes známého jsme nakonec sehnali psychoterapeuta specializovaného na „trans“ osoby. O operaci říkáme, že proběhla skvěle, ale když jsme přijeli do nemocnice, byla úplně pasivní. Přemýšleli jsme, co máme dělat. Nechtěla ustávat, po operaci začala krváčet. Teď máme radost, že funguje, začala studovat vysokou školu, pracuje, žíví se sama, je to vlastně super, ale ještě potřebuje a bude potřebovat podporu a pomoc.“

T: „Co Pavel a Katka? Bylo období, kdy jste měli o Katku starost.“

M: „My jsme dnes nastavený tak, že když se týden Pavel neozve, jsme úplně v klidu, ale když se tři dny neozve Alžběta, začneme panikařit. Před pokusem o sebevraždu to bylo zvláštní, normálně jsme fungovali spolu, nic nenasvědčovalo, že by se něco mohlo stát. Mám v sobě asi zakódovaný strach. Když se Alžběta neozývá, kontroluji na Whatsapp, jestli je připojená.“

M: „A Katka? Ta holčičí puberta je divná, z mojí holčičky se stala taková sůva, je to pro mě hodně těžké. Někdy mluví o tom, jak to pro ni bylo těžké, ale to jsme neřešili. Přeměnu bratra přijala. Museli jsme ji ale dát pryč ze školy. Ta škola byla divná. Pro Katku bylo důležité, že se dostala do jiného prostředí, kde o tom nikdo neví. Nikdo teď na ní není zlý a nikomu nemusí vysvětlovat, že z bráchy je ségra. Nedávno jsme byli všichni společně ve Vídni, a to bylo hodně dobré. Musíme to dělat dál, scházet se se všemi třemi, oni si dobře rozumí.“

O: „Ještě k tomu, jak jsme to celé prožívali my. Bylo to v době, kdy se o transgenderu a tranzici vůbec nemluvílo. Teď se už o tom trochu mluví, já o tom tehdy nevěděl nic. Myslím, že před patnácti lety bychom Alžbětu už neměli. Neumím si to představit, asi většina takových lidí dříve páchala sebevraždu.“

T: „A jak vy se máte spolu?“

O: „Dobře, občas je to náročné a občas zase skvělé. Manželka nesnáší cestování a já ho miluju. To je třetí plocha.“

M: „Je to zvláštní. Když se narodil Pavel, říkala jsem si, kdy už konečně bude klid. A on teď je. Když jsem sama a můžu si číst, tak je to dobré a zároveň smutné. Někdy mám chmury, že život utíká a blíží se smrt.“

T: „V životě se překlápíte do další fáze.“

O: „Hodně nás podpořil náš kněz, zabývá se i zneužíváním v církvi. Podpořil nás, když se Alžběta pokusila o sebevraždu, jel za ní i do ne-

mocnice. Když jsme měli stříbrnou svatbu v kostele, Alžběta nás chtěla uyzkoušet. Rozhodla se tam číst liturgické texty. V ženském těle. Všechny sestry ji znaly jako kluka. Některé to nepřijaly, ale kněz ji podpořil a to bylo hodně důležité nejen pro ni, ale i pro nás.“

M: „On se hezky staví za LGBT komunitu. Katka se tam rozbřečela, byla dojatá, že se někdo za ně takhle otevřeně postavil.“

T: „Když se vrátíme k vám, máte dar pevného svazku, pevných základů, co v tomhle náročném období bylo nejdůležitější?“

M: „Hodně jsme se střídali. Když bylo jednomu blbě, druhý převzal štafetu. Manžel ještě začal řešit svoje téma se svým biologickým otcem a dědictvím.“

O: „To stále není vyřešené. Je zvláštní, že když Alžbětu dlouho nevidím, mám tendenci ji oslovit v mužském rodě. Ještě jsem si úplně nezvykl, stále se mi vrací do mysli jako kluk.“

M: „Asi se to naučíme, ale bude to chvíli trvat.“

O: „O tom mluvíme dost často. Je to jakoby nám umřelo jedno dítě a dali nám jiné „cizí“. Když mluvíte s rodiči homosexuálních dětí, jsou to pro ně pořád ty samé děti, jenom mají jinou orientaci. Je to zvláštní, není to jen o jméně, ale i o tom rodu. Není mi to moc příjemné.“

M: „A zároveň není jiný člověk. Když jsme šli na úřad pro nový rodný list, byla jsem z toho úplně hotová a snažila se nebrečet. A ona mě chytla a objala a řekla: „**mami, pořád jsem to já!**“ Přišli jsme o Jirku, ten prostě není. Po Jirkovi se nám stále stýská, mně i Katce. Katka bulí se mnou. Musím to zastavit a říci si, že to nejde, že musím jít dopředu. Do všeho vstoupil blbý covid. Práce mi nedávala žádný smysl (M. je učitelkou), řešila se Alžběta, a já jsem začala rozumět pojmu deprese. Člověk nechťel ani ustávat. Teď je hrozně fajn, že je Alžběta dobrá, hodně jsme si ulevili, ale pořád tam bliká to světylko. Když se někdo zeptá na Alžbětu, říkáme: **TEĎ DOBRÝ**. Nemáme ale pocit, že to je trvalý stav, myslíme si, že se to zase může zvrtnout.“

O: „Jsme ovšem mnohem optimističtější než před dvěma roky. I proto, že se rozešla s přítelem, byl to test odolnosti, jestli takový krok může udělat.“

T: „Jestli zvládne fungovat sama?“

M: „Pro mě je důležité, aby byl manžel co nejuvíc v pohodě.“

O: „Občas se neshodneme v nějakých drobnostech, ale snažíme se vyřešit spolu.“

DUŠE RODINY

M: „Takže nejen Alžběta, ale my dva a Alžběta.“

T: „Není to dar, ale vaše zásluha. Když jeden nemohl, druhý táhl.“

O: „Ano, pomáhal i Pavel, a také rodiče manželky. Jsou staří a je to s nimi náročné, neshodneme se téměř v ničem, ale stalo se nemožné: Alžbětu podpořil i dědeček, který je policajt.“

M: „Přišli Alžbětě na maturitní ples.“

O: „S dědou je zajímaví zbraně, to je to zajímavé, přehodilo se pohlaví, ale zájmy se nezměnily.“

M: „Alžběta se moc nezdobí ani nemaluje, zvláštní.“

O: „Chodí spíš velmi neutrálně oblečená a přesto, že je to holka, byla s dědou na střelnici.“

T: „To je předsudek, že je to mužská záležitost, je spousta žen, které rády střílí.“

M: „Máme kamarádku a v rodině se jim stalo totéž, z Adama mají Adélu. Jejich Adéla je opak Alžběty, nosí velké náušnice a zároveň udělá s elektrikou úplně všechno, opraví auto... Alžběta to nepotřebuje, což mě utvrzuje v tom, že je sama se sebou v klidu, že si nepotřebuje nic dokazovat.“

O: „To je asi častá obava, jestli je dobře, že k přeměně došlo. Po roce jsem přesvědčený, že operace byla nutná a že by to bez ní nešlo.“

M: „Také už se přestala angažovat v různých organizacích typu Transparent.“

O: „Ještě je tu jedna důležitá věc – legislativní. Bez tranzice a bez operace vám nezmění na matrice rodné číslo a doklady. Možná je to dobře, ale ta operace musí být hrozná. Představa, co vám všechno udělají, je strašná. Možná člověk nepotřebuje být nutně přeoperovaný...“

T: „Naštěstí to přineslo pro Alžbětu pozitivní efekt, ale umíme si představit, jak velké byly vaše a její pochybnosti, jestli to pomůže.“

M: „Stále jsme v tom spolu, teď to bude zatěžkávací zkouška pro Katku.“

O: „Změna je jasná, ale je to jen plastika. Alžběta bude muset brát celý život hormony. Představa, že se pro to člověk rozhodne jen tak z plezýru, to vážně musí být strašný stav, aby tohle byl člověk ochotný podstoupit.“

M: „Tys nečetl knihu Proč zrovna já.“

O: „I ty technické věci kolem. Snažím se tomu vyhýbat, nechci vidět žádné obrázky, nechci vidět svoje dítě v tomhle světle, to je jedna ze stránek věci, které jsou fakt blbě a hrozně divné.“

M: „Já to takhle nemám, já se naopak vždycky podívám, věc prozkoumám... Alžběta také se mnou asi víc mluví. Měla jsem to tak s ní od začátku, možná jsem tušila, že je něco jinak. Všichni mi říkali, že Jirku hrozně protěžuju, rozmazluju. Měli jsme k sobě vždycky relativně blíž.“

O: „Občas mě až šokuje, že Katka přede mnou mluví o menstruaci, že ve třinácti nemá problém to přede mnou říct. Řeší to pochopitelně s mámou, respektuju její soukromí, ale ona sama je hodně otevřená.“

T: „To je asi přesně ono, s věkem k dětem přistupujeme jinak, začneme si dávat pozor na určité věci.“

O: „Když přijdu k Alžbětě domů a ona tam má ty robertky, technicky to asi vím, ale je mi to hrozně nepříjemné, ale taky to respektuju. Nic nekomentuji, ale kdyby o tom sama začala, tak jsem schopen o tom mluvit.“

M: „O intimnostech se nebavíme ani s Pavlem.“

T: „Mnohokrát jsme se snažili si představit, jaké to muselo pro vás být, když se vše „provalilo“. Dozvěděli jste se, že je Jirka homosexuální, a potom se to ještě posunulo k transgenderu. Říkali jsme si, co vše se vám honilo hlavou?“

O: „Třeba si představujete, že dítě dokoná sebevraždu a opravdu umře. Hlavou se vám honí hrozné věci, jestli by to tak nebylo lepší. A pak, jak se s tím budeme vyrovnávat? Jestli si budeme něco vyčítat? Manželka se pořád obviňovala.“

M: „Ano, obviňovala jsem se, že jsem chtěla holčičku.“

O: „Slyšel jsem mnoho debat odborníků. Částečně se už ví, jak to vzniká, ale ne úplně. I u jednovaječných dvojčat se může stát, že jedno je trans a druhé ne. Nemyslím si, že by to manželka mohla ovlivnit svým chtěním.“

O: „No, ještě je tam ten moment, jestli se nám neuleví, když se něco tak hrozného stane. Musí to být strašné, hrozné se s tím vyrovnat. Jako věřící člověk to mám lepší, můžu se opřít o Boha a poprosit ho o duchovní podporu. Pochopitelně se s tím musíte nějak srovnat, nemůžete přeci před vaše dítě přijít a myslet si bylo by lepší, kdyby umřelo. To je peklo. Ale vaší hlavou to projde, tomu se člověk asi nevyhne. A možná se tomu někdo vyhne, ale já se tomu teda nevyhnul.“

M: „To nevím, jestli by bylo dobré, aby i tohle v té knize bylo...“

T: „Já myslím, že by to bylo hodně užitečné, protože o tom si právě lidi netroufnou otevřeně mluvit.“

O: „Jasně, třeba laktační psychóza. Některé maminky se zabijí, a kdyby si přečetly, že si tím prochází více žen, tak by to třeba překonaly a srovnaly se s tím.“

T: „Pro lidi, kteří tím prochází je často důležitý pocit, že nejsem jediný, nejsem divný, nejsem v tom sám.“

M: „Když se dívám dozadu, uvědomuji si, že jsem na to asi byla připravená. Něco jsem tušila dávno. Když jsem chtěla udělat Jirkovi radost a srovnat mu trička ve skříni, a najednou tam na mě vypadla podprsenka, tak jsem si říkala, že je to asi spojené s tím, že teď hraje divadlo a má ženskou roli. Pak jsem to zapoměla. Jednou mi to začalo šrotovat a tak jsem říkala Pavlovi: „Hele, neřeší Jirka něco jiného než homosexualitu?“ A on řekl: „Mami, až ti to bude chtít říct, tak ti to řekne“. Já jsem se potom pořád snažila vytvářet prostor, aby to mohl vyslovit. Ale byly tam pak ještě úzkosti a také začal Jirka hodně pít, to mu dodávalo odvalu. Vždycky, když táta odjel, tak se něco vyvalilo. Jakoby před tátou něco držel a když někam odjel, Jirka se ožral tak, že jsem musela volat záchranku.“

T: „Tedy říkáte, že to nebyl blesk z čistého nebe?“

M: „Ne, myslím, že když jsou rodiče trochu empatictí, tak vidí, že něco není v pořádku. Od puberty bylo jasné, že něco je blbě. Ale tohle, to nás nenapadlo a jeho asi taky ne.“

O: „Asi to souviselo i s dobou, když bylo Jirkovi patnáct, tak se ve veřejném prostoru o tom nevědělo a nemluvalo.“

M: „Já jsem k tomu od začátku přistoupila tak, že pomáháme. Zároveň mi to pomohlo porozumět všem těm jeho excesům. Takže pro mne to byla na jednu stranu úleva, že vím a Jirkovi rozumím, ale na druhou stranu hrůza, co se bude dít. Hodně nepříjemný byl zážitek na sexuologii. Pan doktor s Jirkou hodinu mluvil a pak si zavolal mě a řekl: „Takže váš syn, teda váš potomek, odteď mu budete říkat v ženském rodě, tady je brožurka, tu vám nedám, to si najdete na internetu, to si přečtete“. Já jen věděla, že musím vylézt ven a nebrečet, protože „ona“ čeká na chodbě. A já si v tu chvíli říkala – OK, mohla jsem se dozvědět, že má nádor na mozku, takhle se vlastně nic neděje. Hledala jsem si obranné mechanismy a tak jsem vyšla z ordinace a řekla: „Pojď, jdeme na snídani.“ Ani jeden jsme nevěděli, co říct. Potom jsem viděla fotku na facebooku, kde byl Jirka v mých šatech, a já jsem jenom řekla: „Nenos moje šaty“, a začaly jsme se smát, v tu chvíli on, tedy už ona, začala trochu mluvit. Nicméně potom jsem se vracela autem na chalupu a vůbec nevím, jak jsem tam dojela. Celou dobu

mi tekly slzy a celou dobu mi běželo hlavou – musíme mu pomoci, musíme mu pomoci. Nebyla tam žádná pochybnost.“

O: „Já jsem doufal, že sexuolog řekne, že to tak není a že je zdravý kluk, ale když to potvrdil a celý proces se rozjel, tak nezbylo, než to přimout. Smiřuju se s tím dodnes.“

M: „I okolí, které si myslí, že to chápe, nám říká, že důležitý je ten člověk, který tím prochází a vy jako rodiče to všechno máte vydržet. Když jsem se v oslovení přeřekla, to byl oheň na střeše, že jsme hrozní a Alžběta je chudák. Pavel dodnes říká, že neví, proč tak řeším Jirku. No, tak mně se narodil kluk, jmenoval se Jirka a najednou zmizel, tak co? Nezmizel, vždyť je tady, říká Pavel, jen to má prostě jinak. Někomu jsem to v té nejdivočejší době vysvětlovala takhle: „Je to jako když pohrbíš syna a místo něho ti dávají holku, na kterou nejsi zvědavý. Teď už na ni zvědaví jsme.“

T: „Patří to k té fázi přivykání.“

M: „Někdo teď říkal v obdobném příběhu, jak to s někým udělali hezky ve škole. Bylo tam dítě, které se „vyautovalo“ (= coming out) a paní učitelka řekla: „Teď se celá třída rozloučíme s Marjánkou a přivítáme Martina“. Udělal se řez, rituál... Já myslím, že to vlastně dobře dopadlo. Alžběta nemá metr devadesát a velká ramena a v podstatě má fakt jemné rysy.“

T: „A taky má štěstí v tom, jak k tomu přistupujete vy jako rodiče.“

O i M: „Přijde nám to dnes jako samozřejmost. Nerozumíme tomu, když někdo řekne, že to nepřijme jako rodič, to nám přijde šílené.“

T: „Zároveň líčíte, že snadné to není. Říkáte, že podpoříte, pomůžete, ale ten zápas nebo jak to nazvat tam stále je. Nám, terapeutům přijde váš postoj obdivuhodný, ale nedivil bychom se, kdyby to někdo odmítnul.“

M: „Největší hrůza byl sexuolog. Kde jsme se také báli, bylo u prarodičů. Hlavně můj táta... Rodičům jsem to napsala mailem, nebyla jsem schopná jim to říct. Pak jsem se bála lidí na chalupě, na vesnici, aby tam nedošlo třeba k fyzickému napadení. Člověk, kterého jsem se bála nejvíce, seděl na lavičce a brečel...“

T: „Setkali jste se s pochopením a podporou víc, než jste čekali.“

O: „Myslím, že je lepší to říct rovnou a nekličkovat.“

M: „Když to člověk dokáže, tak je dobré to říct tak, že nechce soucit. Pak se o tom dá i utipkovat. Teď už kolem mě nikdo nechodí po špičkách a to je příjemné.“

T: „Věci, které jsou špatně dostupné – lékařská péče, psychoterapie – vy jste si za nimi šli.“

DUŠE RODINY

O: „Myslím si, že bez toho to nejde. Třeba to, že jsme byli u vás a nějakým způsobem se odpíchli, hodně pomohlo. Neumím si představit, že to člověk zvládne „jenom tak“, to si fakt nemyslím.“

M: „Já jsem původně šla za vámi proto, že nás vyděsilo Jirkovo sebe-poškození a vlastně tím se to celé překlopilo.“

O: „Mám teď v ročníku holku, a je hodně jako kluk. Začal jsem mít jiná „tykadla“. Dříve bych byl ten poslední, kdo by něco poznal a najednou jsem si uvědomil, jak začínám tyto věci vnímat jinak.“

M: „Já to na nich taky poznám, včetně toho utrápeného výrazu. Pořád vidím, jak tam Alžběta po operaci ležela, brečela a říkala: „**Já to ale nechci, proč to je dneska takhle? Vždyť jsem si hrál s autama...**“

Děti v osidlech terapie: Rodina, co neví, že je v rodinné terapii

Filip Kadlec, Kristýna Šonková, Parisa Zargari

Veronika přichází do Animy

Veronika do Animy přišla ve svých 15 letech. Skupinu pro dospívající K2 si sama vyhledala na internetu a na první setkání s terapeutem přišla i se svojí mámou. Skupina pro dospívající ve věku 15–20 let s názvem K2 je v Animě organizována pravidelně jednou týdně na 90 minut a vede jí terapeutický pár muž a žena. Příchodu Veroniky do skupiny předcházelo období cca dvou let „psychických problémů“, kdy byla šikanována na druhém stupni základní školy, což vyvrcholilo pokusem o sebevraždu přímo ve škole a následnou hospitalizací. Dětským psychiatrem jí byl diagnostikován disharmonický vývoj osobnosti a nasazena psychiatrická medikace. Na prvním kontaktu byla Veronika velmi zorientovaná, věděla, co chce, byla motivovaná, působila dospělejší, než ve skutečnosti byla. Na rozdíl od ní se máma vyjadřovala chaoticky, Veronika ji musela uklidňovat, a v podstatě mediovat úvodní proces vzájemného seznámení. Veronika se zmínila o svých poruchách s příjmem potravy (bulimií) a současně také o své „posedlosti zdravou stravou“ (orhorexí).

Veronika pochází z rodiny, kde je ženská linie zatížena psychiatrickými diagnózami s těžkými příběhy a traumaty. Máma Veroniky má diagnostikovanou bipolární poruchu a je dlouhodobě medikována, babička ze strany matky spáchala sebevraždu předávkováním psychiatrickými léky v matčině dospívání, praprababička byla pravděpodobně zavražděna. Tyto příběhy jsou částečně zahalené tajemstvím, sdělovány jsou nicméně jako fakta. Veronika žije v rodině s matkou, otcem, který je popisován jako vý-

konový, úspěšný IT manažer a o pět let mladším bratrem. V době příchodu do Animy byla Veronika přijata na prestižní jazykové gymnázium. Ve školním kolektivu se opět necítí dobře, zvažuje přechod do jiné třídy a žádost o individuální vzdělávací plán.

Skupinová psychoterapie Veroniky

Terapeutická skupina pro dospívající K2

Terapeutická skupina, do které Veronika přichází, má svoji strukturu, rituály a pravidla, která jsou nastavena s ohledem na maximální pocit bezpečí klientů. Skupina je otevřená, v průběhu roku přijímá nové členy do naplnění kapacity vhodné pro skupinovou práci, přibližně 10 členů. Pokud někdo ze skupiny odchází, prochází rituálem loučení, včetně psaní dopisů „na cestu“. Veronika se stala součástí skupiny, která měla v době jejího příchodu pevné jádro stálých šesti členů, pěti dívek a jednoho mladého muže. Při příchodu nového člena stávající členové vedou seznamovací kolečko, kdy kromě vlastního představení seznamující nového člena s pravidly skupiny. Poté následuje tzv. free style, kdy má každý možnost se na cokoli kohokoliv zeptat, včetně terapeutů, každý má právo odpovídat, nebo neodpovídat, podle své svobodné vůle. To je také jedno ze základních pravidel skupiny. Mluvit nebo mlčet, a pokud je nějaké téma nepříjemné, je možné se po dohodě s terapeuty vzdálit. Jako pomůcka ke skupinové práci slouží tzv. „*Mluvící kámen*“, předmět uprostřed stolu. Kdo chce mluvit, kámen si vezme a drží ho po tu dobu, po kterou potřebuje mluvit. Pokud se chce někoho na něco doptat, kámen mu předá. Pokud svoji promluvu ukončil, kámen dá zpět na stůl k dispozici ostatním.

Terapeuti vytváří bezpečné nehodnotící prostředí, aby členové skupiny mohli otevřeně mluvit o tom, co chtějí sdílet s ostatními. Snaha terapeutů je podpořit skupinovou dynamiku tak, aby zpětná vazba k osobním příběhům a sdělením vycházela primárně od ostatních členů skupiny, z jejich zkušeností a z jádra podpůrné vrstevnické skupiny, jejíž členové často prošli nebo procházejí obdobnou těžkou životní zkušeností.

Skupina pracuje s tím, co v momentu setkání její členové přinášejí a chtějí sdílet. Terapeuti přitom hlídají linku témat jednotlivých členů skupiny tak, aby svými intervencemi pomohli podpořit to, co může být pro členy skupiny úzdravné, podpůrné na jejich cestě k lepšímu a spokojeněj-

šímu životu, sebezpoznání a sebehodnotě a v neposlední řadě k vývojovým potřebám dospívajících a mladých dospělých (individuace a postupná separace z primární rodiny).

Skupina je pro své členy bezpečným „přístavem“, kde jsou přijímáni se svými příběhy, bolestmi, pocity, strachy, radostmi, úspěchy, otázkami bez hodnocení, takoví, jací jsou. Všechny pocity jsou legitimizovány, jejich bolest je sdílána a přijímána, stejně tak, jako radost, strach, pochybnosti... To pomáhá členům skupiny vnímat skupinu jako bezpečné místo, které často v jejich životech chybí. Dostávají bezpečí a pozornost, nemusí za to dávat nic, co nechtějí, což je samo o sobě léčivým faktorem.

Veronika v současnosti dochází na skupinu s různou intenzitou asi pět let. V průběhu času se témata, se kterými přicházela, vyvíjela a jejich naléhavost se měnila s tím, jak se měnila Veronika a její život. Popíšeme linku hlavních témat, která Veronika přinášela a přináší, a které jí skupina pomáhala odkrývat, řešit a postupně měnit nefunkční vzorce a bolest v tvůrčí proces růstu, sebeobjevování, přijetí a lepšího vztahu sama k sobě.

Vztah s matkou: může mě máma vidět, slyšet a podporovat tak, jak potřebuji?

Veronika mluví na prvních několika setkáních skupiny o tom, co jí do skupiny přivedlo. Pokus o sebevraždu byl snahou o to, aby její okolí konečně pochopilo a vidělo, jak moc špatně se cítí. Kdo hlavně to měl vidět, ptá se skupina a ukazuje se, že pro Veroniku je nejdůležitější, aby její pocity konečně byly přijaty její rodinou, a především matkou. Pomocí podpory a sdílení s některými členkami skupiny, které měly podobnou životní zkušenost, Veronika postupně odkrývá svůj složitý vztah s emočně nestabilní mámou. Ta se léčí s bipolární poruchou, a když má máma depresivní propady, Veronika o ni pečuje, emočně ji podporuje a stará se o domácnost. Stará se o to, aby mámě bylo zase dobře a tím pro ni mohla být dostupná. Dělá své mámě rodiče. Skupina pojmenovává, jak složitý a náročný úkol si na sebe vzala a „jak to má těžký“. Tato role je sice pro Veroniku obtížná, ale zároveň je jediným dostupným způsobem, jak mít bezpečný vztah se svojí mámou, po kterém touží a který potřebuje.

Na skupině je hned několik dívek, které prožívají své „**mateřské trauma**“ a musejí zažívat takovou „**parentifikaci**“. Sdílením zkušeností a vhodnými terapeutickými intervencemi Veronice pomáháme nahlédnout, že role, kterou na sebe vzala, jí nepatří, že tuto roli může předat svému

otci, partnerovi matky. Je to dlouhý a bolavý proces, protože, tato role je funkcí vztahu s mámou a bez ní se Veronika bojí, že o vztah s mámou přijde. Veroničina bolest je umocněna tím, že přestože ona o matku a její potřeby takto pečuje, máma její pocity a emoce a potřeby není schopná vidět a přijímat. U Veroniky je patrný opakující se scénář: „Když budu dělat pro mámu ještě víc, konečně mě snad uslyší, uvidí mou bolest a bude naplňovat moje potřeby“. Pomáháme Veronice odkrývat a prožívat svoji bezmoc, nenaplněnou touhu po plnohodnotném vztahu s mámou, ale i vztek, který na ni může mít. Skupina jí ukazuje, jak může ulevit svému přetížení, naplňovat svoje potřeby i bez mámy, odpočinout si a věnovat se sobě. Jak se postupně naučit říkat své mámě „ne“. Jak zároveň podporovat to, co je v jejich vztahu funkční a co dává radost ze vzájemného bytí, např. společné výlety. Tím, že podobný proces, i když v jiných scénářích prožívá několik dalších členů skupiny, pomalu to Veronice pomáhá pochopit a přijmout, že máma má svoje limity a možnosti.

Veronika je velice inteligentní a poctivá, o věcech přemýšlí a snaží se hledat příčiny svých problémů. Skupina nabízí Veronice bezpečný prostor, kde může být přijímána i se svými emocemi vzteku, bezmoci, frustrace, smutku, ale i lásky, které ve vztahu s mámou prožívá. Podporovat to, co jí naplňuje ve vlastním samostatném životě mimo rodinu a vytvářet tak pole pro postupný pomalý separační proces. Jako žena terapeutka vnímám, jak důležitou roli pro Veroniku hrají jako bezpečná dospělá „mateřská“ figura, která jí přijímá takovou, jaká je, bez nároků a hodnocení. Veronika o tom později po několika letech docházení na skupinu sama otevřeně mluví.

Jsem, jaká jsem: „Nejsem svoje diagnóza“

Veronika je od svého pokusu o sebevraždu medikována antidepresivy, léky na úzkost, a občas také léky na spaní, s diagnózou disharmonického vývoje osobnosti se sklonem k maniodepresivitě. Má svého psychiatra, ke kterému pravidelně dochází. Stanovení diagnózy mělo pro Veroniku dvojí efekt, jednak pomohlo legitimizovat její skutečné problémy a nastavit vhodnou medikaci, která jí umožňovala tyto problémy zmírňovat a vést lepší život. Za druhé, a to je bohužel častým tématem skupiny se její psychiatrická diagnóza stala na čas „**identitním tématem**“ ve stylu „**jsem svoje diagnóza**“. Tímto procesem do jisté míry procházeli všichni dospívající ve skupině, kteří měli zároveň psychiatrickou péči. Ve skupině má většina jejich členů „**nějakou diagnózu**“. Velkým tématem skupiny je užívání

antidepresiv a dalších psychiatrických léků. Vhodnými terapeutickými intervencemi se snažíme, aby **dospívajícím jejich diagnóza nenahradila hledání toho, kým jsou a chtějí být, a nestala se náhradou za jejich celistvou osobnost a identitu, kterou ve svém věku hledají.**

Veronika ve svých devatenácti letech otevřeně říká:

„Vím, že jsem trochu magor, moje máma je magor a babička taky byla. Ale taky vím, že sice beru prášky a ještě nějaký čas asi budu brát, ale já jsem já i s tím magorstvím, co ke mně patří, ale nejsem jenom to. Jsem hlavně to, jak žiju a chci žít.“

Vztah ke svému tělu a různé podoby poruch příjmů potravy

Veronika, podobně jako většina dospívajících dívek v terapeutické skupině, prochází v procesu své individuace různými podobami a fázemi poruch příjmů potravy od bulimie přes anorexii až po orthorexii (posedlost zdravou stravou). Vztah k vlastnímu tělu, testování jeho hranic a limitů prostřednictvím excesivního chování či různých forem autoagresivních projevů, přijetí vlastního těla v lásce a tvaru sebeakceptace, je jednou z klíčových terapeutických výzev a také „lakmusovým papírkem“ toho, zda terapií doprovázená individuace přináší pozitivní změny či nikoliv. Raná individuální traumata promítající se do emočního života našich dospívajících klientů, stejně jako dysfunkční rodinné systémy, které vytváří nezdravé transakční vzorce v rodinné komunikaci, jsou základní faktory ovlivňující symptomatické chování. Symptomy jsou obrannými mechanismy, které dospívající musí zapojovat do svých životů, aby „přežili“.

Jeden z Veroničiných problémů je, že nemůže jíst na veřejnosti před ostatními. Proto také několik prvních let nejezdila na víkendové pobyty, které v rámci skupinově terapeutické práce organizujeme dvakrát ročně. Dospělí členové její rodiny jí to svými často kritickými poznámkami na adresu jejího těla neulehčují. Veronika stejně jako ostatní dívky na skupině rozumově ví, že to, jak se chová ke svému tělu, jí neprospívá. Sdílí to s ostatními, stejně jako vztek na to, co jí máma s tátou říkají o jejím těle. Nakonec je to právě vztek, který jí umožní v průběhu postupné individuace a separace se proti těmto poznámkám (a jazykovým konstruktům „rodičovské pravdy“, které mají schopnost se „přilepit“ do její dospívající mysli jako „kus špíny, které se nelze zbavit“) vymezit a tím také vyřešit problém jídla jako symptomu, který udržuje nezdravé interakce v rodinném systému. Na skupině jsme ji povzbuzovali v jejím zdravém naštvání „*Co jim sakra*

do toho je, jakej mám zadek?“ Po čtyřech letech jede na svůj první víkend se skupinou, a když si společně opékáme buřty na ohni, svěřuje se nám, že je to její první společné jídlo před lidmi po mnoha letech.

Blízké vztahy a sexuální identita

Velkým tématem pro dospívající jsou „**blízké vztahy**“, především partnerské, ale i blízké vztahy obecně. Většina našich dospívajících pochází z rodin, kde jsou blízké vztahy problematické a nenaplnující jejich potřeby. Často přichází s výše zmíněnými ranými traumaty z dětství. Prolínání tématu vztahů v rodině a toho, jak můžu či chci navazovat blízké vztahy, které potřebuji, je stálým tématem a osou zrání členů skupiny.

Veronika pochází z rodiny, kde se musí starat o svou psychiatricky nemocnou matku a vztah s tátou je založen především na tom, jak je výkonná, jak dobrou práci odvádí ve škole a jaké má další profesní ambice v životě. Pro svého mladšího bratra, se kterým má blízký vztah, často plní opět roli náhradní mámy, včetně vaření. Její individuální potřeby nejsou vyslyšeny, nejsou respektovány a nemohou být naplňovány tak, jak by je potřebovala. Veronika o svých rodičích mluví s láskou, je smutná z toho, že nedostává to, co by potřebovala. Vinu hledá u sebe. Vztah s tátou stojí na jeho očekávání, že bude vzorná studentka (kterou opravdu je), která neúnavně buduje už od patnácti let svoji „kariéru“.

Povzbudíme Veroniku v tom, že to, že jí rodiče nedávají to, co potřebuje. Není to její chyba a může být tak po právu smutná i našťvaná. Ve skupinovém sdílení se Veronika učí, jak mámě i tátovi bezpečně říkat co cítí a co by potřebovala. Mluvíme o tom, že rodiče mají své limity, které nemohou nebo nechtějí z různých důvodů překročit směrem ke svým dětem. Při sdílení těchto často opakujících se, podobných vztahových interakcí s rodiči pomáhá „**společný humor**“ a „**legitimizace společného našťvání**“: „*Už fakt nevím, jsou úplně zbedněný*“. A my jako dospělí terapeuti, můžeme stát otevřeně na straně Veroniky: „*Ano, v tomhle jsou fakt úplně zbedněný a nedivíme se, že jsi tak hrozně našťvaná.*“

V navazování blízkých vztahů se Veronika cítí jistá, když může být pro druhé oporou, podporovat je, často až za hranice svých sil. Na druhou stranu naráží na to, že to samé neumí přijímat od druhých. Nenaučila se to. Je pro ni přirozené dávat, ale ne přijímat. I ostatní sdílí své zkušenosti s blízkými vztahy, a tak je možné se nahlédnout a přijmout, že ke zdravým vztahům

patří nejenom dávání, ale také přijímání. Členové skupiny reagují na to, jak by se cítili v roli partnerů Veroniky, kdyby jim nedovolovala o ni pečovat.

Když přišla Veronika na skupinu, mluvila o sobě jako o bisexuálce. Přitahují jí muži i ženy. Se ženami je pro ni jednodušší navazovat intimní vztahy než s muži. Skupina je v tématu sexuality velmi otevřená, neodsuzující a přijímající. To, že někdo o sobě prohlásí, že má bisexuální orientaci, nevzbuzuje na skupině žádné mimořádné vzrušení. Na rozdíl od vlastních rodin. Tématem zůstává to, jak navazovat a „mít“ blízké vztahy obecně, je jedno jestli s muži nebo se ženami.

Jak mohu být v rodině přijímána taková, jaká jsem (a potřebuji to ještě)?

V prvních dvou letech Veronika na skupině řešila primárně vztahy s rodiči a také svoji roli v rodině. Oslovovali jsme opakovaně to, jak neochota rodičů měnit svoje chování k ní a slyšet její hlas ovlivňuje to, jak ona vnímá sama sebe, jak jí to ubližuje, jak to ovlivňuje její sebehodnotu a schopnost žít život, který by chtěla žít. Ze zkušenosti víme, jak je těžké pomáhat dětem i dospívajícím něco měnit, když rodina, kam se každý večer vrací a kde žijí, není ochotná a otevřená k pohledu na to, že to, co se děje dětem je odrazem toho, co se děje v rodině.

Veroničiny rodiče jsme opakovaně zvali do rodinné terapie, bohužel žádný z pokusů nevyšel. Po zahájení individuální terapie Veroniky jsme po domluvě s individuální terapeutkou znovu i jejím hlasem rodiče oslovovali, opět bezvýsledně. Poslední nevydařený pokus přizvat rodinu ke spolupráci nám více otevřel terapeutický proces, kde jsme mohli v rámci sdílení na skupině Veroniku otevřeněji podporovat v její individuaci a separaci. Rodiče jako prioritní téma, postupně mizeli, o to víc se objevovala Veronika se svými touhami, strachy, nadějemi, talenty a velkou energií žít dobrý život. „Hele, já když dneska doma řeknu, že jsem bisexuálka, máma jde vařit a táta se mně zeptá, kam půjdu na Erasmus. Pakárna co?“ Na skupině už se tomu můžeme po letech společně zasmát. Společně s Veronikou už víme, že smutek z toho, že rodiče prostě neslyší, co slyšet nechtějí, zase odplyne...

Veronika: „Jsem možná tlustá, mám prášky na hlavu, mám děsný rodiče, mám praštný vztahy, ale baví mě můj život, sakra.“

Role Veroniky ve skupině a jak se proměňovala v čase

Veronika dochází na skupinu téměř čtyři roky a je zajímavé sledovat, jak se proměňovala její role ve skupině. První roky si do skupiny hodně brala to, co skupina mohla nabídnout: vrstevnickou skupinovou podporu, legitimizaci svých pocitů a emocí, zejména ve své roli v rodině, sdílení zátěže z parentifikace, atd. Vždy si na skupině vzala pro sebe prostor a uměla ho využít. Přibližně v období, kdy začala docházet na individuální terapii, se její role začala proměňovat na „staršího“ ve skupině. Byla to ona, kdo dával novým členům skupiny podporu, především zkušeností z vlastního života, dělala to, co pomáhalo jí, pomáhala legitimizovat „problematické“ pocity ostatních vůči rodičům, svým svérázným humorem dokázala jadrně pojmenovat to, co jsme si my jako terapeuti „nemohli dovolit“. V posledním roce přichází Veronika na skupinu pouze občas a podává svými slovy tzv. „life update“. Skupina je pro ni místo, kam se ráda a bezpečně vrací, ví, že je tam přijímaná taková, jaká je a s autentickým a vřelým zájmem o její životní cestu.

Cesta ze skupiny do individuální terapie

Veronika začíná cítit, že potřebuje více prostoru

Přibližně po třech letech pravidelného docházení na skupinu Veronika přichází s prosbou, zda bychom jí nedoporučili individuálního psychoterapeuta, se kterým by mohla některá témata probrat více do hloubky. Mluvila o tom, že cítí, že na skupině už to pro ni není dostatečně intimní prostor. Prosí nás, aby nadále mohla na skupině zůstat a mít jí pro sebe jako svůj bezpečný „přístav“ se vším, co skupina, pro ni představuje. V jejím přání jsme ji podpořili a vnímali ho jako další krok směrem k růstu, zralé individuaci a separaci. Veronika začala a doposud dochází k terapeutce z našeho týmu.

Individuální psychoterapie Veroniky

V počátku individuální terapie je našim prvním cílem navázat vztah a především důvěru v psychoterapeuta i samotný proces léčby. Veronika za sebou již hodně zkušeností ze skupinové psychoterapie, psychiatrické péče a také z opakovaných pobytů v denních stacionářích. Je navíc velmi dobře intelektově vybavená a umí dobře vyjadřovat svoje pocity. Přesto,

v hloubce individuální práce je často v rozpacích a nedovoluje si o sebe nechat pečovat. Těžké chvíle v terapii (stejně jako i v životě) maskuje analyzováním, které jí díky zkušenosti i inteligenci jde velmi dobře, a také často sebeironizujícím humorem.

Nejsilnějšími momenty jsou okamžiky sdílení prožitků z období šikany ve škole a hlubokých psychických propadů, kdy se cítila osamocena a věřila, že nikomu nebude chybět, když tu nebude.

V: „Já jsem vlastně úplně nemyslela na to, že bych se chtěla opravdu zabít, ale hlavně jsem jim chtěla ukázat, jak špatně mi je. Nikdo mě neposlouchal, tak jsem se prostě rozhodla jednou o přestávce ve škole skočit z okna.“

Pláče, podávám jí kapesník. Jsem šokovaná, jak hrozně jí asi muselo být, aby tohle udělala? Ale nahlas nic neříkám.

V: „Naši konečně viděli, že to ve škole se mnou prostě není ok. Táta si asi stejně od té doby myslí, že jsem hysterka, stejně jako máma, ale aspoň jsem se tam už nemusela vracet.“

T: „A co si myslíš ty o tom, co říká táta?“ V: „Možná jsem hysterka, ale já jsem to musela udělat. Pořád to trochu bolí, když na to myslím.“ T: „To možná bude ještě dlouho. Ale máš právo věci vnímat a také cítit, i když to někomu může připadat přehnané.“

Veronika už se trochu zklidňuje a dodává:

„Dneska už to vím, aspoň většinou, ale stejně si často myslím, že jsem moc.“

Sebedevalvující náhled a silné pocity nedostatečnosti nebo naopak přehnanosti emočního prožívání zakalují jakoukoli možnost spokojeného bytí především v počátcích naší spolupráce. Neumožňují normální soužití s vrstevníky. Veronika má dosud na gymnáziu individuální plán a řeší různé sociální dyskomforty a strachy, které ji tuto situaci ještě více komplikují. Často ji vyřazují z normálních aktivit jako je společné stolování, cestování v městské hromadné dopravě nebo prosté setkání s přáteli.

V: „Já prostě nesnáším jíst na veřejnosti. A taky je pro mě těžké vidět někoho jíst. Když někoho vidím polykat jídlo před ostatními, plní mě to smutkem.“

Bojuje ale od začátku terapie, nikdy se nelituje, téměř nepláče. Její vnitřní dialogy jsou někdy velmi sebe-vyžadující a často kritické až sebe-nenávistné. Zaměřujeme se především na oceňování a podporu zdravějšího a laskavějšího sebe-náhledu. Pomáhá terapeutická technika práce

s vnitřním dítětem, která spočívá v láskyplném kontaktu s dětskou částí v nás. Hodně se osvědčuje u podobných (nejen mladistvých) klientů s pevnou osobnostní strukturou, kde také není opravdu vážné dětské trauma jako rané opuštění nebo zneužívání, ale přetrvávající dlouhodobě nízká sebeláska a špatné vzorce zacházení sama se sebou. Veronika dochází na terapii již téměř rok...

V: „*To je trochu blbý, ne? Mluvit k sobě jako k malému dítěti*“, ptá se mě na sezení, po tom, co jsem jí vysvětlila terapeutický přístup a povzbuzovala ji, aby si zkoušela sebe představit jako malou holčičku. **T:** „*Ze začátku to je samozřejmě nezvyk komunikovat se sebou jako s dítětem, ale je to opravdu účinná terapeutická technika, pomáhá ke zlepšení vztahu sama k sobě, k pochopení emocí a toho, co teď zrovna potřebuješ a jak je to jiné nebo podobné tomu, co jsi potřebovala jako dítě. Jak jsi měla ráda, aby se Ti říkalo, když jsi byla malá?*“ **V:** „*Hmm, asi Verunka...*“ **T:** „*Co myslíš, že by teď Verunka potřebovala?*“ **V:** „*Nevím, asi aby jí někdo řekl, že to bude dobrý, že jednou bude šťastná...*“ chvíli to vypadá, že se rozpláče... **T:** „*Můžeš si taky představit, jako bys mluvila k nejlepší kamarádce a co by asi chtěla nejlepší kamarádka pro tebe?*“ **V:** „*No, asi abych na sebe byla hodnější, ne tak přísná a měla se víc ráda,*“ vysype ze sebe a je na ní vidět, jak je sama překvapená, jak snadno tohle řekla. **T:** „*Tak vidíš, to je fakt hezký.*“ **V:** „*No, to šlo úplně samo, tak já to budu zkoušet, vlastně je to docela příjemný, na malou Verunku nechci být zlá jako na sebe.*“

Občas se k malé Verunce vracíme, ale postupem času už to není potřeba. Veronika se dostává do kontaktu se svými potřebami a dokáže o sobě mluvit s menším despektem. Postupně se dostáváme hlouběji, v mnoha rozhovorech probíráme, kdy je možné být křehká, kdy čas je na to se někomu otevřít, a kdy si to může dovolit.

V: „*Když já se fakt pořád bojím, že jen tak přežívám, že nedělám dost. Taky si připadám trapně říct, co chci, připadám si pak chamtivá. Nezasloužím si možnost jít proti proudu, protože jsem to já.*“

Dostáváme se blíže k reálné rodinné situaci. Rodina a vztahy v ní jsou stále nejvýraznějším tématem. Manipulující matka, která je dostupná jen, když je jí dobře. Když se Veronika odváží vymezit a vznést nějakou kritiku, reaguje únikem. V lepším případě upadá matka do běžné nemoci, v horším případě do depresí a demonstrativních sebevražd.

Veronika musí řešit matčin pokus o předávkování léky na alergii. Křísí ji téměř z bezvědomí a po té, co se matka probere, jí oznámí, že „tohle

by už táta nedal“. Veronika je chycena do pasti matčina manipulativního jednání a přitakává: „ano, táta by tohle vůbec nepochopil“. A ví, že to musí „zvládnout“ sama. Na terapii se k situaci vracíme, snažím se jí ukázat, že podobné krizové okamžiky nemusí řešit sama. Mohla by zážitek sdílet s otcem, byť by jeho reakce byla jakkoliv odmítavá. Nemusela by sdílet tíhu takového tajemství s matkou, které jí v jejím věku nepřísluší, protože vytváří přehnaný tlak a možné pocity viny, co by se dělo, kdyby matka podobný čin dokonala.

Otec „podporuje“ dceru vytvářením jiného tlaku, který je zaměřený na výkon. Možná čelí svému vnitřnímu tlaku z nepříliš šťastného manželství a přeje si: „Aby alespoň dcera se nám povedla“. Veronika přináší do terapie zakázku: „Chtěla bych, aby táta bral moje problémy vážně.“

V: „Táta teď po večerech vytváří excelovské tabulky se školami, na které bych se měla přihlásit. Je skvělý, vybral už devět přihlášek na různé vysoké školy.“

Jaký efekt má tátův tlak na Veroničinu výkonnost a sebevědomí? Byť je premiantka, celý rok žije v obrovském stresu, že nezvládne maturitu a také že se nedostane na žádnou vysokou školu ne. Jen co maturitu úspěšně složí se samými jedničkami, dostane se hned po prvních přijímacích zkouškách na první vysokou školu, na kterou se přihlásila. Léto má nabitě všemožnými aktivitami, vede dětské tábory animovaného filmu, ve filmech účinkuje, natáčí, ovšem nic z toho není pro otce dost. Už by totiž měla mít rozmyšlené stáže a jasno v tom, kam pojede na stipendijní pobyt Erasmus.

V druhém roce individuální terapie se zaměřujeme na reflexi nerealistických a nesmyslných očekávání otce. Aby si mohla dovolit „povolený“ odpočinek, musí být opravdu nemocná. Jinak by byla vnímána jako neschopná a líná. Časem se nicméně její náhled na výkonnost a nezbytnost odpočinku začíná naštěstí měnit.

V: „Občas je to fakt neuvěřitelný, co mě napadá!“

T: „Co tím myslíš?“ V: „Někdy ve třinácti jsem si myslela, že se patnácti nedožiju. A teď se dokonce těším na budoucnost.“

„Skoro“ rodinná terapie

Přibližně po roce a půl individuální terapie klientka přichází a žádá o možnost terapie také pro svého mladšího bratra. Má o něho obavu, je ve věku

jejího prvního pokusu o sebevraždu a má také silné depresivní myšlenky. Po prvním kontaktu s bratrem i mámou zvažujeme jednoznačně indikaci k rodinné terapii. V úvahu přichází i rodinný víkendový výjezd. Jsme nadšeni, konečně by v naší společné práci na nápravě obrácených dětsko-rodíčovských rolí Veronika nebyla sama, konečně by se mohlo v rodině něco pohnout, co považujeme za rizikové a „toxické“. Ale nadšení je předčasné. Matka nakonec terapii odmítá s odvoláním na otce, který údajně nechce být přítomen žádné terapii. Nakonec si to rozmyslí i Veronika. Přišla by o svůj bezpečný a také „exkluzivní přístav“ v Animě. Možná jsme pro ni rodinou náhradní a „lepší“, o kterou nechce přijít, každopádně ale místem, kde získává nezbytnou emoční korektivní zkušenost a také dovednosti, jak se ubránit znehodnocování a jak se naučit zdravě a bezpečně řešit intra i inter-psychické konflikty. Znamená to ale také, že ponese tíhu terapie a změny v rodinném systému sama. I když jí v tom částečně pomůže bratr, který začne docházet na individuální terapii.

Role terapeuta v individuální terapii Veroniky bez rodinné terapie?

Často jsem při individuální terapii i při supervizích přemítala, jakou roli v celém procesu mám, jak působí mé vstupy a reflexe, jak především léčit, prospívat a hlavně neškodit. Jak můžu působit jinak než v rodinné terapii, jak nedělat stejné chyby jako rodiče. Nabízím zamýšlení nad možnými rolemi terapeutky:

Terapeutka jako „náhradní“ bezpečná matka

Moje nejvýznamnější terapeutická (přenosová) role je postava „bezpečné mámy“. V životě Veroniky je máma sice fyzicky přítomná, ale z mnoha příčin, nejspíše pod vlivem zážitků a traumat ze své primární rodiny a raného dětství, nedokáže Veronice nabídnout pevný a bezpečný mateřský vztah, kterým by ji mohla doprovázet v čase puberty a dospívání a umožnit jí bezpečnou a zdravou separaci i vstup do dospělosti. Pravděpodobně je Veronika více matkou své matce, než je máma matkou Veronice. Přinejmenším v důležitých formativních momentech a expozicích, které přirozeně pubertu a dospívání doprovází, a které jsou testem odolnosti a příležitostí k experimentování i zkoušení nových vzorců myšlení i jednání. To, co je klinicky zcela zjevné, že Veronika postrádá zážitky s pečující, podporující, obdivující a zároveň pevnou mámou. Mámou, která je citlivá, ke své dceři pozorná, nesoudí a nemá omezující předsudky. Která umí nabídnout

kritickou zpětnou vazbu s humorem a láskyplností, bez nerealistických nároků a bez devalvace dcery i sebe sama. Jako terapeutka máme za úkol vytvářet přijímající prostředí, jako bych dospívajícím klientům neustále říkala: „Mám tě ráda“, „no matter what“ (ať se děje, co se děje). „Řekni, co potřebuješ, nemusíš se obávat zneužití, ani znehodnocení. Nepotřebuješ se trestat, ani utíkat do nemoci, můžeš se plně věnovat svým psychickým i tělesným potřebám a budeš v tom mít moji podporu.“

Pro většinu našich traumatizovaných klientů je vyřešení otázky „jak být (bezpečně) v intimních vztazích“ základní životní zkušeností pro „přežití“. Fluidnost toho, co je ohrožující blízkost, pokud nerozlišuju objekt sexuálního zájmu na pohlaví, je někdy matoucí i pro nás, terapeutky. Jak asi musí být uvnitř mysli a srdce klientky, jejíž identita je bisexuální? Mají to dnes jednodušší, když každý může být objektem sexuálního zájmu? Bisexuální orientace či bisexuální „identitní vymezení“ je dnes běžné a přijímané, ale také znamená permanentní diskurz v tom, zda ten druhý v interakci je kamarád, kamarádka, intimní partner anebo hrozba, která ublíží? Každé „setkání“ může být potenciální intimní hrozbou. Je už dnes jen jedno pozvání na kafe a jeho přijetí ohrožující, protože to vlastně může být rande, které může přejít ve vztah? To jsou témata, kterých se při práci s dospívajícími dotýkáme dnes a denně. S ohledem na normativní proměny ve společenském diskurzu se snažím kromě otevřenosti, autenticity a bezpečného „attachmentu“ přinést trochu i „staro-školského pohledu“: přeci jenom jedno kafe ještě nutně nedělá „chození“ či intimní vztah, a na druhou stranu – k intimitě a sexu nemusí dojít bez lásky jenom proto, že to někdo očekává.

Dalším významným tématem je „přijetí“ v obecnějším slova smyslu. Tady je naše spíše role formativní a edukační. Dělat věci, abych „zapůsobila“, je přece v tomto vývojovém období úplně normální, ale jak pracovat s úzkostí z hodnocení ostatními, které k takové transakci neodmyslitelně patří? Snažíme se reflektovat úspěchy, skrz pozitivní konotaci upevňovat zdravé způsoby myšlení a chování a nabízet svoji vlastní zkušenost pro přiblížení i pro zasazení do světa „normality“ ve smyslu – „i nám dospělým a rodičovským autoritám se to dělo či děje, nemusíš se toho bát“. Oceňujeme úsilí o vlastní změnu, kreativitu a aktivitu i (ironický) humor, který je výrazem pochopení a akceptace.

„Proč ne rovnou 15 přihlášek na vysokou školu? 9 je docela málo...?“

Terapeutka v roli „mladší sestry“

Přenosová role „mladší sestry“ je užitečná, lze s ní pracovat terapeuticky a cíleně při snaze o nabídnutí zpětné vazby s možností získat nový náhled na určité situace, ale může také vznikat na straně klientek zcela spontánně. Jejím prostřednictvím můžeme obdivovat schopnosti a originalitu zcela bezostyšně a bezhraničně, nehrozí, že bude tak „strašně trapná“ a nemoderní jako matky často bývají. Někdy ovšem obdivuje moc a má nerealistické představy s růžovými brýlemi, takže občas leze trochu i na nervy. Může to být užitečná korektivní zkušenost a expozice v situacích, které jsou našim klientkám důvěrně známé.

Terapeutka v roli „důvěrné kamarádky“

Postupně se z matky často moje role proměňuje na „starší, blízkou kamarádku“. Tato zkušenost je opět pro naše klientky formativní a významná. Platilo to i o Veronice. Po blízké kamarádce toužila, ale zároveň se jí bála mít, protože někdo, koho si pustí takhle blízko, může nakonec odejít a zranit mě. Takové zranění je odmítnutím, na které jsem citlivá a znehodnocením, proti kterému se neumím bránit: „Nejsem dost zajímavá, což také znamená, že za nic nestojím, a to také může znamenat, že nejsem nic“. Nebo Zradí, protože uvidí, že není dokonalá. Nebo se z takového vztahu stane intimní příběh, o který přijde, protože vztah nevydrží. Hodně blízkou kamarádku má Veronika přesně takovou „blízkou/intimní“ kamarádku má a vztah je plný nejistot a ambivalencí. Terapeutická práce s touto „rolí“ může nabídnout korektivní zkušenost a vědomí, že mohou existovat „důvěrné“ a bezpečné blízké vztahy. I bez intimity a sexu.

Terapeutka v roli otce

„Role otce“ v přenosovém uspořádání vztahu terapeutka-klient/ka mě trochu „děsí“. Může mě tak například Veronika vidět? Určitě trochu ano. Jsem si dobře vědoma toho, že ve své osobnostní výbavě mám z primární rodiny zakódovánu „orientaci na výkon“, určitou podobu ambic a očekávání, a že se mohou tyto „kvality, dispozice, naučené vzorce myšlení a chování“ někdy nevědomě přenést na klienty. Například v podobě „tlačení“ do kreativních aktivit, vztahů nebo nových pohledů a zkušeností.

Občas mě „obyčejně lidsky“ štve, že Veronika nevidí, co všechno ví a umí, na co všechno je šikovná a namísto sebevědomí se jen neužitečně devaluje. Přemýšlím nad tím, že „mít potřebu něčeho dosáhnout“ je pře-

ci v pořádku, a že to neznamena „neustále se za něčím hnát“. Občas při práci s Veronikou pomáhají terapeutické paradoxy: „*Jo, jsi fakt hrozná a neschopná, že jsi natočila další film a přitom udělala maturitu na samé jedničky.*“ Většinou následuje smích a sebereflexe klientky, že by se vlastně měla či alespoň mohla pochválit. Několikrát již sama začala sezení slovy, za tohle mě nepochváliš. A většinou jde o nějaký příklad přetěžování či sebedestruktivního chování, které se mnou poté už většinou dobře „zanalyzované“ sdílí. Fyzicky si ubližuje čím dál méně.

Terapeutka v roli „alter ega“ nebo „idealizovaného self-objektu“?

Jak daleko či blízko mě Veronika vidí? Jsem pro ni nějakým vzorem, zrcadlem nebo pouhým „uchem“, které mě nevnímá jako skutečnou osobnost? Mohu pro ni být jejím „druhým já“, anebo dokonalým projektivním tvarem obrazu: „Taková bych chtěla být“? Se kterým se stačí v průběhu terapie identifikovat, aby uspokojila neutěšený konflikt svých nevědomých intrapsychických sil a mohlo jí být na emoční úrovni bezpečně a dobře? S rizikem, co se stane s takovým „self-objektem“, až skončí terapie nebo při první vážnější konfrontaci?

Občas si například říkám, jak asi působí, že jsem štíhlá, když řešíme otázky těla a jídla. I s ohledem na aktuální mohutné tělesné dispozice Veroniky. Možná také proto je řešíme tak málo. Není to pro ni škoda? Práce s projekcí, s „normalizováním“ obrazu terapeuta, jeho „polidštění“, práce s hranicemi mezi „já“ a „ty“ v terapeutickém vztahu, to vše je naše každodenní rutina.

Všechny výše uvedené role se mohou také prolínat, chvíli to může být tak a podruhé jinak, ale to co zůstává klíčové je skutečnost, že naše zařízení i se svými odborníky je jeden z mála dlouhodobě pevných bodů a také vztahů ve Veroničině životě.

Jak vím, že to dělám dobře?

Nevím to, neustále pochybuji a k tomu přispívá moje osobní nastavení a „samozřejmě“ také částečný protipřenos, pokud se rozhodneme tomuto konceptu věřit. Řadu témat mé klientky jsem sama v dospívání řešila, i když v zcela odlišné rodinné situaci.

Co je zřejmé, že vztah mezi námi je pevný, i v maturitním čase Veronika chodí na terapie, přináší nová témata a vždy je připravená na sezení. Celkově se omlouvá méně než dřív, a i po jisté turbulenci, která byla zatím

asi největší konfrontací v našem vztahu, kdy těžce snášela kritiku ohledně omluv na poslední chvíli. Sdílí se mnou úspěchy i mimo čas terapie, je zjevné, že je pro ni terapeutický prostor mimořádně podpůrný. Sama často mluví o tom, že se má více ráda než dřív, že umí víc odpočívat a nemá takový strach z navazování a udržování vztahů.

Samozřejmě přemýšlím o konci terapie. Kdy nastane vhodný okamžik pro počátek odpojování od terapie, ode mne, od Animy? Kdy bude vhodný čas na postupnou a bezpečnou separaci, která nebude mít obraz „retraumatizace“ ze své vlastní rodiny? Kdy budu moci Veroniku „bezpečně vyslat do života“? Bude to, až naváže první opravdu dlouhodobý vztah? Až nebude mít problémy s jídlem? Až dostuduje vysokou školu? Až se plně odseparuje se od rodičů? A nemá dnes nezdravou závislost na mně v nejrůznějších přenosových rolích, o kterých jsem uvažovala? Nebo na vlastním „procesu“ terapie? Na to zatím nemám jednoduchou odpověď.

Verunčina cesta: „Jak se vidím já“

Veroniku jsme požádali o možnost zveřejnění jejího příběhu v této knize. Souhlasila a zároveň přislíbila udělat retrospektivu procesu ze svého pohledu, tak, jak jej prožívala ona sama a také jaké aspekty pro ni byly zlomové. Text je pro účely této publikace stylisticky upraven a zkrácen, nicméně bez jakýchkoliv zásahů do jeho obsahu a významu.

Duševní zdraví jako tabu

„Poprvé jsem vkročila do ordinace terapeuta, když mi bylo jedenáct. Do té doby jsem nevěděla, jak to bude u psychoterapeuta vypadat; byla jsem plná jen negativních domněnek, které jsem si vyposlechla od mé tety. Duševní zdraví je bohužel tabuizované téma v mé rodině. Ale i přes nepříznivé ohlasy mého okolí, jsem ráda, že jsem se rozhodla s terapií začít.“

Kdo za to může?

„Je velmi těžké rozlišovat, co mi dala terapie jako taková a jaké změny ve mně zapříčinilo přirozené zrání osobnosti. Každopádně změn za všechny léta, co chodím na terapii do Animy, je hodně. Jsem ráda, že jsem mohla vyzkoušet skupinovou i individuální terapii, jelikož je dynamika mezi terapeutem a klientem v každé terapii odlišná a obě mi dávají něco jiného.“

Skupinově či individuálně

„Jsem ráda, že mi skupinová terapie umožnila interagovat v bezpečném prostředí s mými vrstevníky, kteří si procházejí podobnými věcmi jako já. Se spoustou lidí ze skupiny se bavím dodnes; myslím si, že se kvůli skupině necítím tak sama. Individuální terapie mi umožnila otevřít velmi osobní problémy, které jsem nechtěla sdílet s vícero lidmi (tzn. během skupiny). Během individuální terapie také nemám pocit, že beru někomu dalšímu prostor; je ale také více intenzivní než skupinová. Proto hodnotím pozitivně to, že jsem nejdříve docházela na skupinu, a až poté i na individuál, jelikož si myslím, že by na mě v té době byl individuál moc.“

Anima jako útočiště

„Myslím, že se ze mě během 4 let, co docházím do Animy, stala více „celistvá“ osoba. Myslím si, že jsem méně sebekritická, úzkostná a nejistá. Líbí se mi, že se mi dostává zpětné vazby, když sdílím různé pohnutky z mého života. Díky tímto interakcím jsem si uvědomila, že spousta mých pocitů a starostí je normálních a není se mnou nic špatně. Za Animu jsem moc ráda, je velmi příjemné mít prostor, kde se člověk cítí bezpečně a ví, že se mu dostane pomoci. Anima je v jisté formě mé útočiště; jsem moc ráda za vše, co mi dala a že do ní můžu docházet.“



Rozhovor mezi terapeutkami

Parisa: „Kdybys měla říct, co jste urazili, co se povedlo?“

Kristýna: „Není to jednoduché, protože jsme stále na cestě, ale i podle toho, co nám napsala Veronika sama, je vidět, že je výrazně silnější a zároveň svobodnější osobností.“

Parisa: „To rozhodně.“

Kristýna: „Myslím si, že by nikdy nemohla tak dobře fungovat jen individuální terapie. Ve Veroničině náhledu pomohla z počátku především skupina, kde našla prostor pro pochopení, že opravdu není blázen a že doma skutečně nedostává to, co by měla. Je velký rozdíl, když tohle slyší od vrstevníků, které navíc trápí podobné problémy, než pouze od dospělého, třebaže je sebevíce přijímající, podpurný a stabilní. A to by se právě dělo na individuální terapii. Po letech zklamání a nestability ze strany rodičů nějaký čas trvá, než se vytvoří nová intra a inter-psychická rovnováha, než

se nastolí důvěra a než podpůrné intervence mohou být klientem opravdu slyšeny a nevyznívají jako prázdná klišé.“

V individuální psychoterapii jsme řešili více než rodinu a rodinný systém vztah k sobě sama. Od minulosti jsme obrátili pozornost k přítomnosti a budoucnosti. Veronika se odvážila začít navazovat vztahy k mužům. Pracovali jsme na sebelásce, na zdravějších formách práce se stresem, v okamžicích krizí si dokázala říci o první pomoc a podporu. Sebe-nenávist, autodestruktivní jednání či deprese přestaly být hlavními tématy a ústředním tématem naší práce se stalo sebezpotvrzení a sebeúcta, právo na emoce, ať jsou příjemné či nepříjemné, a také že je normální dělat chyby a že touha po dokonalosti je sebezničující.

Parisa: „Vnímám, že individuální terapie funguje, v tom, že už pro Veroniku nejsem tak výraznou postavou. Což mě upřímně někdy mrzí.“ (směje se)

Kristýna: „Jak vnímáš to, že se nám nepodařilo dostat do terapie celou rodinu?“

Parisa: „Bohužel pro Veroniku to znamená, že musela všechno odpracovat sama. Ale myslím, že jsme udělali maximum. Rodiče byli často tématem. Ve chvíli, kdy nám bylo jasné, že už do rodinné terapie nenastoupí, mohli jsme si dovolit více podporovat separaci a individuaci klientky. Více reflektovat toxické vzorce u rodičů a tím Veroniku chránit a zároveň jí dodat odvalu k ušívavosti a pozornosti vůči vlastním potřebám, a tím pádem podpořit separaci.“

Kristýna: „Ano, vidím to podobně. Veronika je obdivuhodná. Často bylo deprimující vnímat, jak málo můžu v dané realitě fungování (a ne-spolupráce) rodiny změnit a jak moc musí Veronika bojovat sama za sebe.“

6. Specifické oblasti péče

Rodinná terapie a závislosti	269
Nerodinné systémy: Skupinová terapeutická práce s dětmi, dospívajícími a mladými dospělými	288

Rodinná terapie a závislosti

Pavel Bém, Jarmila Tolimatová

Etiologie: Závislost jako biopsychosociální a spirituální onemocnění

Závislost na návykových látkách, stejně jako nelátkové závislosti, jsou z definice chronická, recidivující, často celoživotní onemocnění, a pokud nejsou adekvátně léčena, mají progresivní vývoj s devastujícím vlivem na lidskou psychiku, rodinu i mezilidské vztahy. Ireverzibilní změny ve funkcích centrálního nervového systému (převážně chemické či neurotransmitterové povahy) i závažná poškození řady dalších orgánů pak nejenom zhoršují vlastní prognózu vývoje onemocnění, ale také definují individuální i širší sociální kontext, ve kterém se odehrává proces léčení či přesněji řečeno úzdravy. Závislí často svádí nekonečný souboj se svým „osudem“, jsou konfrontováni s neustále se opakujícími cykly relapsů a „vynucené“ abstinence, a z takového „boje“ jsou často „k smrti unavení“. Není neobvyklé, že nakonec ztrácí naději a víru v lepší budoucnost.

Pochopení pravé příčiny vzniku jakéhokoliv onemocnění je základním předpokladem jeho úspěšné léčby. Bohužel, v případech adiktologických poruch (a stejně tak většiny psychiatrických onemocnění) zatím teoretický ani aplikovaný klinický výzkum uspokojivou odpověď jasných příčin nepřinesl.

Pokusy objasnit původ a podstatu těchto poruch spadají v obecnější rovině do dvou odlišných paradigmat. Odborníci, zastávající **biologické či medicínské paradigma** upřednostňují vnímání návykových onemocnění jako důsledků příčin primárně biologické povahy. Závislost je onemocnění jako kterékoliv jiné. Etiologická odpověď podle nich leží v rukou výzkumníků v oborech genetiky, molekulární biologie, biochemie či neurobiologie. Podle jejich názoru budou tyto disciplíny dříve či později schopny poskyt-

nout nejenom odpovídající vysvětlení příčin vzniku závislosti, ale také nabídnout příslušná klinická řešení pro úspěšné léčení.

Odborníci, zastávající **psychologické paradigma** zdůrazňují, že závislost vzniká jako důsledek faktorů behaviorální a psychologické povahy. Poukazují na skutečnost, že mnohá návyková onemocnění jeví společné rysy naučeného chování, které je podmíněno pozitivním farmakologickým efektem příslušné psychoaktivní látky (či návykového chování v případě ne-látkových závislostí – patologického hráčství, přejídání a některých forem poruch příjmu potravy, nutkavého sexuálního chování, atd.). Zdůrazňují, že významné může být i sociální zpevnění při prvním užití psychoaktivní látky, které zvyšuje pravděpodobnost opakovaného užívání, a také role negativního podmiňování při snaze o potlačení nežádoucích příznaků odvykacího stavu při již rozvinuté závislosti. Vedle behaviorálních aspektů se ukazují jako klíčové pro pravděpodobnost rozvoje návykového onemocnění psychologické faktory, jakými mohou být traumatické zážitky raného dětství, absentující zdravý a bezpečný vztah („*attachement*“) novorozence s matkou v raném postnatálním období, fyzické násilí a zneužívání, či obecněji – **dysfunkční a ohrožující primární rodinný systém**.

Tyto traumatizující zkušenosti se následně promítají do dysfunkčního vývoje psýché (ega) dítěte, které často v klinické praxi vidíme jako „slabé“ a autodestruktivní, neschopné vypořádat se zdravými způsoby s impulsy, které přichází z vnějšího prostředí či s „triggers“ („spouštěči“) přicházející z vnitřního, intrapsychieho světa. Klasické psychoanalytické teorie vidí excesivní a závislé užívání psychoaktivních látek jako důsledek fixace na orálním stádiu psychosexuálního vývoje. Droga rozpouští obranu, konejší, závislý „trestá“ zároveň sebe i své okolí a pomocí návykového chování získává ztracený pocit síly a vlastní sebehodnoty. Do hry vstupuje konflikt nevědomých sil jako produkt nesouladu mezi vnitřní, pudovou, nevědomou či skrytou potřebou jedince a obranou proti ní, která je charakterizována vnějšími omezeními určenými výchovou, morálkou, normami a v širším slova smyslu kulturou.

Egopsychologické teorie posunuly vnímání závislosti do perspektivy konfliktu dvou či více zcela nevědomých sil. Osobnost závislého vývojově regreduje, štěpí se a dezintegruje do nekonzistentních fragmentů, namísto toho, aby se transformovala do stavebních kamenů stmelěných bezpečím uplynulé životní fáze. Selfpsychologie nakonec přišla s teorií, že závislí užívají návykové látky proto, aby se vyhnuli duševnímu úrazu/zranění

v podmínkách, které pro jiné lidi nejsou traumatické. Jedná se o *strukturální deficit v „self-objektních vztazích“*. H. Kohuth popsal požití návykové látky u závislého jako proces splynutí idealizovaného self-objektu se sebou sama. Závislý tak získává ztracený pocit vlastní síly a sebeúcty. „Slabé“ self, rozporné a neslučitelné představy o sobě či traumatizující události ranného dětství jsou intrapsychickým terénem, ve kterém se závislost může rozvinout.

Moderní neurobiologický výzkum ukazuje, že raná traumata nepředstavují pouze niterná emoční zranění, která si neseme z dětství do dospělosti, ale že se tato zranění mohou také přímo promítnout do *dysfunkčního postnatálního vývoje morfologických struktur „emočního mozku“* (např. *limbického systému, nucleus accumbens, prefrontálního kortexu, atd.*), ve kterých následně zjednodušeně řečeno něco chybí nebo naopak přebývá. Psychoaktivní látka či návykové chování potom slouží jako *„náhradní řešení“*, jak takovou chybějící látku či funkci v příslušných strukturách mozku nahradit. Primárně jde především o *dopamin*, klíčový neurotransmitter uplatňující se v základním motivačním systému odměn, ale také o řadu dalších chemických látek, které jsou rozhodující pro prožívání radosti, spokojenosti, anebo také pro odstranění nelibých a nežádoucích psychických či somatických důsledků výše zmíněných „jádrových“ emočních traumat.

Americká asociace pro závislostní medicínu (ASAM) definovala v roce 2011 závislost jako „primární, chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí, přičemž rozvoj tohoto onemocnění je přibližně z poloviny určován genetickými faktory“¹⁰⁸. S touto definicí bychom dnes mohli jistě polemizovat, zda významnější roli, než genetické faktory nebude hrát spíše dysfunkční primární rodinný systém, emoční traumata raného dětství či dokonce traumata a zátěže perinatálního a prenatalního období.

Vědecká síla výše uvedených *neurobiologických či psychodynamických paradigmat* není ovšem plně v rovnováze s jejich terapeutickým potenciálem. Tyto teoretické koncepty nám sice umožňují pochopit důležité faktory podílející se na vzniku onemocnění, ale nenabízí nám jasný klinický scénář pro efektivní léčbu. A to i na vzdory tomu, že psychodynamické aspekty jsou významnou součástí většiny léčebných programů jak v ČR, tak

108 Smith, D. E.: *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction.*, Journal of psychoactive Drugs 44, 2012.

v zahraničí. Moderní neurobiologický výzkum léčby závislosti pomocí „PAP“ – psychedeliky asistované psychoterapie je sice velmi nadějným příslibem pro léčení doposud zdánlivě „neléčitelných“, chronických recidivujících závislostí, ale i posttraumatických stresových poruch a farmakorezistentních depresí, je třeba si nicméně uvědomit, že jsme teprve na počátku zrodu nového, nikoliv pouze adiktologického, ale také psychiatrického paradigmatu, jehož platnost musí prokázat právě neurobiologický výzkum a klinické studie.

Pravděpodobnou příčinou těchto „zázraků“ při použití „PAP“ je **zvýšení neuroplasticity** mozku, tedy schopnosti nervového systému změnit strukturu a funkci v příslušných morfologických strukturách v souvislosti s entropií a denzitou neuronálních interakcí, které jsou důsledkem **psychedeliky navozeného rozšířeného stavu vědomí**. Díky takto navozeným změnám v mozku dochází k rozvolnění a revizi přetížených neuronálních spojení, a také ve vnějších tvarech k revizi dysfunkčních vzorců chování a myšlení, které se pojí s různými aspekty duševních a závislostních onemocnění. Stanislav Grof považuje psychedelika za „nespecifické amplifikátory vědomí“¹⁰⁹ a psychedelickou zkušenost jako nástroj jak získat přístup ke zdrojům našeho vědomí, které mohou nastartovat uzdravný proces. Existují hypotézy, že psychedelická zkušenost může konfiguraci neuronových sítí uvést do stavu, v jakém se nacházely před výskytem onemocnění.

Na základě dat klinického výzkumu posledních padesáti let je naopak velmi přesvědčivý terapeutický potenciál behaviorálních (primárně kognitivně-behaviorálních) léčebných intervencí, ale také programů, které do léčby zařazují oblast rodinných vztahů, rodinné dynamiky a v širším kontextu oblast *systemových vlivů sociálního prostředí*. Tomuto tématu se budeme věnovat podrobněji níže. Ze všech výše uvedených perspektiv je patrné, že **závislostní poruchy (a psychogenní poruchy obecně) odrážejí celou komplexitu biologických, vývojových a sociálních faktorů, kterým jsme v průběhu života vystaveni**. Vzhledem k tomu, že se tyto vlivy u jednotlivých lidí velmi výrazně liší, nedává valného smyslu vtěsnat návyková onemocnění do svěrací kazajky jedné teorie či jednoho klinického pohledu. Většina odborníků a praktiků proto obhájí eklektický přístup, který bere v úvahu celou složitost vzájemných interakcí biologických, psy-

109 Grof, S. (editor; s Ch. Grofovou): *Spiritual Emergency. When Personal Transformation Becomes a Crisis*. Los Angeles: Tarcher, 1989, s. 111.

chologických či sociálních faktorů při vzniku návykových onemocnění. Byť tento „**biopsychosociální model**“ je prosazován Světovou zdravotnickou organizací od sedmdesátých let minulého století a jistě přispěl k hlubšímu a celostnímu pochopení pojmů zdraví, nemoc, léčení, či „úzdava“, je patrné, že se s ním ani po padesáti letech současná medicína plně nevyrovnala.

Problémem bohužel zůstává, že ani tento již tak dost komplexní a složitý model nestačí k pochopení skutečné hloubky a povahy návykových onemocnění. Nebere totiž do úvahy **existenciální a psychospirituální aspekty** lidských životů, tedy duchovní rozměr člověka. Touha po celistvosti, smyslnosti, naplnění, spojení, víře či transcendentci (zkušenosti s dimenzí přesahující osobní „Já“) je člověku bytostně vlastní. Při klinických pozorování je u mnoha závislých pacientů patrná jakási hluboká, vnitřní „síla“, která by se dala definovat jako **nerozpoznaná a deformovaná touha po transcendentci**.

Transpersonální psychologie¹¹⁰ poukazuje na podobnost (byť povrchní) stavů pod vlivem různých psychoaktivních látek s vědomím plodu a jeho prožitkem univerzální kosmické jednoty, tedy stavu plného bezpečí a „emoční blaženosti“ v lůně matky. Samozřejmě mezi intoxikací alkoholem či jinými psychoaktivními látkami a transcendentními stavy existují zásadní rozdíly. Alkohol otupuje vědomí a smysly, narušuje intelektuální funkce a vyvolává „citovou anestézii“. Pro transcendentní stavy je naopak typické rozšířené vědomí, zesílené smyslové vnímání, jasnost myšlenek a bohatost emočního prožitku s duchovními vhledy. Jak se ale ukazuje, i zavádějící snaha o transcendentci stačí závislému k tomu, aby pokračoval v autodestruktivním jednání, často až do hluboké *psychospirituální krize*¹¹¹, kterou někdy nazýváme metaforicky „pádem až na dno“. Jako ilustrace takového „pádu“ může sloužit výpověď závislé matky: „Byla jsem v tak zoufalém stavu, že když jsem si mohla vybrat mezi alkoholem a mým milovaným tříletým synem, zvolila jsem alkohol“. Smyslem zde není soudit morální rozměr takového výroku či jednání, nýbrž ukázat na duchovní úrovni hlubinu utrpení, které dokáže zastínit i jeden z nejsilnějších instinktů – mateřský pud.

110 Grof, S.: *The Adventure of Self-Discovery*. Albany: State University of New York Press, 1987. Grof, S.: *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: GEMMA 89, 1992.

111 Grof, S., Grofová, C.: *Krize duchovního vývoje*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999. Grof S., Grofová, C.: *Nesnadné hledání vlastního já. Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999. Vančura, M.: *Psychospirituální krize*. In. Vodáčková, D. et al.: *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002.

Lidé závislí na alkoholu a jiných drogách prožívají intenzivní emoční bolest v podobě úzkostných stavů, deprese, vnitřního napětí, trpí pocity viny, studu, méněcennosti a snaží se těmto nesnesitelným emocím pomocí psychoaktivních látek a návykového chování uniknout. Alkohol a jiné návykové látky mají schopnost tlumit nejrůznější bolestivé emoce a navozovat stav od nich disociovaného či „rozptýleného“ vědomí, jakési „netečnosti“ k současným či minulým problémům. Takové stavy změněného vědomí jsou charakterizovány prožitkem „vysokého vzrušení“ s typicky klesajícím zájmem o vnější realitu a upoutáním pozornosti k intenzivnější realitě vnitřního života. Není náhodou, že typickým předmětem našeho zájmu při léčení závislých jsou právě reality vnějšího světa. Vnitřní svět a intrapsychické prožívání obvykle vnímáme spíše jako klienta ohrožující a zrazující. Nabízí se hypotéza, zda právě nedostatečná péče o intrapsychickou realitu pacientů v průběhu terapie, ale i v čase užívání, není jednou z příčin „chronicity“ onemocnění a relativně nízké efektivity léčby.

V tomto ohledu asi není překvapením, že těžké, chronické závislosti mají podle transpersonálních psychologů i podle psychoanalytické teorie velmi blízko k maniodepresivním poruchám a také k sebevražedným sklonům. Alkoholismus a drogová závislost jsou často popisovány jako protrahovaná, pomalá forma sebevraždy. Základní mechanismus je u obou poruch stejný: Utéct od bolesti či neutěšitelného emočního strádání a vrátit se zpět do bezpečí a „blaženosti mateřského lůna“. Jedná se samozřejmě o tragický omyl vyplývající z nesprávného chápání dynamiky vlastního nevědomí, touto cestou se do „bezpečí mateřského lůna“ na úrovni prožívaných emocí vrátit nelze. Toto srovnání nám nicméně umožňuje pochopit léčivý a transformační účinek hluboké psychické a duchovní krize, kterou závislost na psychoaktivních látkách či závislostní onemocnění obecně představuje.

C. G. Jung ve svých dopisech se zakladatelem organizace Anonymních alkoholiků Billem Wilsonem napsal, že člověka může před ničivým vlivem alkoholu zachránit pouze hluboký duchovní zážitek¹¹². U jednoho ze svých pacientů popsal: „Jeho touha po alkoholu byla, být na nižší úrovni, obdobou žízňě naší bytosti po celistvosti, neboli vyjádřeno středověkým jazykem, po sjednocení s Bohem.“ Správné heslo pro léčení alkoholismu by podle Junga mělo znít: „*Spiritus contra spiritum*“ (latinsky výraz „*spiritus*“ totiž znamená jak „alkohol“, tak „ducha“ či „duchovno“).

112 Jung, C. G.: *Sto dopisů*. Praha: Sagittarius, 1996.

Není náhodou, že filozofie úzdravy v hnutí Anonymních alkoholiků založených již v roce 1935 právě Billem Wilsonem (a také Bobem Smithem) i „Program 12 kroků“¹¹³, jeden z nejrozšířenějších modelů léčby závislosti ve světě, považuje duchovní – spirituální rozměr při léčení závislosti za zcela zásadní. Prvním z 12 kroků a tedy prvním krokem léčby je totiž přijetí „bezmoci“ vůči alkoholu či jiným látkám. Dilema, které přijetí tohoto kroku okamžitě vyvolá, je otázka: „Když já nemám sílu alkoholu či drogám čelit a jsem závislý, kdo to bude dělat za mě?“ Druhý a třetí krok pak spočívá v přijetí principu, že je něco významnějšího a „silnějšího“, než jsme my sami, a k této přesahující síle je třeba obrátit svoji vůli a svoje životy (rozumějme této přesahující síle jako „duchovní dimenzi člověka“ a také „vztahování se k Bohu“). V širším slova smyslu lze uzavřít, že závislost vede k duchovnímu rozvratu člověka, a tedy zapojení duchovní dimenze do léčby závislosti je naprosto klíčové¹¹⁴. A to především tehdy, pokud smyslem léčby nemá být pouhá abstinence, ale v širším slova smyslu zotavení či „uzdravení“.

Samozřejmě, pro duchovní naplnění života a nalezení jiného smyslu existence pro závislého člověka, než je „pouhá“ abstinence, je klíčovým fenoménem vztahování se k sobě, druhým, přírodě či univerzu, a s takovými vztahy neodmyslitelně souvisí „láska“. *Láska k sobě ve tvaru sebezpřijetí stejně jako láska k druhým ve smyslu duchovního souznění a naplnění.* Sama o sobě pro vyléčení ze závislosti nejspíše nestačí, ale bez ní není oč usilovat, není proč se snažit¹¹⁵. Autor teorie a praxe rodinných systemických konstelací Bert Hellinger¹¹⁶ tvrdí, že ve svých životech hledáme „lásku, která v sobě obsahuje skryté symetrie: dávání a přijímání, vinu a odpuštění, pýchu a pokoru, řád a chaos či rovnováhu a nerovnováhu, a naším úkolem je takové symetrie nalézt a pochopit“.

Závislost je tedy biopsychosociální a spirituální onemocnění a pro úspěšné léčení a v celostním pojetí „uzdravení“ je nezbytné celou šíři a komplexitu těchto etiologických faktorů zohlednit.

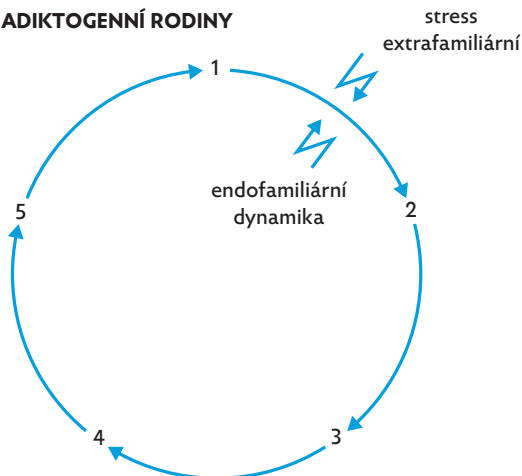
113 Hnutí AA. Program 12 kroků.

114 Kalina, K.: *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2003.

115 Nepustil, P.: *Láska léčí: polemika (nejen) s Pavlem Ratajem*. Praha: SOFT forum, 2020.

116 Hellinger, B.: *Skrytá symetrie lásky: Co podporuje lásku v partnerských vztazích*. Praha: Pragma, 2002.

HOMEOSTATICKÝ CYKLUS ADIKTOGENNÍ RODINY



1 – homeostatický rodinný systém ve střízlivém stavu; 2 – individuální patologie (vnitrorodinný konflikt, konflikt rodina – prostředí); 3 – instabilita v rodinném systému; 4 – intoxikovaný rodinný systém; 5 – dočasné řešení (dle Boš 1981)

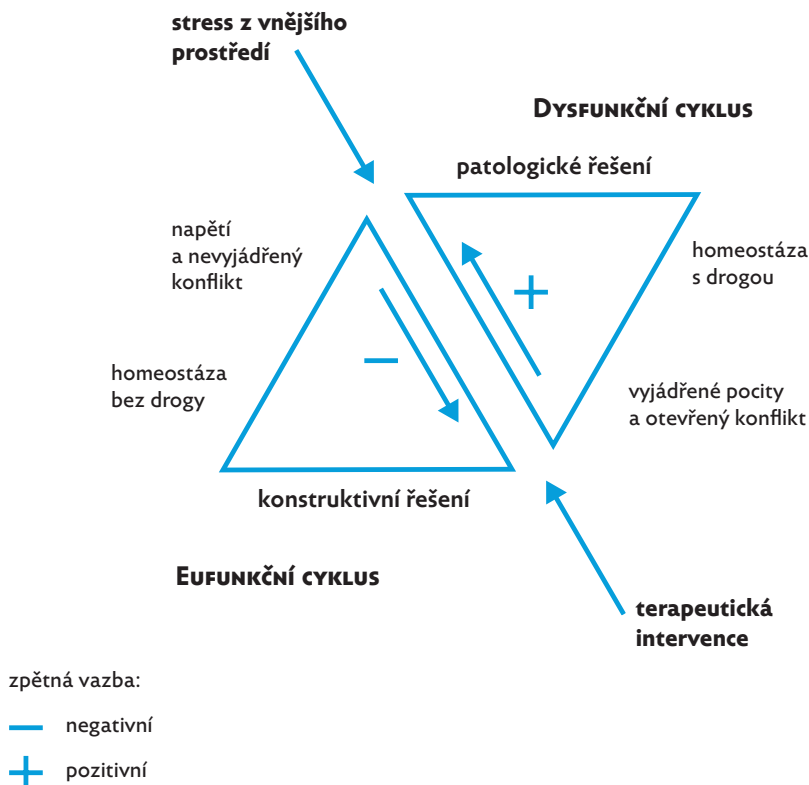
Závislost v systému rodiny a rodinných vztahů

Důležitou roli při vzniku a rozvoji závislosti, a následně i při jeho léčení hraje rodina a sociální prostředí, ve kterém závislý žije. „Závislost je *one-mocněním celé rodiny*“¹¹⁷, tvrdil již před sedmdesáti lety zakladatel československé adiktologie a prvního léčebného zařízení v pražském Apolináři (v roce 1948) Jaroslav Skála. Závislost jednoho člena rodiny ovlivňuje celý rodinný systém a významně se podílí na vytváření stereotypních vzorců chování, tzv. „*patologické homeostázy*“, která vlastní užívání návykových látek a závislostní chování často udržuje a podporuje. I v kontextech rozvolněných či dysfunkčních rodinných systémů, kdy uživatelé a závislí jsou osamoceni a žijí ve zdánlivé sociální izolaci, je tento rodinný/systémový aspekt významný a může být rozhodující perspektivou při hledání efektivní léčebné intervence, jejímž primárním smyslem je změna závislostního, autodestruktivního jednání.

Lidé se závislostí si život bez návykové látky či závislostního chování často nedokážou představit, protože psychoaktivní látka (anebo návykové chování) je pro ně **biochemickou náhražkou lásky, spojení s druhými**,

117 Skála, J. a kol.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.

HOMEOSTATICKÉ CYKLY V ADIKTOGENNÍ RODINĚ



vitality a radosti (Maté, 2020)¹¹⁸. Omezení užívání či abstinence je pro ně zpočátku utrpením a ztrátou, dokud se nepodaří postupně napojit na dostupné zdroje, vztahy a činnosti, které pomohou nastavit na neurobiologické úrovni odlišnou, na látkách či návykovém chování nezávislou rovnováhu a tím podpořit střizlivý a zdravější způsob života. Rodina je místem, kde v blízkých vztazích můžeme s milujícím partnerem a dětmi zakoušet lásku ve všech jejích podobách. Lásku má léčivou a transformační moc a člověk se závislostí potřebuje lásku minimálně stejně jako každý druhý. A spíše více...

118 Maté, G., Jurek, V.: *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Praha: People-Comm 2020.

Rodinná terapie je příležitostí k pochopení dysfunkčních a symptomy udržujících vzorců chování, je cestou ke změně i k vytvoření nové, zdravější funkční homeostázy, a tedy jednou z možných cest k zotavení či „uzdravení“. **Závislost je v pojetí rodinné terapie sice patologický, ale funkční, a tedy homeostatický mechanismus udržující rodinné interakce** i dysfunkční stereotypy chování. Podle systemické teorie by mělo při terapii závislého člena rodiny a jeho rodinného vztahového kontextu dojít k nahrazení dysfunkční, *patologické homeostázy* novou funkční rovnováhou a v důsledku této změny také k ukončení užívání příslušné návykové látky a k abstinenci, či přinejmenším k nastolení zdravějšího a méně rizikového vzorce chování.

Pojetí rodiny se závislostí a patologickou rovnováhou, kterou „soužití“ s psychoaktivní látkou v dysfunkčním rodinném uspořádání přináší, charakterizoval už v roce 1981 jeden ze zakladatelů rodinné terapie v České republice Petr Boš¹¹⁹. Popsal cyklus postupné destabilizace rodinného systému extra či intrafamiliárním stresem s následnou nestabilitou, která vyústí v užití psychoaktivní látky (typicky alkoholu). Úkolem rodinné terapie je umožnit rodině provést změnu tak, aby symptomatické chování (např. pití) nebylo stereotypem udržujícím rodinné interakce a mohla tak být vytvořena nová funkční homeostáza s abstinencí („*změna prvního řádu*“).

Ta odkloní rodinu od řešení stresu, který ji původně destabilizoval. Nyní je ovšem na celém rodinném systému, aby se vypořádal s původním extra či intrafamiliárním stresem a mohla být nastolena trvalejší změna (**změna druhého řádu**). Pokud se tak nestane, dochází obvykle k relapsu a závislostní cyklus se opakuje. Užití psychoaktivní látky tedy může udržovat rodinný systém v nezdravé patologické rovnováze, která brání tomu, aby se rodina konstruktivně vypořádala s původním problémem.

Špitz vnímá rodinu jako „polopropustnou membránu“, která je prostředníkem i „tlumočníkem“ mezi členy rodiny a vnějším kulturním kontextem. Hlavní rozdíl mezi rodinami bez problémů a s problémy vnímá ve funkčních či dysfunkčních interakčních vzorcích, kterým je nezbytné v rodinné systemické terapii a v procesu navozování změny věnovat pozornost. Teoretickým předpokladem pro vytvoření nové funkční rovnováhy v rodinném systému je tedy nastolení tzv. **změny druhého řádu**. To nebývá

119 Špitz, J.: *Rodinná scéna toxikomanie.*, Kontext, časopis sekce rodinné terapie a Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, XIII. s. 27–31, 1997.

6. Specifické oblasti péče

obvykle snadné. Nejdříve je testována *změna prvního řádu*, tedy dosažení abstinence či alespoň snížení rozsahu rizikového/návykového chování. Ta je často reverzibilní a znamená obvykle změnu pouze kvantitativní. Změna druhého řádu v tomto pojetí znamená hlubší kvalitativní proměnu celého rodinného systému. Součástí této transformační fáze jsou často ztráty dosavadních jistot a dočasná nestabilita v rodině do doby, než se ustanoví nová, funkční rovnováha¹²⁰. Nová podoba rodinných interakcí, rodinného myšlení, jednání a především emočního prožívání pak přináší hlubší proměnu partnerského života, novou kvalitu vztahů, sebedůvěru, nalezení smysluplné náplně trávení společného času, tedy přináší změny podporující abstinenci a zdraví celé rodiny, a to jak na úrovni intrapsychické, tak na úrovni interakční a interpsychické. Změny chování, nové stereotypy, empatie a ohleduplnost ostatních členů rodinného systému s abstinujícím závislým přispívá k vytváření nových a zdravých návyků také samotného závislého člena rodiny. Mění se tak fungování celého „systému“, např. když rodina se závislým na alkoholu dodržuje princip „suchého domu“ (v domácnosti není žádný alkohol), ač kromě nemocného nikdo jiný problém s alkoholem nemá. Je to výraz pochopení pro trápení závislého člena rodiny a tato emoční podpora může mít vliv na snižování emočního utrpení, které počátky abstinence provází.

Stanton a Heath (1997) uvádějí, že rodina může přispívat k problémovému užívání návykových látek stejně jako ke vzniku samotné závislosti prostřednictvím stereotypních komunikačních strategií, např. prostřednictvím „hyperprotektivních“ postojů rodičů vůči dětem či dospívajícím¹²¹. McIntyre (1993) konstatuje, že užívání návykových látek plní v rodinném systému v zásadě dvě funkce: za prvé je primární a působí problémy v rodině samo o sobě, a za druhé je příznakem nedostatku dovedností při uspokojovaných potřeb některých členů rodinného systému jinými, zdravějšími způsoby jednání. *V situacích, kdy užívání psychoaktivních látek vykazuje silnou pozitivní korelaci s rodinnými interakcemi, je využití rodinné terapie ze strany pomáhajících institucí vždy metodou volby.* Na takový rodinný systém nahlížíme jako na otevřený, vzájemně

120 Gjuríčová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.

121 Stanton, M. D., Heath, A. W.: *Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. The Guilford Family Therapy Series, 1982.

propojený a interagující organizmus, kde užívání psychoaktivních látek či závislostní chování je i se svými klinickými příznaky funkcí patologické/nezdravé rodinné homeostázy, kterou je nezbytné v průběhu léčby a doléčování změnit.

Rodinná terapie je užitečná (buť formou jednorázových systemických konzultací) ve fázi motivační, kdy se rodina a závislý člen orientují v tom, co se děje a dobrým výsledkem pak může být rozhodnutí nastoupit na detoxifikační či odvykací pobytovou léčbu. Rodinná systemická terapie či přinejmenším orientační diagnostická práce s rodinným systémem má své nezastupitelné místo v pobytových programech, krátce, středně i dlouhodobého typu.

Nejběžnější a často **nezastupitelná je indikace k rodinné terapii ve fázi doléčování, následné péče a prevence relapsu**, kdy se klient po intenzivní pobytové léčbě a nastolení abstinence vrací do své rodiny, která se po dobu jeho nepřítomnosti obvykle „uklidní“, ale významně se, co se týče interakčních vzorců, nezmění. Podpora v dalších místech rodinného systému je jednou z podmínek udržení stability změny a jejího „přetransformování“ do dlouhodobě udržitelné podoby změny druhého řádu.

S ohledem na naši mnohaletou klinickou zkušenost můžeme potvrdit, že léčba rodinné vztahové sítě závislého podporuje a umožňuje abstinenci od návykového chování či přinejmenším umožňuje významné snížení jeho rozsahu a zlepšení kvality života celého rodinného systému. Závislostní chování či škodlivé užívání sice představuje viditelný „symptom“, který jako rodinní terapeuti vnímáme, ale **pro efektivitu systemických intervencí je důležitější syndromologický kontext, kterým jsou komunikační vzorce a vztahy rodinného života**.

Rodinná terapie je jednou z forem léčby, kdy je možné pracovat na změně v systému i v nepřítomnosti závislého člena rodiny, respektive při jeho malé motivaci k léčbě a sledovat, zda změny v rodinném systému umožní změnu ve vztazích a dalších proměnných natolik, aby závislý závažnost svého onemocnění pochopil, akceptoval a začal se léčit. Specifickým vzorcem chování, který vstupuje do dynamiky udržování symptomatického chování v rodině je totiž komplementární, tzv. „**kodependentní chování**“ partnera či celého rodinného systému.

Rodinná terapie, rodinné poradenství a systemické konzultace

Rodinná systemická terapie je tedy jednou ze základních terapeutických modalit, které jsou považovány při léčení návykových onemocnění za efektivní¹²². Patří do rukou zkušených a certifikovaných rodinných terapeutů. Rodinná terapie má svoje místo jak v předléčebné fázi při práci s motivací závislého, tak při vlastní ústavní či ambulantní léčbě, a především pak ve fázi doléčování, následné péče a prevence relapsu.

Vedle vlastní rodinné terapie je častou a také smysluplnou intervencí tzv. **rodinné poradenství**, jehož cílem je podobně jako při rodinné terapii zapojit do léčby závislého celou rodinu a rodinné vztahy. Obvykle je tato forma péče zprostředkována adiktology, sociálními pracovníky a dalšími profesionály, kteří neabsolvovali specializovaný, certifikovaný výcvik v rodinné systemické terapii, ale potkávají se ve své klinické praxi se vztahovými kontexty závislých klientů, které musí řešit. Samotné poradenství se pochopitelně od rodinné terapie liší. Nikoliv nutně pravidelností, délkou či frekvencí léčebných intervencí, jako spíše rámcem vzdělání a klinické zkušenosti terapeutů či poradců, často ale také filozofií a paradigmatem pohledu na to, kde, jak a proč závislost v rodinném systému vzniká, co ji udržuje, a jak je možné závislostní chování změnit.

I v rámci samotné rodinné systemické terapie můžeme provádět krátké, či dokonce jednorázové intervence, které by na první pohled mohly vypadat jako „pouhé“ poradenství a po kterých nenásleduje pravidelná, systematická/systemická rodinná terapie. Obvykle je nazýváme **systemickými konzultacemi**. Mohou být významné v motivačním nastavení klienta pro změnu návykového chování i pro mobilizaci podpůrného rodinného prostředí. Systemické konzultace jsou indikovány i v případě tzv. „nařízených terapií“, při kterých do procesu léčby a doléčování vstupují jako instituty „moci“ či mediace třetí subjekty, např. OSPOD, policie, soudy, atd. (o těchto formách intervencí je pojednáno v samostatné kapitole).

122 Stanton, M.D., Todd, T.C.: *Family Therapy and Drug Abuse*. New York: The Guilford Press, 1982.

Rodinná terapie návykových onemocnění v Apolináři

Rodinná terapie má své pevné místo v léčbě návykových onemocnění v České republice od poloviny sedmdesátých let dvacátého století. Do pobytové i ambulantní léčby závislých ji v někdejší Československu na základě klinického pozorování a díky osvětlenému zájmu o psychoterapii zařadil Jaroslav Skála, vůdčí osobnost české adiktologie.

Díky němu má rodinná terapie závislostí na Klinice adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy (dříve také Oddělení léčby závislostí Psychiatrické kliniky VFN a 1. LF UK) více než padesátiletou tradici. Vývoj rodinné terapie v Apolináři významně ovlivnili kromě Jaroslava Skály také jeden ze zakladatelů rodinné systemické terapie v Československu Petr Boš a Jitka Vodňanská, dlouholetá vedoucí Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii (dříve Střediska pro mládež a rodinnou terapii).

Rodinná systemická terapie nejčastěji nenahrazuje (byť může), ale doplňuje na jednotlivce orientovanou léčbu závislých ku prospěchu všech zúčastněných (Kalina a kol., 2003)¹²³. Rodinná a párová terapie má podle Jeřábka¹²⁴ v léčbě závislých v ČR všestranné využití a řada programů ji má v nejrůznějších modifikacích jako pevnou součást léčby. Ty, které ji jako součást léčby nemají, by tak s ohledem na klinické efekty měly učinit.

Klinická ukázka komplexity faktorů podílejících se na rozvoji závislosti: Kazuistický příběh pana Jana

Jan Náročný je 63ti-letý muž, který přichází na Klinikum adiktologie s rozvinutou závislostí na benzodiazepinech. Jedná se o první odvykací léčbu. Před třemi lety se rozhodl odejít do předčasného důchodu. Benzodiazepiny užívá více než deset let, poprvé mu je předepsal obvodní lékař a následně ambulantní psychiatr pro „celkové vyčerpání“ organismu s rozvojem parnických atak. Má za sebou dva krátkodobé pobyty na psychiatrii, poprvé

123 Kalina, K.: *Rodinná terapie a práce s rodinou, Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády ČR, s. 45–51, 2003.

124 Jeřábek, P.: *Psychopatologie závislosti*. In.: Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008.

pro psychický „kolaps“, podruhé pro generalizovanou panickou ataku. Několik let užíval antidepresiva skupiny SSRI, ale jak sám říká: „Nikdy mi moc nepomohly.“ Dlouhodobě se léčí pro hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční s opakovanými infarkty a chronickou nefrolithiázu. Mnoho let trpí poruchami spánku, před 15 lety prodělal operaci měkkého patra pro spánkovou apnoe. „Peklo z života“ mu dělá chronický tinnitus a poruchy rovnováhy. Navštívil snad všechny doktory, ale nikdo mu pořádně nepomohl.

Užívá denně vysoké dávky diazepamů a při jeho vysazení pocituje nástup odvykacího stavu, který ho vždy donutí k dalšímu užití léků. Ty mu předepisuje obvodní lékař, občas si je shání i od „známých“. Benzodiazepiny užívá „tajně“, rodina (manželka, děti) o jeho problémech údajně „nevěděli“. Rozhodl se, že jim to sám řekne. Chce se závislosti zbavit, brání mu jako důchodci v klidném cestování a po všech stránkách otravuje život. O svém odchodu do předčasného důchodu říká: „Kdybych to neudělal, práce by mě zabila.“ Manželka i dospělé děti ho v jeho rozhodnutí podporují. Při otázkách na rodinný a partnerský život dodává: „Nebyl žádný. Já jsem byl od rána do večera v práci, významnou část profesního života jsem strávil v zahraničí. Manželka se naučila řídit rodinu beze mne. Hodně jí dlužím.“ Dospělí synové unisono deklarují svoji připravenost pomoci, sami ale také neví, jak, a ten mladší dodává: „*Stejně za to můžete vy doktoři, kdybyste tátovi nepředepisovali návykové léky, nemuselo se to stát.*“

Emoční zdroje celoživotního trápení skryté v primární rodině

Při mapování primárního rodinného prostředí se dozvídáme, že pan Náročný se narodil jako mladší sourozenec o dva roky staršího bratra. Vlastně se neměl vůbec narodit. Je nechtěným dítětem. Rodiče neměli v úmyslu počít druhé dítě. Matka otěhotněla a umělé přerušování těhotenství nebylo možné. Jako dítě nedostával pan Náročný téměř žádnou pozornost od svých rodičů. Necítil lásku. Na rozdíl od svého staršího bratra, který byl miláčkem svých rodičů. Rostl v něm pocit méněcennosti a potřeba za každou cenu vybojovat si pozornost. Fenomén nepřijetí a „nelásky“ se postupně transformoval do narativu: „*Chci, musím, dokážu to.*“ Tak jako rodiče prošlapávali cestu životem staršímu bratrovi, on si musel vše zařídit sám. Ve školním věku, v dospívání i v rané dospělosti. Sám si našel zaměstnání, pak vysokou školu a při zaměstnání proti vůli svých rodičů vystudoval. Stal se úspěšným pracovníkem korporátní společnosti a posléze také úspěšným manažerem. Při jednom sezení rodinné terapie se zeptám jeho mladšího

syna, jaké má vzpomínky na dětství a zda od táty dostával tolik potřebná ocenění. Odpovídá mi vyhýbavě, že si nepamatuje, že by ho táta v dětství oceňoval, ale zároveň dodává, že máma byla spravedlivá a on jako mladší syn neměl ani výhody, ani nevýhody. Trochu mi padá kámen ze srdce. Tak často vidíme v klinické praxi „přeskakovat“ symptomy z jedné generace na druhou. Podaří-li se přerušit takové „*transgenerační prokletí*“, kdy se děti závislých rodičů stávají také závislými, vždy to vnímám jako „vítězství dobra nad zlem“, anebo přesněji, vítězství naděje nad utrpením.

Rozhodující roli v životě Jana hrála neutěšitelná touha po uznání a přijetí. V práci na sebe bral neustále více úkolů a více odpovědnosti: „*Vždy jsem si zakládal na tom, aby moje práce byla více než stoprocentní. Dvacet let jsem neměl žádnou dovolenou.*“ S novými úkoly, s novými výzvami, bez schopnosti zdravě odmítat požadavky nadřazených, ale také s vlastními nároky na sebe sama, narůstala odpovědnost, úspěchy, ale také stres, únava a nakonec vyčerpání. Dostavily se panické ataky, deprese a celkové „selhání“ organismu. A také závažná somatická onemocnění – vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční s opakovanými infarkty, chronické problémy s ledvinovými kameny. Od obvodního lékaře dostal léky na uklidnění (diazepam, alprazolam), posléze mu je začal předepisovat i obvodní psychiatr. V šedesáti se rozhodl, že musí odejít do předčasného důchodu, jinak by ho práce „zabila“. Odchod do důchodu pro něho ale představoval svět, na který nebyl zvyklý a ve kterém neuměl žít. Manželka sice měla pro jeho trápení pochopení, ale ani ona si nevěděla rady, jak mu může pomoci. Jeho snaze po dokonalosti a potřebě sebeobětování nikdy nerozuměla a měla potřebu ji spíše shazovat. Rozvíjející se psychický dyskomfort manžela v důchodovém věku ji úplně paralyzoval. Dospělí synové měli už dávno svoje vlastní rodiny a problémy rodičů jim byly vzdálené. Psychické problémy i stres v rodině vedl Jana k užívání „uklidňujících léků“. Po třech letech se u něho postupně rozvinula těžká závislost na benzodiazepinech.

Závislostní porucha v kontextu dalších faktorů

Pan Náročný přišel do naší péče s rozvinutou závislostí. Užívání benzodiazepinů se nedokáže „zbavit“. Při jejich vysazení se dostavuje odvykací stav s abstinenčními příznaky. Užívání diazepamu má primárně „automedikační charakter“ a jeho prostřednictvím se Jan může alespoň na chvíli zbavit nepřetržitého tlaku, stresu a emočního dyskomfortu.

Motorem jeho života se stalo dokázat rodičům a okolí, že on sám má nějakou hodnotu a skrze tento prožitek získat vlastní sebeúctu. Obranným mechanismem byla „chtivost“, která ho chránila před vlastním znehodnocením. Vytouženou, ale nedostupnou emoční zkušeností bylo vlastního sebepřijetí, sebeúcta a vědomí sebehodnoty. V důsledku takového životního imperativu se vedle psychických problémů objevila také řada somatických a psychosomatických komplikací – vyčerpání, poruchy spánku, hypertenze, ischemická choroba srdeční, tinnitus a poruchy rovnováhy, atd.

Jádrové emoční trauma

Jádrovým emočním traumatem Jana je pocit bezmoci a vlastního nepřijetí. Chybí mu jistota zdravého a emočně bezpečného vztahu k matce („jsem nechtěné dítě“), a s tím související pocity studu, méněcennosti, vědomí nedostatečnosti a v důsledku toho neutěšitelná touha po uznání. Ta ho v životě přivedla na hranu vyčerpání a sebezničení, a také k závislosti.

Diferenciálně diagnostická rozvaha o léčebných intervencích

Je zřejmé, že abstinence od benzodiazepinů je klíčová pro úspěšnost léčby a také nezbytný předpoklad pro pozitivní změnu v životě nejenom Jana, ale i celé jeho rodiny („změna prvního řádu“). Je ale také zřejmé, že abstinence sama o sobě velmi pravděpodobně nepřinese do „duše“ Jana životní štěstí a spočinutí v klidu, kdy nebude muset světu (i vlastním dětem a manželce) dokazovat svoji užitečnost a potřebnost. Zprostředkování korektivní emoční (vztahové) zkušenosti je druhou podmínkou pro úspěch uzdravení. K ní je potřebná aktivace maladaptavního emočního (vztahového) schématu v klientově prožívání „tady a teď“. Lze jí dosáhnout různě, např. rošířenými stavy vědomí navozenými psychedeliky, pokročilou meditací, holotropním dýchaním či jinými technikami, v každém případě ale funkčně integrovanými anebo pro nás snáze přijatelnějšími psychoterapeutickými intervencemi, v zásadě ovšem hlubinně či systemicky zaměřenými. Pacient se může zbavit chronického emočního traumatu, když dostane „zážitkový protilék“, soucit se sebou samým a zkušenost bezpodmínečného sebepřijetí. Hypotetizujeme, že rozhodující roli v naplnění tohoto léčebného cíle může mít *rodina, manželka a rodinná systemická terapie*. K zotavení

ze závislosti jako vztahového fenoménu je zapotřebí využít vztahové prostředky, z nichž jedním může být i párová/rodinná terapie¹²⁵.

Je také vysoce pravděpodobné, že v progresi návykového onemocnění hrálo rozhodující roli nezvládnutí a maladaptace na jednu z klíčových a často složitých vývojových fází v životě člověka, na *odchod do důchodu*. Na tuto životní etapu nebyl Jan připraven, byť rozhodnutí o ní činil pod takřka existenciálním tlakem („kdybych neodešel do předčasného důchodu, práce by mě asi zabila“). Integrovat do svého života i života rodiny konstruktivně a užitečně tuto vývojovou fázi, pochopit její poslání jako příležitost k růstu, naplnění a změně životního stylu, využít ji k transformaci vztahového rámce v rodinném systému, to vše se ukázalo jako další předpoklad pro uzdravení („*změnu druhého řádu*“).

Rok po léčbě

Rok po úspěšném absolvování odvykací léčby a následných 10 sezeních rodinné terapie Jan abstinuje. Hovoří o klidu, spokojenosti a „druhém dechu“ ve svém životě. S manželkou mají ušetřené nějaké peníze, a tak hodně cestují. Intimitu ve vztahu se sice obnovit nepodařilo, ale „stále si mají, co říct“. Hodně času věnují vnoučatům. Jan se jim snaží dávat lásku, kterou neuměl dát svým vlastním dětem. Proдали s manželkou dům v Ostrově nad Ohří a koupili si byt kousek za Prahou, aby vnoučatům mohli být blíž. Zůstala jim chata v Krušných horách, kde tráví celé léto, často i s dětmi.

Janovi se „spravila“ porucha spánku a také chronický tinnitus zmizel jako „mávnutím kouzelného proutku“. Jeho somatické zdraví se významně zlepšilo, léky na hypertenzi a ischemickou chorobu srdeční sice stále užívá, ale žádné problémy v posledních 12 měsících neměl. O partnerském vztahu Jan říká: „Rozumíme si jako nikdy před tím“. Jeho žena je poněkud zdrženlivější, při Janově optimismu se usmívá a dodává: „*Možná se jednou naučí být sám sebou. Už se tolik nežene za něčím, co je úplně nesmyslné*“. Když se jí zeptám, jak se změnila za poslední rok ona, říká: „*Přestala jsem se o manžela bát. Hodně spolu mluvíme. O čem? Vlastně o všem*.“

Na první pohled se zdá, že v rodinném systému nastala „*změna druhého řádu*“. Ta reprezentuje nejenom abstinenci, ale také vyšší kvalitu v mnoha dalších oblastech života. Vztahy, zdroje, životní energie, láska,

125 Navarra, R.: *Family response to adults and alcohol*. Alcoholism Treatment Quarterly, 25(1–2), 85–104, 2007.

6. Specifické oblasti péče

smysl života a samozřejmě korektivní emoční zkušenost. Je možné, že Jan takovou korektivní zkušeností prošel a zvládl se ve svých skoro již 65 letech vyrovnat s „jádrovým“ emočním traumatem? S prožívanou realitou, že je „nechtěné dítě“?

Je to možné. Ovšem řečeno jazykem zenových buddhistů: *„Poznání je jako odraz měsíce na hladině jezera“*. O závislosti přednášíme studentům lékařské fakulty jako o „chronickém, recidivujícím a celoživotním onemocnění“. Krotíme tedy raději náš terapeutický optimismus a zveme rodinu na katamnestické sezení přesně za rok.

Jsme zvědaví a těšíme se, co se za rok dozvíme.

Nerodinné systémy: Skupinová terapeutická práce s dětmi, dospívajícími a mladými dospělými

Filip Kadlec, Kristýna Šonková, Parisa Zargari,

Snad i každý laik by dokázal odhadnout, že psychoterapeutická práce s nezletilými je v něčem jiná, specifická, odlišná od práce s dospělými. Samozřejmě, nejsme ve středověku, kdy bylo dítě považováno pouze za „zmenšeninu“ dospělého člověka, jen s přiměřeně fyzické velikosti menší silou, výdrží, dosahem.

Za poslední nízké stovky let jsme svědky dramatické proměny nejen ve vnímání „zmenšených dospělých“, ale i proměny dětství jako takového. A to znovu jak na fyzické, vizuální úrovni (oblečky tří, čtyřletých dětí jsou dnes často skutečně „jen“ zmenšené modely pro dospělé – samozřejmě, se všemi prvky, i těmi velmi odvážnými nápisy, stříhy, vzory), tak i psychické, mentální úrovni (s prodlužováním délky studia se z dříve vnímané „zkoušky dospělosti“ – maturity – stala jen jakási přestupní stanice, která velmi často vede jen k dalšímu studiu, prodloužené závislosti na primární rodině a odkladu zakládání rodiny vlastní).

V naší praxi jsme stále častěji konfrontováni s důsledky těchto fenoménů – očekávání, nároky a podněty směřující na malé čerstvé školáky jsou často přehlucující, a tak téměř nevyhnutelně ženoucí k brzké pubertě, která se pak prodlužuje na obě strany. Tak často slyšíme: „...sice mu bylo osmnáct, ale dokud chodí na střední školu, bude se chovat podle nás, rodičů...”. U čerstvých vysokoškoláků na jednu stranu očekáváme jejich větší vyzralost a samostatnost, na druhou stranu tlak okolí, srovnávání ve společnosti, nutnost orientace v mnoha problémech a dělání životních voleb sráží „mladým dospělým“ důvěru v sebe sama a schopnost vnímat

se jako „opravdu dospělí“ (byť právní odpovědnost mají již plnou a tak si jako každý jiný dospělý mohou dělat, co chtějí, nebo ne?).

Každý z výše uvedených vývojových a normativních sociálních aspektů by si sám zasloužil více než jednu samostatnou knihu. Nás však bude zajímat ještě jiná stránka celé věci, a sice – jak pomáhat takovým dětem, dospívajícím a mladým dospělým v situaci, kdy jen materiální podpora nestačí, kdy si rodina neví rady, případně dokonce (ne)vědomě škodí a příliš ztěžuje již tak náročný proces zrání dospívajícího a mladého člověka a jeho formující se osobnosti. Budeme společně objevovat způsoby, jak pomáhat jejich „**nemocné duši**“. Pro naši práci je důležité pochopení a přijetí skutečnosti, že stejně jako není jeden univerzální „dospělý věk“ (definovaný 18+ až smrt), „**není ani jedno univerzální, věkově či jinak unifikované dětství**“.

Tři etapy jako základ

Dva je málo a čtyři je moc. Toto klinické poznání jsme objevili už dávno. Jestli nám dávalo a dává smysl nějak „etapizovat“ čas před dospělostí, ve vztahu ke skupinové (psycho)terapeutické práci s nezletilými, pak to bylo přijetí etap „mladší školní věk“, „starší školní věk“ a „dospívání“ tak, jak jej uznává vývojová psychologie a do značné míry i svým způsobem kopíruje vzdělávací systém (I. stupeň ZŠ, II. stupeň ZŠ a střední škola). Kritik jistě zpozorní – kde jsou předškoláci? A kde máte ty „dospělé děti“ na vysokých školách?

K zodpovězení těchto otázek je třeba si připomenout další parametr zrání – a sice, zjednodušeně řečeno, že čím starší je jedinec, tím se zrání „zpomaluje“. A praxe i teorie nám dává za pravdu – vždyť od narození do věku školní zralosti někteří dokonce „časují“ postup vývoje dítěte na týdny a měsíce, s latentní pohružkou v případě, že se něco opozdí nebo naopak urychlí. V realitě jsme pak svědky toho, jak fakticky velký rozdíl je mezi dítětem, které po třetím roce věku nastoupí do školky, a mezi dítětem, které ve stejný čas nastoupí do předškolního ročníku. Podobnost mezi nimi jistě jsou, ale rozdíly „zaujmu více“. A není jich málo. A když půjdeme s procesem zrání ještě dál, můžeme se zkusit introspektivně vrátit do našeho vlastního věku druhé či třetí třídy základní školy a prožívané skutečnosti, jak ten „páták“ působil o hodně moc starší a vyspělejší. Anebo na střední

škole, kdy jste možná měli také problém přesně odhadnout, jestli je ta dívka z prvního, anebo třetího ročníku. V dnešní realitě – jestli je jí „teprve“ patnáct anebo už je „dávno dospělá“, protože jí před měsícem bylo osmnáct?

Tímto exkurzem se snažíme demonstrovat (možná zbytečně obsáhle a až příliš samozřejmě), proč děti v naší nejmladší věkové skupině (I. stupeň základní školy) nespojujeme s předškoláky, a proč předškolním dětem nevytváříme ani vlastní terapeutickou skupinu. U této věkové kategorie je, mimo jiné, ještě mnohem silnější role rodiče, a tudíž je i v terapeutickém procesu více „mohoucnosti“ v práci s rodičem, než se samotným dítětem. A naopak, v naší nejstarší skupině určené pro středoškoláky a čerstvé vysokoškoláky nás neustále překvapuje, s jak blízkými a vzájemně sdílitelnými a předatelnými zkušenostmi či problémy se mohou potýkat jak ti „s mokrou občankou“, tak ti, kteří už svůj čas měří na semestry a zkušková období.

Pokud s námi doposud souhlasíte, jsme na nejlepší cestě si společně vykreslit charakteristiky těchto etap a také našeho klinického přístupu k nim v rámci skupinově-terapeutických procesů. Několik principů, které jsou platné napříč všemi třemi věkovými skupinami (ač v každé jsou aplikovány specificky a s modifikacemi) považujeme za obecné.

Přijetí druhého v jeho nejlepším možném „JÁ“

Velká část rodičů k nám přichází ve fázi zoufalství, beznaděje, naštvání či vzteku, které zrcadlí jejich bolestivé zkušenosti s výchovou a individuací vlastního dítěte, které navíc trvají dlouho a mají zdánlivě „chronický“ či dokonce „neřešitelný“ charakter. V takovém vztahovém kontextu samozřejmě zpětně na dítě působí a to pak v těchto **„transakčních rodinných vzorcích“** vrůstá do **představy o sobě** tak, jak mu ji prezentují pro něj nejdůležitější a nejbližší rodičovské autority. Pod takovou optikou samo dítě ani „jeho dospělí“ nejsou schopni vidět **„jiskřivé momenty“** v pozitivních situacích, neumí vnímat drobné posuny či změny k lepšímu, ani nemají kapacitu rozpoznat další rozvíjející se stránky osobnosti či nové a přiměřeně „zralé“ kompetence dítěte.

Ať už pracujeme s malým školákem anebo mladou, téměř dospělou slečnou, nastavujeme zrcadlo právě tomu, co okolí neumí nebo nedokáže vidět, a přitom je to jedním z nejlepších **„receptů na změnu“**. Zesílujeme a vyzdvihujeme potenciál jedince s vědomím toho, že právě zvědomováním a opakovanou **„konfrontací s lepší stránkou sebe sama“** můžeme rozšířit to, jak se dítě či dospívající vnímá a posilovat v něm důvěru v sebe

sama jako v někoho, kdo může konat i navzdory tomu, do jaké role jej „tlačí“ okolí.

Vykomunikovaná diskretnost

Již od počátku naší – fakticky trojstranné – spolupráce se ve vzduchu vznáší otázka, nakolik jsou informace sdělené v rámci terapeutického procesu (ať už individuálního či skupinového) skutečně důvěrné. Vždyť za výchovu nezletilého zodpovídá rodič, a tak snad má nárok na více informací, možná snad i na většinu? Zodpovědný rodič chce přeci vědět maximum o svém dítěti, aby mu mohl být co nejlepší oporou a co nejvíce rozuměl jeho potřebám. Nemá terapeut primárně pracovat a sdílet s rodičem, pakliže chce zajistit „pokračování“ svého terapeutického působení i mimo samotná sezení?

Ano i ne. Sdílet s druhými je důležitá schopnost, které se všichni učíme celý život. Kdy, komu a kolik sdílet ze svého obsáhlého životního příběhu – to je otázka, před kterou stojíme opakovaně. A paradoxně, někdy je nejtěžší sdílet ty nejosobnější, nejcitlivější témata právě s nejbližšími. Je to pochopitelné, v sázce je vztah s těmi, na kterých nám záleží nejvíce! Míváme obavu z toho, že druhé zklameme, zatížíme, že nás nepochopí, že tím zkazíme náš vztah a přijdeme o pracně budovanou důvěru. Možná už je nyní pochopitelnější, proč některá témata, informace, podrobnosti, není vhodné sdílet rovnou, navíc zprostředkovaně přes (byť důvěryhodného) terapeuta. Proto vedeme nezletilé v naší péči ke sdílení jejich strastí a potřeb s dospělými postupně, s cílem rozvíjet právě onu schopnost sdílet tak, abych neohrožovali a nezraňovali sebe ani druhé, zároveň aby dokázali naplňovat své potřeby včas a bezpečným způsobem, aby si dokázali říci o pomoc, když ji potřebují, a aby s postupujícím věkem čím dál více dokázali pracovat sami se sebou a byli také za sebe sama zodpovědní. A to se týká sdílení jak v rámci skupiny mezi jednotlivými členy navzájem, tak sdílení informací s jinými institucemi obecně.

Mít svůj prostor

Děti i dospívající v každém věku mají jedno společné – potřebu „být patrný“, někdo by mohl jinak říci „být vidět“, v případě terapie pak též „být slyšet“, respektive „být vyslyšen“. A tato potřeba je neobvykle silná. Skrze své vlastní projevy, chování a na ně navazující reakce okolí poznávají a formují sebe sama, čímž plní snad nejdůležitější úkol svého vývoje – stát se dospělou,

komplexní osobností, která je jim pak hlavním společníkem a nástrojem v kontaktu s druhými po celý zbytek života. Potřebují se připravit, získat zkušenosti, spoustu toho poznat a pochopit, a přitom na to mají tak málo času, fakticky jen několik málo let svého života, než jim okolí začne naznačovat, že už by „**měli vědět, kým jsou, čeho chtějí dosáhnout a jak se mají chovat**“.

Takový prostor pro poznání sebe a druhých na našich terapeutických skupinách vytváříme a nabízíme. To také znamená, že musíme každému členovi skupiny nabídnout dostatek času a pozornosti, ať už k mluvení o sobě, reagování na ostatní, hádání se, nesouhlasu nebo vyjádření souhlasnosti s druhými. Kvůli tomu všemu mají naše skupiny méně členů, než tomu bývá u terapeutických skupin dospělých. Můžeme být odvážní a pomoci si „psychologií ověřenou“ číslovkou „7“ plus/mínus 2. V závislosti na náročnosti a stavu skupiny buď spíše mínus či plus, místy i trochu více plus, v některých momentech i více mínus. Naše opakovaná zkušenost se skupinami nad 10 osob bohužel hovoří jasně: ti, kteří skupinu potřebují nejvíce, v takových momentech „odpadávají“, protože se nedostávají do „světla reflektoru“ tak často, jak by potřebovali, nemohou získávat to, pro co přicházejí – tedy pro čas a pozornost pro sebe i na své křehké vztahy s druhými a se sebou samými.

Delší, ucelenější a intenzivnější zážitek přetrvá

Právě dlouhodobá a pravidelná účast na terapeutické skupině (v mnoha případech mnohem delší, než jakou známe ze skupin s dospělými klienty) je pro úspěšnou úzdravu a rozvoj dětí a dospívajících nezbytná, často fakticky nevyhnutelná a daná potřebou kontinuální změny (její danost vychází ze samotné podstaty zrání a dospívání).

Často vidíme, že výrazná změna okolností může, i po velmi dlouhé době, přivodit relaps, například „znovuprobudit“ záchvatovité onemocnění a pomyslně vrátit klienta to stavu, ve kterém nás původně, před mnoha lety vyhledal. A to přesto, že s ním již několik let nejsme v kontaktu, protože jeho život a fungování se povedlo dostatečně stabilizovat. Jak již bylo zmíněno, v dětství a dospívání plyne čas poněkud odlišně, než je tomu u dospělého jedince. Zatímco mnozí z nás často několik let v řadě nezažijí žádné dramatičtější změny, v dětství je prakticky předepsáno, že co půl roku či rok života přichází tak výrazné vnitřní a vnější změny, že téměř není možné najít podobu dlouhodobého, kontinuálního ekvilibria, tedy přijatelné vyváženosti a trvalosti.

To také znamená, že efektivní terapeutický proces, zvláště u těch, kteří jsou v dětství a dospívání vystavováni výrazněji „nepřízni osudu“, musí být nejenom provázející, ale také pružně a dynamicky reagující. Musíme být připraveni měnit náš přístup a zacházení nejen s příběhy našich malých (a postupně stále větších) klientů, ale i s nimi samotnými. Zatímco na začátku si budeme s malým devítiletým Pavlíkem na první pohled více „hrát“, za 3 roky už budeme dost možná otevírat dveře Pavlovi, který nám bude v lepším případě hledět zpříma do očí a ze sofistikovanosti jeho odpovědí a vzhledů budeme často zaskočení více, než bychom si na začátku našeho vztahu dokázali vůbec připustit. Tak dramatické a kontinuální proměňování, je pro děti a dospívající stejně jako pro nás, terapeuty, nekončící výzva v podobě neustále se „překreslujících map“, po kterých společně kráčíme.

Bezpečí „až“ na prvním místě

Nechceme opakovat, že potřeba bezpečí je po fyziologických potřebách tou nejzákladnější funkcí, na které mohou vyrůst potřeby ostatní, díky jejichž naplňování se může každý rozvíjet dál, snad až k samotným limitům (a možná i za ně) svého potenciálu.

Skupinu vnímáme jako prostor, ve kterém mohou děti a dospívající primárně dočerpávat právě jim **nedostatkovou potřebu pocitu bezpečí**. K tomu využíváme zcela cíleně několik fenoménů, které jsou fakticky plně v naší terapeutické moci, tudíž je naší odpovědností a také povinností je v maximální možné míře garantovat každému členovi skupiny.

Bezpečí jednotlivců, potažmo celé skupiny posilujeme skrze zvědomování a garantování pravidel skupiny, zařazování stabilních rituálů a opakované zažívání přijetí námi – dospělými, zajímavými se a svým způsobem pečujícími, starostlivými autoritami. Samozřejmě stejně důležité jsou cílené nabídky pro vlastní aktivity, participaci, pobízení k autorství a iniciativu, skrze kterou mohou děti a dospívající zažívat pocit své vlastní účinnosti a vlivu na okolí, pocit toho, že nejsou pouze vláčení osudem, nýbrž že jsou do velké míry strůjci a architektky obsahu a formy svého vlastního zrání a bytí.

Pravidla fungují jako garance jistot, vytyčují stabilní a tím předvídatelný prostor, kterému klienti rozumí a díky tomu se v něm mohou nejen bez obav pohybovat, ale nemusí také čerpat svoji drahocennou energii na přemíru pozornosti tomu, jestli se v jejich okolí neodehrává něco, co by

je mohlo ohrozit. Tím také více získávají více času i zdrojů pro sebe a pro druhé.

Rituál je pak svého druhu praktikované, „procesní“ pravidlo. Právě síla opakujícího se procesu umožňuje soustředit se, naladit se, zaměřit svou pozornost a odložit to ostatní, co nyní nepotřebuji. Ve skupině navíc sdílený rituál působí jako prvek posilující kohezi, příslušnost ke skupině, a tím důvěru v její členy, což znovu zpětně posiluje pocit bezpečí.

Je také důležité pochopit pravý přínos „**přijímající autority**“. Právě autorita v sobě explicitně nese atribut „**síly**“, „**moci**“, často též pocítovaného „**přesahu**“, respektive dosahu sahajícího dál, než jaké jsou vlastní možnosti či schopnosti našich klientů. Takto vydefinovaná autorita ve většině z nás nejspíše nezbuzuje pocit bezbřehé pohody a bezpečí. Situace se však mění, když děti a dospívající pochopí, že taková autorita je téměř veškerou svojí existencí zaměřena na to, aby je pochopila, podpořila, přijala, aby je svojí silou netrestala za chyby či nedostatky, avšak působila naopak jako „**vztlaková síla**“ **jejich sebeúcty a sebehodnoty**, i pošramocného sebevědomí. S takovým spojencem si pak mohou troufnout zvládat výzvy, na jaké by před tím ani nepomysleli. Naším cílem je v první řadě poskytovat členům skupiny právě takové „**lázně bezpečí**“, aby se mohli ozdravovat a zpevňovat pro fungování ve světě, který na ně netrpělivě čeká.

Kompetence autorství a resilience

Netrpělivost a tlak, který děti a dospívající vnímají prakticky na každém kroku, je pro nás silnou pobídkou k tomu, abychom námi budované bezpečné prostředí využili (mimo jiné) k rozvoji rysu, který je ke zvládání takového světa snad nejužitečnější – a sice **resilience**, tedy **psychické odolnosti**, možná i „**nezdolnosti**“, vystavené na uvědomění si vlastních kompetencí a schopnosti aktivně ovlivňovat své široké okolí, které na mě má bezprostřední dopad.

Resilienci v našich skupinách posilujeme skrze zvědomování toho, co dětem a dospívajícím jejich okolí příliš často nedopřeje – pocit, respektive reálný stav, kdy mohou aktivně ovlivňovat to, co se děje kolem nich a co na ně má bezprostřední dopad. Skrze své volby a chování, ať už více či méně výrazné, opakovaně zvědomujeme nejen slovem, ale i faktickým dopadem do reality jejich autorství a jejich schopnosti efektivně uplatňovat rozvíjející se kompetence.

Trialog mezi terapeuty, a také s „pokušitelem“

Když jsme se scházeli a dohadovali nad podobou našich příspěvků o „dětské otázce“ v Apolinárii a Animě, vraceli jsme se často jak v bludném kruhu k několika tématům, která se nám tím vynořovala jako významná. Shrnuli jsme je proto do několika otázek a nabízíme vám pro inspiraci a dokreslení toho, o čem po léta a téměř denně přemýšlíme, a z čeho jsme vycházeli i při tvorbě této kapitoly.

Je individuální a skupinová terapeutická práce s dětmi „jen“ substitucí rodinné terapie?

Kristýna: „Rozhodně ne, v mnoha případech by bylo podle mě ideální mít oboje. Často by vlastně rodinná terapie možná i stačila, což je možné si ukázat třeba i na příkladu Veroniky, samozřejmě čistě hypoteticky. Kdyby otec nahlédl svá nereálná očekávání na výkony, které na dceru přenáší a kdyby třeba v rodinné terapii došlo k náhledu matky, že má sama chodit na terapii a že kritika od dcery nikdy nepřichází s účelem ublížit jí, ale že je prosbou o péči a lásku a zastání v rodině, možná by ani Veronika už nemusela dostávat tolik péče jako individuální klient. Každopádně při individuální práci s dětmi a dospívajícími je spolupráce s rodiči naprosto specifická a klíčová. Vždy balancuji na hraně etických pravidel, důvěry, ochrany informací nezletilého klienta a potřeby změnit něco v systému rodiny tak, aby mohla být individuální terapie pro dítě efektivnější.“

S Veronikou to bylo trochu jiné, od začátku přišla sama a rodiče v terapii nechtěla. Ale běžnějším standardem je, že na první setkání individuální terapie přichází nezletilý s rodičem a rodič pak dále dochází na pravidelná setkání, byť v nižší frekvenci, než s jakou pracujeme se samotným dítětem. Obecně může platit, že čím starší klient, tím méně častá setkání s rodiči. Ale určitě to záleží na povaze řešeného problému. Vždy si ale s nezletilým klientem domlouváme, co rodičům sdělíme o průběhu terapie, a s mým sdělením pro rodiče musí nezletilý klient souhlasit. Ke komunikaci s rodiči dochází odděleně. Snažím se vždy (na rozdíl od rodinné terapie) vyhnout se přímé konfrontaci, protože by to nejspíše situaci v rodině moc nepomohlo, kdybych nechala například ventilovat výhrady dítěte k rodičům nebo naopak sdílela důvěrnosti z toxických vzorců v rodinném systému, které znám právě od dítěte. Stejně jako vztahu

s dětským klientem by mohlo uškodit, kdybych dávala za pravdu rodičům. Samozřejmě, že subjektivně stojím na straně dítěte s tím, že mírním jeho nerealistická očekávání od rodičů. Obecně platí, že pokud v terapii neřešíme otázky vážného ohrožení zdraví, nikdy nesdělují rodičům detaily procesu, které si dítě nepřeje sdílet. Často je to věcí jemného balancování, dát informace a podporu i rodiči, podpořit jeho důvěru v dítě i jeho individuální terapeutický proces a na druhé straně dát najevo to, že nějaké věci se třeba nedějí „správně“, ve prospěch zdraví a bezpečného vývojového růstu dítěte. V některých případech je důležité nastavovat rodičům hranice, zvláště v případech, když nerespektují daný obsah i proces kontraktu terapie a mají potřebu neustále referovat, zjišťovat či jinak ovlivňovat průběh a vlastní zakázku dítěte. To je na práci s dětmi asi to nejtěžší. Rodiče do procesu chtít nechť zasahují. Často, možná téměř vždy vlastně rodinnou terapii nepřímo dělám, pracuji ve své mysli s rodinným systémem, uvažuji o problémech, symptomech a jejich funkcích v širších rodinných kontextech. Obzvláště v případech, kdy se rodinu do rodinné terapie motivovat nedaří a problém opravdu není jen na straně dítěte...“

Parisa: „Skupinová ani individuální terapie rozhodně není substitucí rodinné terapie. V případě Veroniky, ale vlastně téměř všech dětí a často i dospívajících by bylo ideální, kdyby mohl probíhat souběh rodinné terapie a individuální či skupinové. Děti jsou nejzranitelnější a nejkřehčí součástí rodinného systému, proto na sebe často přebírají roli tzv. identifikovaného pacienta, který ve svých problémech personifikuje dysfunkční symptomy rodiny. Z mé zkušenosti z prací s dětmi a dospívajícími by často rodinná terapie stačila. Bohužel, tak jako v případě Veroniky, se ne vždy podaří rodiče ke spolupráci motivovat a do rodinné terapie přivést. Pokud se to nepodaří je možné oslovovat témata, které dítě či dospívající v rodině řeší, ale s omezenou možností rozpohybovat dysfunkční části rodinného systému. Někdy se však může podařit to, že když dítě či dospívající něco změní u sebe, pohne to celým systémem.“

Filip: „Kdybychom to, co implikuje otázka, připustili, museli bychom pak nadřadit rodinnou terapii prakticky všem formám psychoterapie. Individuální, skupinová i rodinná terapie mají svá neotřesitelná místa v péči o „dítě v problémech“, a stejně tak má každý ze způsobů terapeutické práce své nesporné přínosy i rizika. V některých kontextech je skvělé, když se může více forem terapie doplňovat, někdy je jedna forma terapie naprosto dostatečná. Kdybychom pro děti „vyřadili z našeho repertoáru“

individuální a skupinovou psychoterapii, fakticky bychom je tak ponížili, degradovali na úroveň, která by byla definovaná pouze přes jejich existenci v rodině, a také v přímé, absolutní závislosti na rodině. Ač je rodina pro dítě velmi důležitá, není tím jediným, co utváří jeho psychický život a vývoj. Historicky víme, jak negativní dopad může mít úzká izolace dítěte v primární rodině. Socializace, individuace, separace, to vše jsou nezbytné výzvy, kterým se dítě ideálně staví s pevnou rodinnou oporou a bezpečím v zádech, ale též jim do velké míry musí čelit samo a „originálně“, samo za sebe a za svou jedinečnou, neopakovatelnou osobnost. A právě v těchto výzvách je zcela v pořádku, pokud potřebuje čas pro sebe, na sebe, bez rodiny, ale přesto s někým druhým – a právě k tomu mu může dobře posloužit prostor individuální nebo skupinový, podobně jako tomu je u dospělých.“

Nedostala Veronika moc péče? Musí děti chodit tolik let do různých druhů terapie? Co jim můžeme dát? A kdy terapii ukončit?

Kristýna: „To je dobrá otázka a asi je to spíš případ od případu. Nemyslím si určitě v prvních letech, kdy v podstatě bojovala o život. U mě je teď v individuální terapii třetí rok a myslím, že je pro ni rozhodně potřebná.“

Parisa: „V případě Veroniky jsme tady byli a jsme prostě tak dlouho, jak nás potřebovala a potřebuje. Možná to je luxus, ale jsem ráda, že jej můžeme v Animě nabídnout. Skupina je pro ní bezpečné místo, kde je přijímaná taková jaké je se všemi svými emocemi. Jsou tam kromě vrstevníků dvě dospělé podporující osoby, které stojí vždy na její straně. To pro dítě z rodiny, kde to je nedostatková kvalita, uzdravující a dokud to potřebuje, tak si to bere a my to dáváme. Z naší zkušenosti víme, že načasování odchodu ze skupiny přichází přirozeně s tím, jak dospívající začínají žít více svůj vlastní život. Často s příchodem na vysokou školu či do zaměstnání, nalezením stálého partnera atd.“

Filip: „V mém vnímání je terapie s dítětem nebo dospívajícím do slova „zasazena“ do jiného časoprostoru. Pro dospělého člověka je pět či deset let života ve stabilních podmínkách a ladění něco přirozeného. Samozřejmě, výrazné životní události vždy nesou potenciál či dokonce nezbytnost změny. Když si však vedle sebe postavíme množství a rozsah změn, kterým v řádu několika let čelí děti a posléze dospívající, nelze nevnímat obrovskou hustotu a „nevyhnutelnost“ fakticky trvale přicházejících dramatických výzev a změn, přímo vycházejících z toho, že jedinec

čelí jednomu z nejtěžších životních úkolů: během „pár let“ dojít od fakticky nesamostatného „přívěsku“ rodičů k individuálně myslící, jednající a reflektující osobnosti, která mu pak má být oporou další desítky let. Pokud s takovou definicí dospívání souhlasíme, je nasnadě, proč ti, kteří navíc k výše uvedenému zažívají ještě „nepřízeň osudu“ potřebují zvláštní „provázení“. Záměrně používám slovo „provázení“, protože to v mé mysli nejlépe reprezentuje právě onu několik let trvající, prospěšnou a úspěšnou spolupráci, jejíž opravdový konec, alespoň z mé zkušenosti, nejčastěji přinásejí „okolnosti“. Najednou už není na terapii místo, jaksi se „nevejdou“ do rozvinutého a dále se rozvíjejícího života dítěte, dospívajícího či mladého dospělého. Pak je rolí terapeuta se s radostí v srdci, bez výčitek, začít loučit s klientem, kterému již nemá co dalšího nabídnout.“

Proč to dělám tuhle práci? Co mi to dává?

Filip: „Pro mě je důležité dělat něco, co má smysl. A nejen smysl krátkodobý, ale optimálně trvalý. Zároveň jsem člověk, který rád dělá věci efektivně – s reálným dopadem, optimálně dlouhodobým – a pokud možno, co možná nejširším. Ze všeho, co jsem kdy vyzkoušel a o čem jsem kdy přemýšlel, mi nedávalo tak hluboký pocit smyslu jako práce s dětmi a dospívajícími. V mých očích je pomoc někomu, kdo má celý život před sebou a zároveň je faktickým ztělesněním naší budoucnosti, asi nejsmysluplnější. Když mohu slyšet, zažívat, pozorovat životní posuny a úspěchy našich nedospělých klientů, cítím radost a pocit naplnění z toho, že jsem mohl snad alespoň nějakou částí aktivně pozitivně ovlivnit někoho, kdo z toho může ještě desetiletí těžit a předávat svou jedinečnost dál a dál.“

Parisa: „Mně prostě tahle práce dává smysl. Je to křehký a dobrodružný pocit být s dětmi u toho, kdy odkrývají svá zranění, hojí je, učí se zase důvěřovat světu a sobě..., být s nimi v čase a v jejich životech. Jak říká Jitka Vodňanská a Buddha, je to **privilegium** dělat takovou práci. Často to tak cítím.“

Kristýna: „Moc mě naplňuje vidět postupné změny, u dětí to jde trochu pomaleji, často si vlastně dlouho zdánlivě víc hrajeme, než děláme „skutečnou“ terapii, ale u mladistvých je to často viditelné brzy, že jim terapie nějak pomáhá. Moc mě těší, když můžu ukázat jiný pohled, pomoci pochopit, že určité věci nebo svět nemusí být tak černé, že někdy zdánlivě i beznadějně situace se dají vyřešit. Někdy je to frustrující práce, právě

v případech, kdy do rodinného systému mohu zasáhnout minimálně, ale i to je vlastně krásné, snažit se zapálit plamínek... Často je s dětmi prostě sranda a nepřestává mě udivovat jejich přirozenost a kreativita.“

Prolínání skupiny a individuální psychoterapie: jak se bavíme o terapeutických procesech a jak sdílíme informace?

Kristýna: „To je „velká“ otázka. Máme to nastaveno tak, že společné prolínání klientů v různých službách je citlivé. Vždy řešíme, na kolik sdílet a zda je to skutečně v zájmu klienta. U dětí s problematikou závislostního chování a přicházejících ze „závislých“ rodin je to ale celkem zásadní, protože se k nám někdy dostávají informace z nejrůznějších míst, a i proto je dobré si informace čas od času ověřit. Obzvlášť v případech, kdy je v rodinném systému angažován OSPOD. Samozřejmě, my nemáme kompetence kontrolního orgánu, naše role je podpůrná a terapeutická.“

Parisa: „Snažíme se, aby sdílení informací o terapeutických procesech v rámci skupiny i individuální terapie bylo vždy nastavené v zájmu klienta. To se nejlépe dělá na supervizi. Pokud se nepodaří uskutečnit supervizi v čase tak, abychom mohli ošetřit to, co se aktuálně děje, bavíme se o tom na společných poradách.“

Fenomén tykání a vykání v terapii

V průběhu našich debat nad klientkou přicházíme k otázce oslovení v terapii, v kterém se možná překvapivě neshodujeme.

Kristýna: „Jsem přesvědčená, že tykání pomáhá blízkosti a partnerštvějšímu vztahu. Je pro mě důležité mladistvému nabídnout tykání, pokud já mu chci tykat. Pokud já mu tykám a on mně vyká, může to vytvořit nerovnováhu mezi mnou a klientem. Dává mi to jistou expertní roli, která mě od klienta oddaluje. Rozhodně jako terapeut (a hlavně jako člověk) se cítím příjemněji ve vzájemném tykání. Nejspíše se do této otázky promítá i moje psychoterapeutické specializace (daseinanalytická psychoterapie), která staví na autenticitě a individuálním fenomenologickým přístupem k terapii i člověku. Určitě mě také ovlivnilo několikaleté působení v terapeutické komunitě pro závislé, kde si tykají i s dospělými klienti všichni. Samozřejmě to ale vždy zvažuji v konkrétní situaci s konkrétním klientem, zda to není jen moje potřeba a zda to je ku prospěchu věci. S některými klienty to máme

tak, že já jim tykám a oni mi vykají, vykám si i s některými nezletilými, ale přiznám se, že cítím, že v těchto případech to „není úplně ono“. S Veronikou jsme si od začátku nastavili tykání a věřím, že to velmi pomohlo důvěrnosti našeho vztahu. Ale také jsem si vědoma, že je to dost specifický případ, protože už předtím byla dlouho ve skupině a tam si také všichni tykají.“

Parisa: „Vykání pro mě posiluje respekt a roli. Pro mě je nejdůležitější být osobou, která napravuje nefunkční vzorec v rodině, je pro mě důležité být pevnou a respektovanou osobou v dobrém slova smyslu, spolehlivou a předvídatelnou, která většinou v rodinách našich klientů nebyla.“

Jak to děláme s rodiči v dětské skupině (zvláště když neabsolvují rodinnou terapii)

Kristýna: „Můžu tady asi sdílet, jak to máme nastavené ve skupině pro menší děti. Na začátku spolupráce máme úvodní setkání, tzv. „první kontakt“, kde se vždy scházíme s rodiči a dítětem. Když indikujeme skupinovou terapii, dítě pak dochází pravidelně na skupinu a pokud nejsou nějaké problematické situace na skupině nebo větší absence nebo naopak horší problémy doma či ve škole, většinou jsme s rodiči v kontaktu sporadicky. Dění na skupině je přísně důvěrné. V horizontu roku se pak s rodiči scházíme na hodnotící sezení, kde probíráme změny ve vývoji dítěte a případné otázky ze strany rodičů. Pokud vidíme, že hlavní příčinou nepříjemností v životě dítěte je rodina, vždy znovu doporučíme rodinnou terapii a snažíme se rodiče motivovat k tomu, aby do ní vstoupili.“

Parisa: „Na skupině pro dospívající K2 se s rodiči vidíme pouze při prvním kontaktu, pokud dítěti ještě není osmnáct let. V průběhu roku setkávání s rodiči již pravidelně neděláme, pouze pokud to vyžaduje aktuální dění na skupině a dospívající k tomu dá souhlas. Samozřejmě se po dohodě s dospívajícími v mnoha případech snažíme motivovat rodinu ke vstupu do rodinné terapie. To si pak s rodiči dáváme schůzku.“

Filip: „Čím mladší je dítě, tím užší je obvykle kontakt s rodiči – častější telefonáty, krátké hovory před a po skupině, poradenské a reflektující rozhovory. S rodiči vždy pracujeme převážně poradensky a s primárním důrazem na optimální prospívání dítěte, s přihlédnutím k možnostem a schopnostem toho kterého rodiče. Čím je dítě starší, tím více rodič – často zcela přirozeně, sám to často „uycítí“ – ustupuje do pozadí a komunikace s ním se stále více zvědomuje a řídí dítětem, respektive dospívajícím. Po-

kud v takové fázi cítíme potřebu doprovodné rodinné nebo individuální terapie, vedeme diskusi nejprve s dospívajícím a až následně ji nabízíme a případně zprostředkováváme obvykle skrze společnou schůzku rodičům.“

Základní pocit důvěry: jak důležitá je uzavřenost a otevřenost skupiny?

Kristýna: „Z mého pohledu terapeuta skupiny dětí (11–15 let) je určitě důležité mít skupinu menší a stabilní. Větší otevřenost a časté přibírání nových členů je pro děti stresující a je pak těžší budovat intimní prostředí, kde mohou otevírat tak těžké věci jsou šikana nebo alkohol či jiné problémy v rodině. Ale v principu je skupina otevřená, dlouhodobě jsme na hranici naplněnosti, nejčastěji ukončujeme pobyt ve skupině ke konci školního roku, když dítě nastupuje na střední školu.“

Parisa: „Skupina pro dospívající K2 je primárně otevřená, do skupiny mohou do naplnění kapacity jednotliví členové vstupovat a v průběhu roku z ní odcházet. Celý tento proces je však ošetřený vstupními i výstupními skupinovými rituály tak, aby pocit bezpečí na skupině byl co největší.“

Filip: „Důvěra je ve skupině klíčová. Pro mě je neoddělitelně spojená s pocitem bezpečí. Právě o bezpečí by v první řadě měla každá terapeutická skupina usilovat, protože až na něj nasedá všechno ostatní. Míra uzavřenosti, respektive otevřenosti – ať už ji chápeme jakkoliv – by tedy měla být aktuálnímu pocíťovaného bezpečí přizpůsobována. Samozřejmě, aby se vytvořilo co možná nejstabilnější prostředí (stabilita je jednou z důležitých složek bezpečí, zvláště u dětí a dospívajících), pomáháme si mnoha přístupy, technikami, rituály a pravidly, které nám umožňují „natahovat“ míru, ve které se skupina stále cítí bezpečně, i když se na první pohled může zdát až příliš otevřená. Anebo z opačného pohledu, příliš uzavřenou a až stereotypně pracující skupinu můžeme jejím otevřením cíleně „oživit“ a trochu ji vykolejit ze „zajetých“ forem fungování.“

Jednoduše by se dalo říci, že otázka uzavřenosti a otevřenosti nefunguje sama o sobě, ale vždy v silné vazbě na aktuální situaci skupiny. To jsou kvality a potřeby, které vycházejí ze skupiny samotné a jsou reflektovány a kontinuálně diskutovány terapeuty, kteří nesou za dění na skupině odpovědnost. Je to tedy věčný kruh „dialogu v dialogu“ – kdy na vnější straně kruhu je dialog mezi terapeuty a skupinou, a na vnitřní straně kruhu je dialog terapeutů mezi sebou navzájem. Oba kruhy se samozřejmě různě protínají, dotýkají, prostupují a dynamicky proměňují.“

7. Slovo závěrem

Pavel Bém, Jan Hovorka

„Člověk je součástí celku, jemuž říkáme „Vesmír“, součástí omezenou v čase a prostoru. Člověk vnímá svoje pocity a myšlenky jako něco odděleného od pocitů a myšlenek druhých lidí – což je jakýmsi optickým klamem našeho vědomí. Tento klam je naším vězením, neboť nás omezuje na naše osobní zájmy a dovoluje nám milovat jenom pár nejbližších lidí.“

Albert Einstein

Třicet let vedeme v Apolinárii odbornou debatu o nezbytnosti konceptualizovat a popsat Apolinářský model rodinné terapie a nabídnout jej odborné i laické veřejnosti k dialogu, zpětným vazbám i nezbytné kritice. Bránilo nám v tom mnoho faktorů: čas (toho není nikdy dost, zároveň je ho někdy tolik, že nevíme, co s ním...), láska ke klinické práci (které jsme vždy dali přednost před vyčerpávajícím psaním), pokora před „nevěděním“ (vždy jsme si byli moc dobře vědomi skutečnosti, že toho víc nevíme, než víme), možná i naše týmová nedisciplinovanost, možná nám chyběl impuls, naším „terapeutickým jazykem“ řečeno „paradoxní direktiva“, která by umožnila „změnu“ v jinak „statickém“ a „stereotypním“ přístupu, který vždy dal přednost „nepsaní“ před psaním.

Stereotypně a „bezknížně“ tikající „Chronos“ však svedl neúspěšnou bitvu se svým starším bratrem „Kairosem“, časem určeným pro změnu, a tak je „Kniha“ dnes konečně na světě. Iniciaci provedl svým specifickým a hravým způsobem Honza Hovorka, spoluautor a spolueditor knihy, a udělal to tak důmyslně, že se na konci procesu náš apolinářský tým nerozpadl, stále drží pohromadě, byť určité etapy naší kolaborativní tvorby byly mimořádně náročné. Ano, narážím (pro zasvěcené čtenáře) na realitu, že jiné skvělé rodino-terapeutické týmy, které postavili základní stavební kameny české školy rodinné terapie, takovou expozici při psaní knihy „nepřežili“.

Prozradím něco málo z naší knižní „kuchyně“. Honza Hovorka přinesl na první setkání patnáctičlenného autorského týmu rukou kreslený barevný obrázek, který připomínal antický chrám rozložený do dětského puzzle. Nikdo z nás mu nerozuměl, a možná ani sám autor ne. Honza prohlásil: „*Toto je naše kniha*“, stačí už jenom tento neumělý obrázek přeložit do slov“. Usmíval se od ucha k uchu. Byl si jist skrytými „obsahy našeho apolinářského rodino-terapeutického nevědomí“ a také našimi zdroji, které když bude nejhůře, budeme schopni zmobilizovat a dílo tak dokončit. A to se také stalo. Kniha vznikla jako právě takový „dětský puzzle“ prací v kolaborativním uspořádání, velmi podobně tomu, jak fungujeme při vlastní klinické práci s rodinami - v páru, s reflexním týmem a s intervizní zpětnou vazbou.

Každá z pěti terapeutických dvojic si vybrala a do knihy zpracovala svůj kazuistický příběh, k nim postupně přibyli specifické oblasti našeho zájmu (závislé systémy a nerodinné systémy – individuální a skupinová práce s dětmi a dospívajícími) a také robustní kapitola o zdrojích apolinářského modelu (která podle mého názoru zatím v takové podobě v dostupné české odborné literatuře chybí) a nakonec se zrodilo vlastní „srdce“ knihy – „Apolinářský model integrativní rodinné terapie“. Všechny texty autorských dvojic bylo nezbytné „přeformátovat“ do nikoliv „jednoho jazyka“ (to bych si jako editor nedovolil), ale do podoby, ve které je možné knihu číst jako souvislý text. Tato nevděčná práce „zbyla“ na mne, takže pokud budete mít jako čtenáři jakékoliv výhrady, za prvé je přivítám a za druhé „jdou za mnou“.

Knihu jsme dopsali a jak už to bývá, na konci ediční práce jsme si uvědomili, že náš apolinářský „Vesmír“ je v neustálém pohybu, že v něm podobně jako ve skutečném vesmíru není nic statického, vše se každým okamžikem mění, a že je to jako s kvanty v kvantové fyzice: získávají definitivní podobu přesně v okamžiku, kdy je začneme pozorovat a popisovat, ovšem v okamžiku, kdy experiment/pozorování skončí, jsou zase všude a dostávají nekonečné množství nedefinovaných podob až do okamžiku, než je začneme znovu pozorovat. S knihou je to stejné. Dnes bychom ji napsali jinak a napsali bychom také jinou knihu.

S Jitkou Vodňanskou jsme si při „uzavírání“ knihy kladli řadu otázek, které bychom chtěli oslovit v „příští“ knize:

- Podle čeho můžeme poznat, že je rodina vyléčena?
- Jak přivést rodinu k realistickému očekávání změny?

- Jak se dotazovat na spiritualitu v rodině?
- Proč věříme rodinné terapii?
- Kdo se hodí nebo nehodí pro to, aby pracoval jako rodinný terapeut?
- Jak si budujeme vztah? A budujeme si ho?
- Jak pracovat s odpuštěním v rodině?
- Jak pracovat s některými fenomény (láska, víra) tak, abychom rodinu nevyděsili?
- Je svět rodinných terapeutů připraven pracovat s transpersonálními obsahy/přesahy?

Apolinářský „chrám“ a „mnohohlas“

Za nejcennější považuji stavbu našeho „apolinářského chrámu“, tedy naší každodenní klinickou práci. Jakkoliv je tato „hovorkovská“ metafora „březinovsky“ až příliš vzletná, přesto nebo možná právě proto ji máme rádi. „Chrámem“ máme na mysli stavbu/konstrukci, která je esteticky hezká, ale také pevná a funkční. Samozřejmě je to metafora, ale je to také schéma, tvar, struktura a jasný vnitřní řád. Umožňuje „mnohohlasu“ být skutečným mnohohlasem, ze kterého benefitují rodiny stejně jako apolinářský tým rodinných terapeutů. Definuje základní terapeutické nástroje. Drží nás rodinné terapeuty „při zemi“. Udržuje nás ve věrnosti nikoliv k jedné specifické technice, nýbrž ve věrnosti k celému systemickému paradigmatu.

V taoistickém nahlížení na svět nás jistota „apolinářského chrámu“ udržuje na jedné „cestě“ terapeutického procesu, který implicitně obsahuje svoji „sílu“ a vede nás ke svému „cíli“. Na této cestě se setkává rodina i terapeutický pár s „mnohohlasem“. Mnohohlas podporuje, ale také provokuje, rozšiřuje možnosti růstu, a také brání to, co již „vyrostlo“, je energií, která urychluje, a jindy zase zpomaluje procesy v rodinných systémech, je nástrojem dotyku s přesahujícími transpersonálními obsahy terapeutické práce, stejně jako nástrojem dotyku s všedností každodenního života. Mnohohlas je stejně barevným tvarem týmové kolektivní klinické práce, jako byl pestrobarevným obrazem spolupráce při vlastním psaní této knihy.

Mnohohlas představuje práci v terapeutickém páru, práci reflektujícího týmu i intervizní a supervizní rámec našeho pracovního „settingu“. Namítnete, ale to se dělá i leckde jinde. Určitě ano a jsme velmi zvědaví na

sdílení zkušeností našich i těch „druhých“, které našemu „mnohohlasu“ nabídnou další perspektivu. Je nicméně velmi pravděpodobné, že tak pestré složení dnes už patnáctičlenného týmu rodinných terapeutů budeme nejenom v Čechách, ale i ve světě hledat obtížně. V „**patnáctihlasu**“ **apolinářského týmu** jsou jak typičtí „satirovci“, tak strukturální či strategičtí terapeuti, tak stoupenci konstruktivistických, narativních či postmoderních kolaborativních přístupů. Někteří členové týmu mají ve své „bazální sebezkušenostní výbavě“ ukryté psychoanalytické vzdělání, jiní transakčně analytické, dasein analytické, kognitivně behaviorální, arte či muzikoterapeutické, transpersonálně psychologické, biosyntetické, zaměřené na práci s tělem a mohl bych pokračovat a pravděpodobně bych vyčerpал všechny možné a rozdílné psychoterapeutické školy, které nicméně významným způsobem definovaly osobnostní „identitu“ jednoho či druhého člena týmu. Tato „identita“ je vedle rodino-terapeutických škol dalším zdrojem kolaborativní práce v „mnohohlasu“ apolinářského týmu. Jak již bylo zmíněno v úvodu kapitoly o „Apolinářském modelu rodinné terapie“ výsledkem není nesourodá „asambláž“ různých terapeutických škol a paradigmat, ale velmi **kompaktní, integrativní systemická práce zaměřená na řešení**.

Je zcela nezpochybnitelným faktem, že tato jedinečná osobnostní pestrost apolinářského týmu nevznikla z „ničeho“ a už vůbec ne náhodou. A jistě není také náhodou, že tak různorodý týmový „mnohohlas“ přežil v kolaborativním nastavení celá desetiletí. Pevnou motivační, ale v pravém slova smyslu také „**spirituální**“ **matrici** pro tak výjimečné uspořádání rodino-terapeutického týmu nechala vyrůst „matka zakladatelka“ **Jitka Vodňanská**. Její respekt k „mnohohlasu“ a ke kreativité se samozřejmě zrodil v „systému“ Apolináře a významný podíl na tom má Jaroslav Skála i Petr Boš. Přesto vlastní **duchovní tvář apolinářskému týmu s jeho transpersonálním přesahem** vtiskla právě Jitka Vodňanská. Jí patří hlavní dík za to, že dnes můžeme představit apolinářský model rodinné terapie.

Transpersonální a duchovní přesah v naší práci je významný. J. Vodňanská říká, že naše odlišnost je v tom, že jsme byli „odkojení“ rodinnou terapií návykových onemocnění. Závislost je z podstaty definována jako „biopsychosociální a spirituální onemocnění“. Životní příběh Jaroslava Skály je toho také důkazem. Jitka se Jaroslava zeptala před oslavou jeho jubilea: „Jaroslave, co chceš ke svým 90. narozeninám?“ Skála odpověděl: „*Jitko, nauč mě meditovat!*“

Jitka dodává: „Často, možná téměř vždy, oslovujeme při naší terapeutické práci pravou hemisféru. Ale jak ji oslovujeme? Jak je možné, že nám rodiny na výjezdech tolik důvěřují, že jsou ochotní jít do řádově jiných „experimentů“ než v tradičním terapeutickém „settingu“? Není to proto, že by nás najednou vnímali jako „superexperty“. Přesně naopak. Vnímají nás jako úplně „normální lidi“. **Změna se děje skrze blízkost, autenticitu, důvěrnost vztahu.** Otevírají se podkorová centra emočního mozku, objevuje se senzitivita emočního světa našich klientů, vyplavují se neurotransmitery a otevírá srdce.“

Rodinnou terapii můžeme vnímat jako proces nevědomého učení, říkal už Milton H. Erickson. Zajímá nás, jaká je síla takového rodinného „nevědomí“ a stejně tak jaká je síla terapeutického „nevědění“ v duchu postmoderních kolaborativních přístupů. Diskurs mezi „systémovými“ a „systemickými“ přístupy nevnímáme černobíle jako „buď, anebo“. M. Erickson, J. Haley, V. Satirová, s. Minuchin, K. Ludewig, M. White, H. Anderson jsou pro nás stálou inspirací, stejně jako Liberecká či Motolská škola, a mnoho dalších českých i zahraničních rodino-terapeutických konceptů, které se rodí v týmech podobných, jako je ten náš.

V terapiích jsme si mnohokrát ověřili, že rozhodující pro úspěch naší práce je vzájemná důvěra. Ale jak vzniká? Vzniká v „nevědoucím“ konverzování, kdy rodinný terapeut je „rovnocenným“ partnerem rodině, nemá žádné předsudky ani vlastní ambice či představy o „správném“ řešení problému, se kterým rodina přichází? A znamená to, že rodinný terapeut, který má plán a zřejmé ambice aktivně objevovat rodinné nevědomí a užitečnější transakční vzorce rodině rovnocenným partnerem není, protože nerespektuje její „vlastní“ zdroje či dokonce „manipuluje“ rodinným systémem? I tento diskurs je živou součástí našeho „kolaborativního mnohohlasu“ a určitě není něčím, o čem bychom mohli prohlásit: „*To už máme dávno vyřešeno*“.

Apolinářský diamant: Ekosystémová rodinná terapie

Za „diamant“ naší apolinářské práce považuji „ekosystémovou rodinnou terapii“ při třídních terapeutických výjezdech několika rodin dohromady. Tři rodiny a deset terapeutů v „zahuštěném“ prostoru a čase. Jeden vidí druhému „do talíře“, vidí, jak si čistí zuby, jak relaxuje, jak „nic“ nedělá,

či jak se na „něco“ horečně připravuje. Autenticita, opravdovost, otevřenost, lidskost, zájem, péče, podpora a láska v tom nejuniverzálnějším slova smyslu. To vše se nejspíše jako terapeuti snažíme rodinám nabídnout i v tradičním terapeutickém „settingu“, ale z vlastních reflexí účastníků výjezdů je patrné, že se jedná o naprosto nesouměřitelné reality.

Při konceptualizaci zkušeností s výjezdy rodinné terapie a obrušování našeho „apolinářského diamantu“ jsme so ověřili starou pravdu, že zastřešujícím rámcem pohybu v rodinném systému je vztah, který je hlavním nositelem energie vytvářející důvěru. Hodně toho člověk pochopí, když na konci výjezdu rodinné terapie klienti říkají: „*Zážitkem pro nás bylo vidět, že vy terapeuti jste úplně normální lidi*“. „*My jsme si nemysleli, že nás máte opravdu rádi*“...

„Ekosystémová terapie“, terapie „zahuštěná“ v prostoru a čase, „posvátný prostor“, kde panuje důvěra a kde se dějí „nevšední a nepředvídatelné věci“ jsou z mého pohledu nástrojem a iniciacemi, které otevírají prostor „vědomí rodiny“ pro použití vlastních „nevědomých zdrojů“ generující změnu. Pracovně jsem si pro pochopení a pojmenování toho, co se v takových chvílích děje, vypůjčil termíny z kvantové fyziky a celý proces nazval pojmem „**gravitační singularita**“ a energii změny označil jako „**kvantový skok**“.

Jistě lze s touto pracovní metaforou polemizovat. Do jaké míry je nejenom svým popisem „přesná“, ale také do jaké míry nám umožňuje v našich kognitivních schématech myšlení porozumět tomu, čeho jsme svědky, a to především tak, aby nám vlastní popis umožňoval kreativní růst v dialogu „mnohohlasu“. Těmto procesům a pohybům v rodinných systémech rozumím v perspektivě pojmenované Davidem Böhmem, jedním z nejvlivnějších teoretických fyziků 20. století, který se zabýval nejenom kvantovou fyzikou, ale také jejími vztahy k neuropsychologii a filozofií mysli, myšlení a vědomí vůbec. Böhm zjistil, že některé mozkové procesy na buněčné úrovni (např. myšlenky) fungují obdobně jako v kvantové fyzice nelokalizované kvantové entity. Kvanta/myšlenky jsou všude v prostoru a čase, a pokud je nepozorujeme, jsou potenciálně v mnoha stavech najednou, a nemají žádné definitivní vlastnosti. Teprve když kvanta/myšlenky vytáhneme z „moře možností“, stávají se reálnou entitou. Vědomí tedy představuje koherentní celek, který není nikdy statický, jasně definovaný a kompletní.

Böhm vypracoval matematickou a fyzikální teorii „implicitního a explicitního řádu“. Implicitní řád reprezentuje obecnou „totalitu“ nepoznatelné existence, explicitní řád pak zlomek viditelné či vnímatelné

reality, kterou studujeme v experimentech, a kterou se snažíme změnit či ovlivnit také v procesech psychoterapeutických či rodino-terapeutických intervencí. Obraz vesmíru je podobný obrazu živého organismu. Různé aspekty existence mají smysluplný vztah k celku a slouží svému konečnému účelu. Hmota a vědomí nemohou být vysvětleny jedno bez druhého. Neexistuje ostrá hranice mezi živou a neživou hmotou. Příčinou vážných disharmonií na úrovni společenských, politických, ekonomických či náboženských struktur, stejně jako příčinou vážných disharmonií na intrapsychické či interpsychické úrovni jedince/rodiny, je „koncepční fragmentace světa“. V jejím rámci se snažíme „rozdělit nedělitelné a naopak sjednotit nesjednotitelné“. Moje porozumění „gravitační singularitě“ či „kvantovému skoku“ při terapeutických výjezdech se asi nejlépe dá vysvětlit Böhmovým teorémem, že rodinám se podaří pochopit a přijmout právě to, že **„nedělitelné rozdělit nelze“, stejně jako „nesjednotitelné nelze sjednotit“**. A přestanou se tedy o to pokoušet.

Byl jsem zvědav, zda se jedná o trvalou transformaci rodinného systému, anebo zda se jedná o „zážitek“, který bude efemérní a za čas zapomenut či přebit novými zkušenostmi rodiny, třeba ve smyslu návratu k původním dysfunkčním homeostázám. Překvapením pro mě bylo, že v naprosté většině případů se jednalo o změny trvalé. Ne vždy měly efekt na „zázračnou úzdravu“ rodinných systémů v pohádkových narativách: „*A žili spolu šťastně až do smrti*“. V řadě případů naopak taková transformace představovala „změnu za změnou“ s rozhodnutím zúčastněných k zásadnímu a hluboce prožitému rozhodnutí: „*Takhle už to dál nechceme, pojďme se rozejít*“ (typicky v případech rodičů, kteří se v partnerském uspořádání rodinného systému trápili, a obětí takového trápení byly děti). Často jsem se v takových situacích přistihl při lítosti z „neúspěšné terapie“, ze které mě však samotná rodina vždy stačila rychle vyvést. Uvědomil jsem si, že tyto reality jsou na úrovni prožitků emočního světa dávno vyřčené a v kognitivní realitě rodiny poměrně jasně zaznamenané. Rodina si s nimi akorát neví rady. Rodinné tradice, sociokulturní společenské normy jí nedovolí, či dokonce kategoricky „zakáží“ jít lapidárně řečeno za „hlasem svého srdce“. V okamžiku, kdy je tento „ekosystémový setting“ nabourán novou zkušeností v „zahuštěném“ čase výjezdu („gravitační singularitou“), dovolí si rodina a její členové vyslovit to, co už dávno vědí a co opravdu chtějí. Občas slyšíme něco jako „hlasité žuchnutí“, když některému z členů rodiny „spadne kámen ze srdce“.

Samozřejmě jsem si musel položit otázku, co se stane, když se z takové „gravitační singularity“ rodina vrátí zpět „na zem“ do pomalu tika- jícího chronologického času každodennosti. Jako když se astronauti vrací z kosmické mise a stavu „beztíže“ zpět na Zemi, kde jsou opět vystave- ni působení zemské atmosféry a gravitační tíži normálních fyzikálních procesů. Z takových vesmírných misí víme, že adaptace na „pozemské prostředí“ neprobíhá vždy hladce a může způsobit astronautům řadu problémů, které si žádají specifickou „integrační“ péči. Co se tedy stane s rodinou, která prožije něco výjimečného ve výjimečném čase výjezdu a poté se vrátí do všednosti každodenního života a také do kolotoče kaž- dodenních starostí? Tuto otázku nechám nezodpovězenou. A to nejenom proto, že na ni nemám ani vyčerpávající ani uspokojivou odpověď, jako spíše proto, že ji považuji v duchu našeho apolinářského „mnohohlasu“ za důležitou pro další zkoumání.

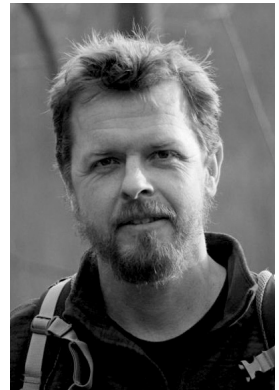
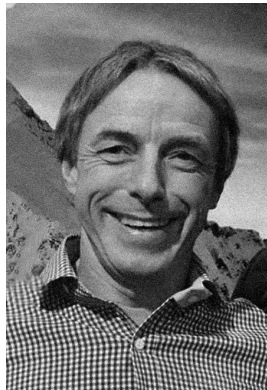
To, co považuji za zásadní je skutečnost, že tyto transformační pro- měny rodinných systémů ulevují těm, kteří přichází do rodinné terapie jako identifikovaní pacienti s pestrou plejádou symptomů, často závažné, někdy dramatické povahy. Nejčastěji to jsou děti a dospívající, ale samo- zřejmě to není pravidlo. Vnímat proměny závažných symptomů od zni- čující sebedestrukce po růstově orientované bezpečné a zdravé vzorce chování je pro mě největší odměnou terapeutické práce. Když prožívám radost a vděčnost za to, že autodestruktivní jednání dospívajícího v rodi- ně se po opakovaných pokusech o sebevraždu proměnilo v obraz „bezpeč- ného“ dospívání a separace, vždy si uvědomím, jak těžké je být v rodinné terapii „nestranným“ pozorovatelem bez předsudků a „vlastních terapeu- tických ambic“

Otázkou také zůstává, co se stane, když takovou dramatickou trans- formací projde jenom jeden člen rodiny či pouze část rodinného systému. Studium rozšířených stavů vědomí a transpersonální psychologie mě naplňují hlubokou nadějí. Z vlastní čtyřicetileté praxe v těchto oblastech vím, že emoční a duchovní růst jednoho člena rodiny sice může krátko- době „ohrozit“ rodinný systém, ale v dlouhodobém horizontu přináší ve velké většině případů i pro zbytek rodiny úlevu a otevřený prostor pro společný růst. Termínem „společný růst“ nemám v konzervativním slo- va smyslu na mysli nutně zachování tradiční podoby partnerského vzta- hu (manželství), daleko spíše mám na mysli „společný růst rodiny“, ve kterém rodiče mohou být rozvedeni a žít na opačném konci zeměkoule,

ale zároveň k sobě mít otevřený, respektující vztah v oboustranně láskyplném nastavení k dětem a dalším generacím (vnoučatům, prarodičům). Takové uspořádání je vlastně nezbytnou podmínkou pro přerušení opakujících se „dědičných“ transgeneračních konfliktů v rodinných systémech, kdy se dysfunkční patologie přenáší z generace na generaci jako „rodová infekce“. Ze zkušeností z práce s rozšířenými stavy vědomí navozenými různými technikami je zřejmé, že **„provázení integrační fází po takovém kvantovém skoku“** změny je klíčovým momentem, nejenom pro další udržení transformační energie v celém rodinném systému, ale také pro ukotvení změny v běžném životě.

Závěrečné slovo si dovoluji uzavřít opakováním, že univerzální léčivou silou jsou vztahy. Univerzální energií vztahů je soucit, láska, pokora, sounáležitost, schopnost vnímat sebe sama ve své jedinečnosti a odlišnosti, ale také sebe sama jako součásti koherentního celku s transpersonálními přesahy k rodinným a rodovým tradicím, k ekosystému přírody, vesmíru a životu vůbec. V něm je rozhodující silou láska. Láska jako stav vědomí, způsob vnímání sebe i druhých, a také života.

*Pavel Bém a Jan Hovorka,
Praha, 6. 4. 2023*



8. Epilog

Ivan Verný

Mám za sebou 11 let supervizní práce s terapeutickým týmem Animy a Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii.

Je to heterogenní tým: ženy, muži, internisté a externisté, různé úvazky, psychologicko-lékařský setting, organizačně a finančně komplikované uspořádání, neboť neziskovka (odkázána na granty) spolupracuje se státní nemocnicí a jejím finančním systémem. Během těch 11 let jsem měl příležitost seznámit se s tradicí, o které vypráví tato kniha a která se zčásti zobrazovala v opakovaně přicházejících tématech supervizní práce i ve změnách fungování celého týmu.

Slyšel jsem o společných cestách na konferenci, o výjezdech na týmové intervizní porady, kde se řešení pracovních témat přirozeně mísí s večírky a radostí společného bytí. Dostal jsem možnost naslouchat pravidelnému sdílení důležitých aspektů osobního i profesního života všech členů týmu.

Vídal jsem přátelskou atmosféru, osobní zájem a soucit s rodinnými obtížemi, boj s přepracováním a vyčerpáním, tak dobře známým v pomáhajících profesích. Byl jsem svědkem času pro rozmanité projekty a povinnosti, snahy o profesionální péči a vysokou odbornou kvalitu práce s pacienty a jejich rodinami. Vídal jsem hluboký pocit dotčení/otřesení, když mezilidsko-kolegiální vztahy nefungovaly, když se objevily třenice mezi funkcemi – a také snahu o pochopení, „vyžehlení“ a změnu k lepšímu. To je idea týmové spolupráce, kde se dobré úmysly potýkají s možnostmi a zádrhly každodenní kultury i osobnostními akcenty jednotlivých členů týmu. Byl jsem vybrán jako neutrální element na tomto českém terapeutickém poli. Můj osobní a profesionální vývoj se odehrával jinde, takže jsem nebyl nikomu v tomto týmu zavázán nebo blízký, což při pohledu na historii a profesní aktivity členů týmu není tak snadné. A to je jeden z hlavních důvodů, proč jsem se stal (po relativně dlouhé době) supervizorem apolinářského týmu a tím pádem i svědkem tradice a snahy o dobrý vývoj v terapeutické spolupráci.

Publikace má impozantní obsah. Čte se jako „Kdo je kdo“- nabízí přehled všech důležitých škol rodinné terapie. Když jsem dostal první ukázkovou kapitolu (nikdy jsem neseděl v apolinářském reflexním týmu), kladl jsem si otázku, jakou roli hraje tato rozmanitost přístupů v každodenním terapeutickém životě.

I já pocházím z eklektických škol psychoterapie a supervize a líbí se mi vysvětlení pojetí eklektiky v Cambridžském slovníku: „Metody, názory, myšlenky atd., které jsou eklektické, kombinují to, co se zdá být nejlepší nebo nejužitečnější z mnoha různých oblastí nebo systémů, spíše než aby se řídily jediným systémem“. Pro mě to znamená, že rozmanitost je obohacující a inspirující pro kreativní psychoterapeutickou práci.“

Desítky otázek zaměstnávají terapeutický tandem i reflexní tým v průběhu terapeutické práce. Na mnohé z nich není třeba hledat odpovědi, samotné jejich kladení otevírá dveře do prostor, které je třeba prozkoumat, aby se mohl rodinný systém pohnout dál ve svém vývoji. Z vlastní zkušenosti vím, jaký tlak může vzniknout zapojením a pohledem reflexního týmu; při současném obohacení pozorováním z jiné perspektivy. Je to náročná kombinace, o to více, že reflexní tým obsahuje učící se i zkušené pozorovatele.

Kapitola „duše rodiny“ je tragický příběh rodinné terapie, která přichází pozdě (dvanáct let po dokonané sebevraždě osmnáctiletého syna) a kde se nestane „zázrak probuzení“ rodiny; otec zemřelého syna se také rozhodne z pozemského života odejít. Možná se stal „zázrak“ vysvobození z utrpení, byť vlastní sebevraždou. Kdo to má či může posoudit? Přeživší je matka a vdova, a s ní pokračuje neobvykle široká terapie, která se odehrává nejenom v terapeutickém prostoru Animy a Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii, ale i v bytě klientky. Příběh se čte skoro nesnesitelně, nabízí se otázka, jak to snášíme my psychoterapeuti, jejichž životy jsou možná z jistého úhlu pohledu „privilegovanější“, ale také takovými příběhy otřesené?!

Přestože mám dobře vyvinutý soucit a nezbytný odstup, přece mi terapeutické aspekty a konceptualizace pomohly spojit se s postojem a přístupem terapeutického týmu. Oslovil mě hlavně aspekt spirituality, o které jsem se na lékařské fakultě nenaučil nic, a i můj komunisticky vychovávaný otec byl šokován, když jsem mu jednou povídal, že navrhuji některým pacientům, aby si vzpomněli na sílu modlitby. Modlitby, která představuje oslovení jiné síly než vlastní (a často zlomené) vůle. Duše rodiny tento aspekt vyzdvihla a nabízí nám si ho přinejmenším uvědomit,

8. Epilog

zvláště v tak tragickém kontextu, jakým je zoufalství po ztrátě vlastního dítěte. Vděčně čtu o propojení smutku s „géníem loci“ a nutností změny místa bydlení po takové tragédii, o energetickém dopadu „neodsmutněné“ ztráty i o neobvyklých terapeutických intervencích.

Jsem zvědavý na celou publikaci a všechny příspěvky, mám dojem, že mi něco potvrdí a že mě bude inspirovat v mé klinické práci k jiným intervencím. Doufám, že si ji terapeutická komunita se zájmem přečte.

Ivan Verný, Winterthur, 18. 1. 2023



Literatura

- Aas, M.A. kol.: *Elevated hair cortisol associated with childhood maltreatment and cognitive impairment in schizophrenia and in bipolar disorders*. Schizophrenia Research 213, s. 65–67, 2019.
- Aristotelés: *Metafyzika*. Praha: Nakladatelství Rezek, 2003.
- Anderson, H.: *Konverzace, jazyk a jejich možnosti, Postmoderní přístup k terapii*. Newton Books, 2009.
- Banman J., Gerberová J., Gomoriová M., Satirová V.: *Model růstu: Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta, 2005.
- Banman, J., Satirová V.: *Psychologické eseje 1963-1983*. Praha: Triton, 2016.
- Bateson, G.: *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- Bateson G.: *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Bantam Books, 1988.
- Bateson, G.: *Ekologie mysli*. Dolní Břežany: Malvern, 2018.
- Benda, J., Hrabánek M.: *Proces umírání, smrti a znovuzrození. Architektura emočních a psychosomatických poruch*. Skripta k 3. modulu Grof Legacy Training – Holos. Opava: Holos, 2020.
- Bohm, D.: *Wholeness and the Implicate Order*. London: Routledge a Kegan Paul, 1980.
- Boš, P.: *Úvod do strategické terapie rodinného systému*. Mělník, 1982.
- Capra, F.: *Bod obratu. Věda, společnost a nová kultura*. Praha: DharmaGaia, 2002.
- Carter, B., McGoldrick, M.: *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press, 1988.
- Čtrnáctá, Š.: *Rodinná terapie a práce s blízkými*. In K. Kalina (ed.), *Klinická adiktologie*, Praha: Grada, 2015.
- De Shazer, S.: *Klíče k řešení v krátké terapii*. Praha: Portál, 2017.
- Einstein, A.: *Jak vidím svět*. Praha: Lidové noviny, 1993.
- Feldman Barrettová, L.: *Sedm a půl kapitoly o mozku*. Praha: Slovart, 2021.
- Fifková, H.: *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2013.
- Gjuričová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.
- Grof, S.: *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo, 2017.
- Grof, S.: *Psychologie budoucnosti. Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo, 2007.
- Grof, S.: *Když se nemožné stane: Dobrodružství za hranicemi běžného vědomí*. Praha: Práh, 2012.
- Grof, S., Grofová Ch.: *Holotropní dýchání: Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Opava: Holos, 2011
- Grof, S., Grofová, Ch.: *Krise duchovního vývoje*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999.
- Grof S., Grofová, Ch.: *Nesnadné hledání vlastního já. Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999.
- Haley, J.: *Neobvyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona*. Praha: Triton, 2003.

DUŠE RODINY

- Haley, J.: *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.
- Haley, J.: *Strategies of Psychotherapy*. Boston: Pearson Allyn & Bacon, 1963.
- Haley, J.: *Leaving Home: The Therapy Of Disturbed Young People*. Oxfordshire: Routledge, 1997.
- Heidegger, M.: *Identity and Difference*. New York: Harper and Row, 1969.
- Hellinger, B.: *Skrytá symetrie lásky: Co podporuje lásku v partnerských vztazích*. Praha: Pragma, 2002.
- Hellinger, B.: *Rodinné konstelace: Objevná síla*. Praha: Triton, 2004.
- Hellinger, B.: *Láska Ducha*. Praha: Maitrea, 2011.
- Hoffman, L.: *Foundations of Family Therapy*. New York: Basic Books, 1981.
- Hess, A.: *Critical-rhetorical ethnography: Rethinking the place and proces of rhetoric*. *Communication studies* 62(2): 138, 2011.
- Hrabánek, M.: *Holotropní dýchání 1. Cesta k sebepoznání*. Skripta k 1. modulu Grof Legacy Training. Opava: Holos, 2020.
- Chvála, V., Trapková, L.: *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Portál, s. r. o., Praha, 2008
- Jackson, D.D., Watzlawick, P.: *Pragmatika lidské komunikace: Interakční vzorce, patologie, paradoxy*. Newton Books, 2011
- Jeřábek, P.: *Psychopatologie závislosti*. In.: Kalina K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- Jones, E.: *Terapie rodinných systémů*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996.
- Jung, C.G.: *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995.
- Kalina, K.: *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2003.
- Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*, Praha: Grada, 2015.
- Kalina, K.: *Rodinná terapie a práce s rodinou, Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády ČR, s. 45–51, 2003.
- Kontext. Bulletin Sekce pro rodinnou terapii. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 1, číslo 3, 1985. 3
- Kontext. Bulletin Sekce pro rodinnou terapii. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 0, číslo 0, 1984.
- Kontext. Bulletin Sekce pro rodinnou terapii. Praha: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti. Ročník 6, číslo 1, 1990.
- Koukolík, F.: *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2000.
- Kübler-Ross, E.: *Death, the final stage of growth*. New Jersey: Prentice Hall, 1975.
- Laing, R.D.: *The Politics of Experience*. New York: Ballantine, 1967.
- Laing, R.D.: *Metanoia: Some Experiences at Kingsley Hall*. In: *Going Crazy*, ed. N. Ruitenbeck. New York: Bantam, 1972.
- Lao-c': *Tao te t'Ing. O tajemství hlubším než hlubina sama*. Praha: Dokořán, 2007.
- László, E., Grof, S., Russell, P.: *Revoluce vědomí. Transatlantický dialog*. Praha: Carpe Momentum, 2013.
- Laštovka, M., Laštovková, B.: *Pražský uličník. Encyklopedie názvů pražských veřejných prostranství*. Praha: Academia, 2022.
- Luhmann, N.: *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK, 2006.
- Laszlo, E.: *Věda a ákášické pole: Integrální teorie všeho*. Praha: Pragma, 2005.

- Maturana, H. R., Varela, F.: *Strom poznání: Biologické základy lidského rozumu*. Praha: Portál, 2016
- Maté, G. a Jurek, V.: *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Praha: People-Comm 2020.
- Minuchin, S.: *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013.
- Minuchin, S.: *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013.
- Minuchin, S.: *Where is the family in narrative family therapy?* Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 24, No. 4, s. 397, 1998.
- Miovský, M., Šejvl, J., Popov, P.: *Klinika adiktologie „U Apolináře“ v perspektivě 70letého vývoje*. Praha: Albert, 2018.
- Mravčík, V. et al.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2019.
- McCarthy, I.C.: *The Fifth Province, Imagining a Space of Dialogical Co – Creations*. Context, 2010.
- Naso, P. O.: *Proměny*. Praha: Odeon, 1969.
- Navarra, R.: *Family response to adults and alcohol*. Alcoholism Treatment Quarterly, 25(1–2), 85–104, 2007.
- Nepustil, P.: *Láska léčí: polemika (nejen) s Pavlem Ratajem*. Praha: SOFT forum, 2020.
- Nepustil, P.: *Populating recovery*. In McNamee, S., Gergen, K.J., Gergen, M., Camargo – Borges, C., Rasera, E.F.: *The SAGE Handbook of Social Constructionist Practice* (pp. 476–486). London: Sage Publications. 2020.
- O’Hanlon, B.: *Může krátká terapie otevřít dveře k proměně?* Třetí vlna. (Family Therapy Networker, nedatováno).
- Petráčeková, V., Kraus, J.: *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1995.
- Presiss, M., Vizínová, D.: *Transgenerační přenos (nejen) traumatu*. Praha: Irene z.s., 2019.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., Morgan, B.: *Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach*. Advances in Mental Health, 15(2), 108–120, 2017.
- Rosen, S.: *Můj hlas půjde s tebou. Terapeutické příběhy Milтона H. Ericksona*. Praha: Portál, 2019.
- Rodina a dítě: Sborník stanovisek veřejného ochránce práv*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2007.
- Rudolph, J.: *Ty jsi moje dítě, Cochemská – cesty k lidštějšímu rodinnému právu*. Drážďany, 2010.
- Salamon, E., McCarthy I.C.: *Hope and Risk, Systemic practices for supervision and assessment in child protection*.
- Satir, V., Gomori, M., Gerber, J., Banmen, J.: *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1991.
- Satirová, V.: *Kniha o rodině*. Praha: Práh, 1994.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E.: *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ, 2013.
- Seikkula, J.: *Psychóza není nemoc, ale reakce na extrémní stres – dialog léčí*. Praha: SOFT forum, 2023.
- Selvini-Palazzolli, M., Cecchin, G., Prata, G. & Boscolo, L.: *Paradox and Counter-Paradox*. New York: Aronson, 1978.

DUŠE RODINY

- Sheldrake, R.: *Mylné domněnky vědy – Osvobození vědy a oživení ducha svobodného bádání*. Olomouc: Fontána, 2014.
- Skála, J. a kol.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.
- Skorunka, D.: *Povolání: Rodinný terapeut*. Psychoterapie, roč. 10, č. 1, 36–50, 2016.
- Smith, D. E.: *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction.*, Journal of psychoactive Drugs 44, 2012.
- Stanton, M.D., Todd, T.C.: *Family Therapy and Drug Abuse*. New York: The Guilford Press, 1982.
- Strnad, V., Nejedlá, A.: *Základy narativní terapie a narativního koučinku*. Praha: Portál, 2014.
- Špitz, J.: *Rodinná scéna toxikomanie.*, Kontext, časopis sekce rodinné terapie a Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, XIII. s. 27–31, 1997.
- Trapková, L., Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2017.
- Thomason, T.: *Jay Haley a umění Strategické terapie*. Northern Arizona University, 2012.
- Tyrrell, M.: *New Ways of Seeing: The art of therapeutic reframing: How to use your words to release your clients from limiting beliefs, including examples from 81 real cases*. Brighton: Uncommon Knowledge Ltd., 2014.
- Úlehla, I.: *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2004.
- Van Lawick, M.J.: *Children and their divorced fighting parents*. Haarlem: Systeem therapie 24/3 s. 119-130, 2012.
- Vodňanská, J.: *Voda, která hoří*. Praha: Torst, 2018.
- Von Schlippe, A., Schweitzer J.: *Systemická terapie a poradenství*. Brno, Cesta 2006.
- Vybíral, Z., Roubal, J.: *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2012.
- Watzlawick, P., Jackson, D. D., Bavelas, J. B.: *Pragmatics of Human Communication. A Study of International Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: W. W. Norton & Company, 1967.
- White, M.: *Narrative practice: continuing the conversations*. New York: W. W. Norton & Company, 2011.
- White, W., Cloud, W.: *Recovery capital: A primer for addictions professionals*. Counselor, 9(5), 22–27, 2008.
- Williamson, E., Smith, M., Orford, J., Copello, A. G., Day, E.: *Social behavior and network therapy for drug problems: Evidence of benefits and challenges*. Addictive Disorders & Their Treatment, 6(4), 167–171, 2007.
- Wumenguan, *Brána bez dveří*. Praha: Maxima, 2007.
- Wynn, L.: *Systems Consultation: A New Perspective for Family Therapy*. New York: Guilford Publications, 1986.
- Yalom, I. D.: *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2020.
- Zatloukal, L.: *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup*. Sociální práce 2008, 3, s. 82 – 93.
- Zeig, J. K.: *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005.

Pavel Bém, Jan Hovorka a kol.:

Duše rodiny. Integrativní rodinná terapie v Apolináři

Vydala Anima-terapie, z. ú., Apolinářská 447/4a, Praha 2
v nakladatelství Togga, spol. s r. o., Radlická 48, Praha 5.

Autoři: Pavel Bém, Jan Hovorka, Markéta Chlupová, Filip Kadlec, Jiří Kokrda,
Lucie Kokrdová, Eva Libánská, Zdeněk Macek, Jasenka Medenčević, Jan Paleček,
Šárka Palečková, Jitka Počarovská, Kristýna Šonková, Jarmila Tolimatová,
Jitka Vodňanská, Richard Zajíc, Parisa Zargari

Epilog: Ivan Verný

Foto na přebalu: Jiří Kokrda

Editor: Pavel Bém

Fotoeditor, koncepce knihy a produkce: Štěpán Rusňák

Fotografie: Tomáš Vodňanský, Jitka Vodňanská a archiv Jitky Vodňanské

Obálka, ilustrace a grafy: Lukáš Příbaň

Typografie a sazba z písma Carot: Dušan Neumahr

Vyrobila: Togga, spol. s r. o., Radlická 48, Praha 5

Vydání první, Praha 2023