

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 15. ročník, 2021, číslo 3

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Michal Černík, Ph.D. – Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje

Mgr. Lucie Hornová – Ambulance klinické psychologie, Rychnov nad Kněžnou

Mgr. Jan Hesoun – soukromá praxe, Praha

MUDr. David Holub, Ph.D. – soukromá praxe Praha; Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha; Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno.

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Ordinance klinické psychologie a psychotherapie, Prostějov

Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D. – Klinika adiktologie VFV, 1. lékařská fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D. – Univerzita Palackého, Olomouc (CMTF)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychotherapeutická praxe, Praha

Doc. Mgr. Jůlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzity, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychotherapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFV a 1. LF UK, Praha 2

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com

Mgr. Michal Čevlíček, Ph.D. (zástupce šéfredaktora), **Mgr. Anna Ward**, **Mgr. Stanislav Svačinka**, **Mgr. Bc. Eva Krejčí**

Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 3/2021 byla 9. 2. 2022, recenzní řízení bylo uzavřeno 9. 2. 2022. Vychází v únoru 2022.

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3982 (Print), ISSN 2695-0200 (Online) / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR Scopus, EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Leoš Zatloukal, Lucie Hornová, Roman Hytych - - - 237

TEMATICKÉ ČÍSLO / THEME

Harry Korman: „Společný projekt“ v krátké terapii zaměřené na řešení („Common project“ in solution-focused brief therapy); překlad (Leoš Zatloukal) - - - 239

Jan Hesoun: Identita: odvrácená tvář problému: Princip „absent but implicit“ v narativní práci (Identity: the other side of the Problem: The „absent but implicit“ principle in narrative work) - - - 256

Leoš Zatloukal, Lucie Veličková: „Dospělá žena“: Využití arteterapeutických postupů v rámci terapie zaměřené na řešení popsané na příkladu z praxe („Matured woman“: Utilising art therapy methods in solution-focused therapy described with case example) - - - 262

Pavel Nepustil: Jiný druh spojení: Dialogická terapie s podporou recovery koučů (Another kind of connection: Dialogical therapy supported by recovery) - - - 275

Hana Vojtová, Hélène Dellucci: Na riešenie zamerané EMDR (The Solution Focused EMDR) - - - 289

Patrik Dráb, Leoš Zatloukal: Terapie zaměřená na řešení při práci s rodinami v konfliktu: kazuistika (Solution-focused therapy with high conflict families: case report) - - - 300

DISKUSE / DISCUSSION

Tibor A. Brečka, Zdeněk Fiala: Zacházení s informacemi při poskytování psychoterapie v mimozdravotnických zařízeních a problematika poskytování informací třetím stranám (Handling of information in the provision of psychotherapy in non-medical facilities and the issue of providing information to third parties) - - - 312

RECENZE / REVIEWS

De Shazer, S. Klíče k řešení v krátké terapii. Praha: Portál, 2017. (Leoš Zatloukal) - - - 319

Martindale B. & Putman N. (eds.) (2022). Open Dialogue for Psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning. New York: Routledge.
(Martin Novák) - - - 323

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

PSYCHOSOM

NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**

I EDITORIAL

Vážení čtenáři,

závěrečné číslo ročníku 2021 se zaměřuje na „postmoderní“ či „systemické“ přístupy v psychoterapii. Jde o poměrně široký proud v současné psychoterapii, který zahrnuje různé terapeutické směry – například narativní přístup, přístup zaměřený na řešení, kolaborativní praxi či otevřené dialogy, které sdílejí do značné míry společná filozofická východiska. V tomto kontextu je zajímavé, že i toto číslo Psychoterapie se nese v určitém postmoderním duchu.

Jednou z důležitých charakteristik postmoderny je například důraz na pluralitu a dialog. Ve všech postmoderních terapiích je snaha rozšiřovat různé možnosti a pohledy, přizývat různé „hlasy“, které mohou být snadno přeslechnuty nebo odmítnuty, a vést poctivý dialog, aniž by se sklouzávalo ke zjednodušené relativistické představě, že všechno je možné nebo stejně hodnotné (Welsch, 1994). V tomto čísle lze proto najít velmi pestré spektrum textů, které pokrývají různé oblasti postmoderních terapií: Úvodní text Harry Kormanana se zaměřuje velmi prakticky na dojednávání společného projektu (zakázky) jako rámce pro spolupráci s klienty v terapii zaměřené na řešení. Text Jana Hesouna otevírá téma problému a identity z narativní perspektivy, studie Pavla Nepustila nabízí vhled do dialogických terapeutických procesů s přizváním recovery koučů. Text Hany Vojtové a Hélène Dellucci ukazuje možnosti teoretického i praktického propojení metody EMDR s terapií zaměřenou na řešení, podobně i text Leoše Zatloukala a Lucie Veličkové ukazuje možnosti propojení téhož přístupu s artetera-

peutickými postupy. Oba texty tak mohou pomoci překlenout rozšířenou představu o tomto přístupu jako o určité sadě mechanicky aplikovaných technik a postupů a mohou nabídnout vodítka pro asimilativní integraci (Řiháček & Zatloukal, 2012) do přístupu zaměřeného na řešení. Text Patrika Drába a Leoše Zatloukala, který tematické číslo uzavírá, nabízí pohled do praktického využití terapie zaměřené na řešení při práci s rodinami v konfliktu, přičemž ukazuje, že cesta k řešení nemusí být ani přímočará ani jednoznačná, ačkoli by člověk při četbě různých příruček mohl občas nabýt jiného dojmu.

Vedle plurality a dialogu hraje v postmoderním myšlení významnou roli i prvek kritiky a vymezení se vůči tomu, co je etablované, „moderní“. Zatímco pojem „moderní“ vychází z toho, co je „právě teď“ (z latinského *modo*), pojem post-moderní odkazuje k tomu, co je *po* právě teď. Postmoderní myšlení se tedy vůči modernímu neustále kriticky vymezuje, čímž udržuje neustálou dynamiku, pohyb, změny. Jean-Francois Lyotard, jeden z předních postmoderních myslitelů, uvádí: „(Postmoderno) je rozhodně částí moderna. Všechno, co je uznávané, třeba teprve od včerejška (*modo, modo*, psal Petronius), má být předmětem podezření... Nějaké dílo se může stát moderním, jen když je nejprve postmoderním. Takto chápaný postmodernismus není modernismus, dospívající k svému konci, nýbrž modernismus ve stavu zrodu, a tento stav je stálý (konstantní)“ (Lyotard, 1993, s. 26). Lyotard zde naznačuje neustálý pohyb – tak jako se neustále mění to, co je

právě teď moderní, mění se i postmoderna kriticky reflektující modernu. V praxi to může znamenat významné posuny paradigmat v naší profesi. Terapeut se kupříkladu stává spíše partnerem ve smysluplném a užitečném dialogu s klientem než expertem na klientovy problémy nebo postupy jejich řešení, mnohem větší důraz je kladen na terapeutickou konverzaci a používání jazyka než na abstraktní pojmy, úctyhodné teorie či diagnostické systémy. Klient je rovněž vnímán jako vztahová bytost pohybující se v různých kontextech než jako nezávislé individuum a pozornost je spíše věnována tomu, co je zdravé a co lze rozvíjet než tomu, co je patologické a dysfunkční (Tarragona, 2008). Všechny tyto myšlenky už se v kontextu psychoterapie do jisté míry etablovaly a nepůsobí tak rozhořčené kontroverze jako třeba před třiceti lety, ale přesto jde o popření předpokladů, které jsou v našem oboru občas vnímány skoro jako „posvátné pravdy“. Všechny publikované texty tyto posuny paradigmatu s různými důrazy dokumentují. Můžeme říci, že pokud se při četbě občas čtenář přistihne při zmatené myšlence „cože?“, pak jejich autoři odvedli skvělou práci.

K určitému „postmodernímu obratu“ dochází shodou okolností i ve formě, v jaké bude časopis Psychoterapie vycházet. Toto číslo totiž jako poslední vychází v tištěné verzi a od příštího čísla budou mít již čtenáři časopis k dispozici v elektronickém formátu. Důvodů pro tuto změnu je mnoho – lepší

dostupnost textů širší obci čtenářů, kteří si budou moci texty snadno bezplatně stáhnout, nižší náklady na tisk, ohled na naše lesy či zohlednění moderních technologií a citačních softwarů. Samozřejmě s sebou tato změna nese i určitý smutek z toho, že již časopis nebudeme moci dychtivě lovit z poštovních schránek ani jím listovat. Je příznačné, že k této změně dochází právě u čísla věnovaného postmoderním přístupům. Postmoderna ve své nejlepší podobě je vlastně schopností kriticky reflektovat že to, co se zdá být „dané“, „jediné správné“ či „neměnné“, může být i úplně jiné. Předpokládá rovněž odvahu adaptovat se na situaci a překračovat zažité vzorce myšlení a konání. Věříme proto, že i nová forma publikování časopisu se nakonec ukáže jako užitečná a přínosná inovace.

S přáním inspirativního čtení

*Leoš Zatloukal, Lucie Hornová,
Roman Hytych*

LITERATURA

- Lyotard, J. F. (1993). *O postmodernismu*. Filosofie.
- Řiháček, T., & Zatloukal, L. (2012). Asimilativní přístup k integraci v psychoterapii. *Psychoterapie*, 6(1), 17–26.
- Tarragona, M. (2008). Postmodern/ Poststructuralist Therapy. In J. Lebow (Ed.), *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice* (s. 167–205). John Wiley & Sons.
- Welsch, W. (1994). *Naše postmoderní moderna*. Zvon.

„SPOLEČNÝ PROJEKT“ V KRÁTKÉ TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

„Common project“ in solution-focused brief therapy

Harry Korman, překlad Leoš Zatloukal

SIKT Malmö, Sweden, mail: harry@sikt.nu

Psychoterapie. 15 (3), 239–255; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek se zaměřuje na práci s otázkou na společný projekt v krátké terapii zaměřené na řešení. Text se věnuje možnostem zahájení terapeutického sezení a zakomponování otázky na společný projekt do sezení. Zabývá se rovněž významu dojednání společného projektu, různým reakcím klientů a různým možnostem, jak lze téma společného projektu dále rozvíjet v duchu přístupu zaměřeného na řešení. Text je doplněn příklady z praxe.

Klíčová slova: Krátká terapie zaměřená na řešení, společný projekt, cíle.

ABSTRACT:

This article is focused on common project question in the context of solution-focused brief therapy. It is concentrated on various ways of beginning the session and inviting the common project conversation in the session. It also describes the importance of common project conversation, different clients' responses and various possibilities of developing common project conversation in solution-focused way. Case examples are included in the article too.

Key words: Solution-focused brief therapy, common project, goals.

„Společný projekt“ v krátké terapii zaměřené na řešení

Tento text se zabývá otázkou na „společný projekt“ a práci s ní v rámci krátké terapie zaměřené na řešení. Ačkoli samotná otázka je velmi jednoduchá stejně jako principy práce s ní, není snadné naučit se s ní pracovat tak, aby terapeut zároveň rozvíjel konstruktivní konverzaci o změně v životě klienta a zároveň pečlivě naslouchal klientovi a s respektem přijímal to, co říká a na co se zaměřuje. V článku se zabývám tím, co otázce na společný projekt předchází, jak samotnou otázku formulovat a jak dále konverzaci o společném projektu rozvíjet na základě různých reakcí klientů. Text je psán s důrazem na praxi, proto jsou uvedeny ukázky z mé praxe a různé praktické postřehy a komentáře.¹

1. ZAČÁTEK TERAPEUTICKÉHO SEZENÍ

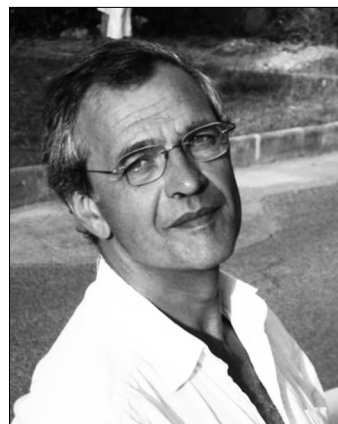
Obvykle sezení začínám podáním ruky klientům, představím se a zeptám se lidí v terapeutické místnosti na jejich jména.

¹ Česká verze tohoto článku vznikla s laskavým souhlasem autora a zahrnuje některé drobné redakční úpravy, zejména v oblasti řazení některých podkapitol a aktualizace odkazů (pozn. překladatele).

S dětmi a adolescenty často pokračují otázkami, v čem jsou dobří a co je nejvíc baví. Teprve až strávíme několik minut tímto povídáním, zeptám se jich, co očekávají od sezení nebo podle čeho ve dnech nebo týdnech následujících po našem sezení poznají, že přijít sem byl dobrý nápad a nikoli ztráta času.

V pozdějších letech jsem se od této úvodní části sezení přesouval k „vážné práci“ komentářem, který obdobně používal i Steve de Shazer, jeden z tvůrců krátké terapie zaměřené na řešení: „Díky, že jste přišli. Myslím, že je to dobrý nápad, že jste tady. Nemohu vám zaručit, že vám to bude nějak užitečné. Jediná věc, kterou vám mohu zaručit, je, že pro to udělám maximum a předpokládám, že vy také.“ Když klient nebo členové rodiny přikyvuji na souhlas, řeknu jim, co se bude dít během sezení: „Budu se vás ptát na spoustu zvláštních otázek a potom asi po 30–40 minutách si vezmu krátkou přestávku, abych si promyslel (případně probral s týmem za zrcadlem), o čem jsme si povídali. Přestávka trvá tak 5 až 15 minut a pak se vrátím zpět se svými myšlenkami. Když budu mít nějaký nápad, o kterém budu mít za to, že by mohl být užitečný, řeknu vám ho také. Může to tak být?“

Takto se tedy v mém podání zahajuje „terapie“, ať už je to cokoli (řekněme, že v našem kontextu to znamená, že se chystáme mluvit o vážných věcech způsobem, o kterém se domníváme, že by mohl být klientovi užitečný). Podle mého názoru velmi záleží na tom, jak sezení začneme, jaká je první otázka. Objevují se různé úvodní otázky: „Co vás přivádí?“, „Jak vám mohu pomoci?“, „Co by se tu mělo stát?“, „Co nejlepššího očekáváte od tohoto sezení?“, „Co by se po dnešním sezení pro



Harry Korman

MD, je psychiatr a psychoterapeut, který patří k předním představitelům přístupu zaměřeného na řešení. Tento přístup uplatňuje při práci s různými cílovými skupinami (rodiny, mladiství, děti, uživatelé drog...), je ředitelem institutu SIKT (www.sikt.nu) v Malmö (Švédsko). Podílel se společně se Stevem de Shazerem, Insoo Kim Berg a Yvonne Dolan a dalšími na knize „More than miracles“ (2007; česky „Zázračná otázka“ 2011), společně s Janet Beavin Bavelas a dalšími kolegy se věnuje výzkumu terapeutických sezení pomocí mikroanalýz konverzace a podílel se na několika klíčových publikacích v této oblasti.

vás muselo změnit – i něco malého – abyste mohl/a říci, že vám to pomohlo?“ atd. Tyto otázky jsou rozdílné (ačkoli některé mohou působit jako velmi podobné), obsahují různé předpoklady a otevírají jiné rámce pro potencionální odpovědi (McGee et al., 2005). Je kupříkladu velký rozdíl, zda se ptáme na to, co by se mělo v terapeutické místnosti dít, aby klient cítil, že je to pro něj užitečné, a otázkou, co by se mělo dít v klientově každodenním životě, aby cítil, že to pro něj bylo užitečné. K tomuto rozdílu se ještě vrátím později, zde chci jen ukázat, že rozdílné otázky vedou k jiným tématům a vlastně k jiným terapeutickým rozhovorům. Je podle mě důležité o těch-

to rozdílech vědět a porozumět jim. Ne proto, že by jedna otázka byla lepší než jiná, ale proto, že je důležité, aby terapeut reflektoval, že témata jsou rozdílná. Pak se může svobodně rozhodnout, o kterou z těchto oblastí se chce v konverzaci zajímat a rozvíjet ji. Terapeutický rozhovor zaměřený na řešení se už od začátku výrazně liší od běžných každodenních rozhovorů. Rovněž se liší od většiny – možná od všech – jiných terapeutických rozhovorů. Většina klientů, s nimiž se setkávám, nemá osobní zkušenost s terapií, ale snad každý něco „ví“ o tom, jak by terapie měla probíhat. Toto „vědění“ je rozšiřováno prostřednictvím televize, filmu, knih, časopisů a novin a nazývám ho kulturním obrazem terapie.

Terapie zaměřená na řešení by měla pasovat na kulturní obraz terapie alespoň natolik, aby nepůsobila zvláště a divně. Zároveň by měla být podněcující, obohacující a smysluplná, aby klient měl zájem zůstat na sezení po celou dobu jeho trvání a případně přišel i na další sezení. Uvedl jsem, že obvykle začínám terapeutické sezení takto: „Budu se vás ptát na spoustu zvláštních otázek a potom asi po 30–40 minutách si vezmu krátkou přestávku, abych si promyslel (případně probral s týmem za zrcadlem), o čem jsme si povídali. Přestávka trvá tak 5 až 15 minut a pak se vrátím zpět se svými myšlenkami. Když budu mít nějaký nápad, o kterém budu mít za to, že by mohl být užitečný, řeknu vám ho také. Může to tak být?“ To rovněž znamená, že určitým způsobem uvádím klienta do mého způsobu práce. Říkám mu, že moje práce je ptát se ho na různé otázky a zjistit, jak bych mu mohl pomoci. To je velmi blízké kulturnímu obrazu terapeutické práce, který předpokládá, že terapeut bude zjišťovat, co

je s klienty špatně, a řekne jim, jak to mají napravit. Zároveň tím říkám klientovi, že i on má v terapeutické místnosti svou práci – odpovídat na moje otázky a poskytovat mi informace důležité pro to, abych mohl dělat svou práci. Struktura sezení je tedy taková, jakou většina klientů od terapie očekává (klient poskytuje terapeutovi informace, aby on mohl dělat svou práci).

Po nějaké době někteří klienti zjišťují, že struktura je sice taková, jakou očekávali, ale obsah je podstatně jiný. Na řešení zaměřený terapeut totiž neshromažďuje informace o tom, co bylo špatně. Místo toho se zajímá o to, co by klient chtěl, aby bylo jinak, a co klient a další lidé již dělají pro to, aby se to uskutečnilo (Ratner et al., 2012).²

2. ZAMĚŘENÍ NA CÍLE A OTÁZKA NA „SPOLEČNÝ PROJEKT“

Terapeutický rozhovor zaměřený na řešení se soustřeďuje na cíle. Když lidé přicházejí s problémem, vnímám to jako způsob vyjádření přání, aby se něco v jejich životě změnilo. Klienti chtějí přemýšlet, dělat nebo cítit něco jiného než to, co prožívají jako problém. To znamená, že mluví-li někdo o něčem, co je pro něj problematické, jsou zde dvě možnosti: Terapeut se může pokusit zjistit buď více informací o tom, co si klient myslí o svém problému, anebo se může pokusit zjistit více o tom, co by klient chtěl, aby bylo jinak. Terapeut zaměřený na řešení si v zásadě vždy vybere druhou možnost.

V návaznosti na Steva de Shazera a Insoo Kim Berga tvrdím, že pro cokoli, co je

² Z teoretického pohledu lze říci, že terapeut zaměřený na řešení vůbec nepředpokládá, že terapie je o zjišťování informací. Spíše jde o jejich vytváření – jde o společné rozvíjení dialogu klienta a terapeuta vytvářející nové možnosti (de Shazer, 1991).

definováno jako problém, musí existovat i nějaké hypotetické řešení, tedy musí existovat způsob, jak lze poznat, že problém již není problémem (de Shazer, 1991; de Shazer et al., 2007). Nazývám to cílem a tento cíl je podle mého mínění fenomenologicky neoddělitelný od problému. To mimo jiné znamená, že když mluvíme o cíli, mluvíme rovněž o problému (opak je však sotva pravdou).

Myslím si, že to, čeho chce klient dosáhnout (co si přeje cítit, myslet a dělat ve svém životě) je pro něj přinejmenším stejně důležité jako problém, který ho přivedl do terapie (problém je to, co mu brání dělat nebo myslet tak, jak by si přál). Zároveň se domnívám, že je pro klienta snazší hovořit o tom, čeho chce dosáhnout (žádoucí emoce, činy, interakce s ostatními lidmi) než o problému, který ho přivedl do terapie. Podle mé zkušenosti je rovněž snazší vytvořit respektující vztah s klientem, pokud se zaměříme na jeho cíle. Důvod je prostě v tom, že rozhovor o problémech zdůrazňuje klientovy nedostatky a omezené zdroje, zatímco rozhovor o cíli klienta zdůrazňuje jeho schopnosti a dovednosti.

Toto jsou důvody, které mě vedou k tomu, že začínám terapeutické sezení se zaměřením na to, čeho by klient chtěl dosáhnout, místo abych se zaměřil na problém, který ho přivedl do terapie. Tento posun je podle mého názoru významný.

Příklad z praxe:

Knut, 15 let, přichází na konzultaci se svou matkou a svou sociální pracovnící.

„Co nejlepššího očekáváš od tohoto sezení?“ ptá se terapeut (H.K.).

„Nevím,“ odpověděl Knut, aniž by se nad otázkou zamyslel. Terapeut tiše čekal a asi

po deseti sekundách Knut znovu zopakoval, že neví.

Terapeut se zajímal, zda to byl jeho nápad sem přijít a Knut vysvětlil, že ten nápad je hlavně od jeho matky a sociální pracovníce, ale také trošku i od něho. „Necítím se moc dobře, tak jsem si říkal, že bych mohl zjistit, v čem to je.“

„Řekněme, že bys to dnes zjistil a z nějakého důvodu by ti to pomohlo... podle čeho bys to poznal?“

„Nevím,“ odpověděl Knut a navzdory tomu, že terapeut po dlouhou dobu vyčkával, už k tomu nic nedodal.

„A máš nějakou představu o tom, co by máma potřebovala, aby se tady dnes stalo, aby ji to ujistilo, že to byl dobrý nápad, že tě sem přivedla?“

„Nevím, to se musíte zeptat jí.“

„Rád bych věděl, co si o tom myslíš ty.“

„Nevím.“

Asi 13 minut terapeut pokračoval s tím, že se ptal na stejnou otázku z různých perspektiv a snažil se zjistit, podle čeho to Knut pozná, když by mu terapeutické sezení bylo nějak užitečné. Knut se poté podíval terapeutovi přímo do očí a pronesl: „Pojďme dál, zeptejte se na něco jiného.“

Terapeut odpověděl: „To nemůžu.“

Knut na něho překvapeně hleděl a pak řekl: „Proč ne?“

„Protože pokud nemám žádnou představu o tom, kam se chceš dostat, pak nevím, na co bych se tě měl ptát.“

Knut vypadal překvapeně, chvíli přemýšlel a pak řekl: „Chtěl bych se cítit lépe a přemýšlet o pozitivních věcech.“

Příklad ukazuje, jak zaměřuji rozhovor na to, co klient chce, na něco třeba malého, co by mělo být v jeho životě jinak, aby měl

pocit, že rozhovor se mnou mu pomohl. Může to být nová myšlenka, pocit nebo čin, něco, co se stane dnes po sezení nebo následující den. Něco, co přiměje klienta si říct, že to byl dobrý nápad přijít a hovořit o svých problémech s terapeutem.

Otázku na „společný projekt“ lze zformulovat například takto: „Co by se po dnešním sezení pro vás muselo změnit – i něco malého – abyste mohl/a říci, že vám to pomohlo?“ Jiná varianta stejné otázky, často užívaná v Brief Therapy Practice v Londýně, která je jednodušší na odpovídání a pravděpodobně povede ke stejnému typu odpovědí, zní: „Co nejlepššího očekáváte od tohoto sezení?“³

Tyto otázky umožňují zaměřit pozornost přímo na klientovy cíle. Čeho chce klient dosáhnout? Co chce změnit? Co by bylo v klientově životě jinak v důsledku terapie, aby cítil, že zde neztrácel čas? Je to klient, kdo musí rozhodnout, jaké změny chce a o čem vlastně má být naše spolupráce. Proto se v zásadě nemůžeme ptát na žádné jiné otázky, dokud nemáme odpověď na tuto základní otázku. Jiné otázky, které bychom položili, aniž bychom měli v této věci jasno, by byly postavené spíše na tom, co my jako terapeuti bychom chtěli od klienta, než na klientových přáních. Pokud nemáme vůbec potuchy o tom, co klient chce, aby se v důsledku terapie v jeho životě událo, pak vlastně nemůžeme mít žádné další otázky. Klient samozřejmě může také odpovědět, že

nic změnit nechce. Pak mohu jako terapeut společně s ním zkoumat, jak klient pozná, že věci zůstaly stejné, a co potřebuje k tomu, aby je stejné udržel.

Domnívám se, že je třeba stále zdůrazňovat, že terapie zaměřená na řešení usiluje o to, aby byla řízená klientem (*client-driven*). Samozřejmě, kdy a jak klást konkrétní otázky závisí na kontextu sezení. Pokud působíte v oblasti psychosociální léčby (psychoterapie apod.), můžete tuto otázku klidně položit hned jako první otázku v sezení. V takové situaci je jasné, že klient přišel proto, že on nebo někdo v jeho okolí chce, aby se něco zlepšilo.

3. PEČLIVÉ NASLOUCHÁNÍ KLIENTOVI

Bez ohledu na první otázku terapeuta začne mnoho lidí vyprávět o všech věcech, které nechtějí, aby se jim v životě stávaly (úzkost, deprese, potíže s komunikací atd.) K tomu dochází jak v případě, kdy terapeut začne sezení tradičním způsobem (například: „Co vás přivádí?“ nebo „Jak vám mohu pomoci?“), tak i v případě, kdy použije otázku na společný projekt.

Myslím, že je velmi důležité pozorně naslouchat tomu, co nám lidé říkají o svých problémech. Je důležité to uznat a potvrdit. Lidé potřebují cítit, že jejich starosti a obavy bereme vážně. Je důležité, aby klient vnímal, že jejich problém terapeut považuje za důležitý a že neudělali hloupost, když se rozhodli vyhledat s ním pomoc (Lipchik, 2002).

Myslím si také, že je důležité vyhnout se hodnocení či posuzování závažnosti problému či klienta. Rovněž je důležité nehledat hned vysvětlení problému nebo jeho řešení. Osobně se pouze snažím vyjádřit potvrzení a chci, aby osoba přede mnou pochopila,

³ V originále: „What are your best hopes **from** this session?“, což se obtížně překládá do češtiny. Autor otázku navíc důsledně odlišuje od podobné otázky „What are your best hopes **for** this session?“, která (jak bude zřejmé dále v textu) se zaměřuje na očekávání od průběhu sezení a nikoli na očekávaný výsledek (pozn. překl.)

že budu usilovat o pečlivé naslouchání a porozumění. Pokud někdo například řekne, že je úzkostlivý, uznám to a potvrdím (např. „to musí být náročné“). Pokud mi někdo řekne, že ho pronásledují zelení mužičci

to posunům a přeskokům v konverzaci většinou dojde bez ohledu na otázky, které terapeut pokládá. Proto je nutné tím spíše pamatovat na zásadu, že nikdy nevíme, jakou otázku jsme položili, dokud ne-

Když klient hovoří o tom, proč problém existuje...	„Myslíte, že příčinou problému je....“
Když klient popisuje svůj problém...	„Vnímáte svůj problém jako...“
Když klient popisuje, jak se pokusil svůj problém vyřešit.	„Takže vy už jste zkusil..., abyste svůj problém vyřešil.“
Když klient popisuje, co se již zlepšilo.	„Takže teď se zlepšilo...“

a že ho to děsí k smrti, mělo by ode mě zaznít pochopení. Koneckonců, může to být velmi děsivé být pronásledován zelenými mužičky.

Naslouchání a potvrzování není ale pro mě totéž jako zkoumání problémů a jejich příčin. Mám za to, že terapeutovo hledání odpovědi na otázku „proč?“ – tedy hledání skrytých příčin problému – působí, jako by terapeut nepovažoval problém, který klient prezentuje, za **skutečný** problém. Jako by předpokládal, že ten „skutečný problém“ je třeba hledat někde „za“ tím, co klient popisuje jako problém. To může být vůči klientovi velmi nerespektující. Pro mě je problém, o kterém klient prohlásí, že je to problém, prostě klientův problém.

Snažím se zároveň vést terapeutický rozhovor tak, aby bylo klientům i mně jasné, o čem spolu hovoříme. Lidé v obtížných situacích většinou porůznu přemýšleli, spekulovali a prodiskutovali své problémy s jinými lidmi. Při rozhovoru s terapeutem budou mít tendenci přeskakovat mezi popisy problému, rozборы, proč ten problém existuje a popisy toho, co všechno se snažili udělat, aby ten problém vyřešili. Často zmíní všechno možné, co může s problémem souviset, a co se třeba i zlepšilo. K těm-

uslyšíme odpověď (de Shazer et al., 2007). Klíč je pak v tom, jak reagujeme na to, co klient říká, jaká je naše odezva, shrnutí a uznání apod. Tím vším vyjadřujeme snahu naslouchat a pochopit.⁴ V následující tabulce je uvedeno několik příkladů:

Uvedené výroky můžeme uvést či na konci doplnit slovy: „Pochopil jsem to dobře?“

Pokud si myslíme a cítíme, že klient má za to, že chápeme, jaký má problém, vrátíme se k otázce na společný projekt. Můžeme se zeptat něco na způsob: „Co potřebujete, aby se ve Vašem životě dnes, zítra nebo pozítří změnilo – třeba i něco malého – abyste pocítil nebo si pomyslel, že bylo užitečné si se mnou o tom problému pohovořit?“ To je způsob, jak najít účel, význam a cíl klientova kontaktu s námi.

4. RŮZNÉ REAKCE KLIENTŮ NA OTÁZKU ZAMĚŘENOU NA SPOLEČNÝ PROJEKT

Reakce klientů na otázku na společný projekt mohou být velmi různé. V této kapitole

⁴ Těmto prvkům konverzace se v konverzačních analýzách říká „formulace“ a některé poznatky o jejich používání v rámci terapie zaměřené na řešení jsou shrnuty jinde (Bavelas, 2012; Froerer & Jordan, 2013; Korman et al., 2013).

bych rád popsal čtyři základní druhy reakcí: 1. klient odpovídá „nevím“, 2. klient odpovídá na položenou otázku, 3. klient odpovídá na jinou otázku (můžeme tedy říci, že slyšel jinou otázku) a 4. nedaří se vytvořit společný projekt.

4.1. Odpověď „nevím“

Je běžné, že lidé na otázku na společný projekt odpovídají: „Nevím“. Lidé tak často odpovídají na otázku, která je pro ně nová, nebo na otázku, která je přivádí k nápadům, které nikdy předtím nezvažovali. Většina lidí, kteří odpovídají „nevím“, tak činí jednoduše proto, že potřebují více času na to, aby o otázce přemýšleli. Stejně jako i v jiných situacích, kdy lidé odpovídají „nevím“, je nejlepší chvílí nic nedělat. To znamená ani nepřítakávat ani nemluvit. Neříkat „hmm“ nebo „chápu“. Je to zpočátku obtížné. Jako terapeuti máme tendenci být zdvořilí, potvrdit, že jsme slyšeli, co bylo řečeno, chceme vypomoci položením další otázky nebo chceme jednoduše chápavě přijmout odpověď „nevím.“ I to nejmenší pokývnutí hlavou je však odpovědí, kterou dáváme najevo, že jsme přijali klientovu odpověď a že jsme na řadě, abychom pokračovali v rozhovoru. Klient tak získává informaci, že již nemusí přemýšlet o odpovědi a místo toho čeká další komentář nebo otázku ze strany terapeuta. Osvědčilo se mi v takových situacích v duchu počítat do šesti bez jakéhokoli pohybu. Můžeme si také pomoci představou, že klient jako by odpověděl: „Tak to zatím nevím. Nechte mně chvíli přemýšlet.“ To je způsob, jak mile a zdvořile vytvořit prostor klientovi k dalšímu přemítání. K tomu ale většina terapeutů potřebuje důkladný trénink. Pokud terapeut klientovi ponechá prostor

na přemýšlení o jeho otázce i poté, co klient odpověděl „nevím“, pak moje zkušenost ukazuje, že přinejmenším čtyři z pěti klientů začnou během těch několika sekund rozvíjet nějakou odpověď.

Jiná perspektiva, kterou lze pohlížet na odpověď „nevím“, je následující: Většina lidí bude pravděpodobně přemýšlet o tom, **co je potřeba udělat** dříve, než začnou přemýšlet o tom, **kam se chtějí dostat**. Protože otázka na společný projekt je zaměřená na výsledek terapie (kam se klienti chtějí dostat) a nikoli na to, co se musí udělat, aby se tam dostali, může některým lidem trvat déle, než porozumí tomu, na co jsme se jich zeptali.

Je důležité mít na zřeteli, že otázka na společný projekt je otázka, na kterou všichni klienti mohou odpovědět. Přinejmenším všichni klienti s problémem. Pokud je člověk schopen popsat problém, pak je rovněž schopen popsat stav, kdy je to lepší. A naopak, pokud si klient nedokáže představit, co to znamená, že je to lepší, pak to, co označuje jako „problém“ není problémem, ale neměnnou životní okolností (de Shazer, 1991).

Pomineme-li specifickou odpověď „nevím“, ostatní odpovědi na otázku na společný projekt se budou značně lišit. Každý klient si od terapie slibuje a očekává od ní něco jiného. Kromě toho je třeba vzít v úvahu, že spousta klientů uslyší úplně jinou otázku než tu, kterou jsme jim skutečně položili. Proto v následujících částech představuji reakce klientů, které korespondují s položenou otázkou a pak reakce klientů, které jsou reakcí na jinou otázku (jako by klienti slyšeli terapeuta položit jinou otázku než otázku na společný projekt).

4.2. Klient odpovídá na otázku na společný projekt

Někteří klienti odpovídají na otázku na společný projekt přímo a způsobem, který lze dobře využít v terapeutické práci. Například:

- Budu schopen odpočívat.
- Budu se cítit klidnější.
- Budu šťastnější.
- Budu více pozitivní.
- Budu cítit, že miluji své děti.
- Budu schopen se lépe postarat o své děti.
- Budu schopen se ovládat.
- Budu mít lepší kontrolu nad svou náladou.
- Budu se lépe ovládat, když se rozzuřím.
- Aspoň odejdu, když se rozzuřím.
- Nebudu se vším trápit.
- Udělám rozhodnutí.
- Budu mít pocit, že můj život někam směřuje.
- Kéž bych měl pozitivní myšlení

... nebo kombinací některých bodů výše zmíněných či podobných.

Všechna z těchto uvedených tvrzení v podstatě vytváří vhodnou platformu pro zázračnou otázku a konverzaci o dni po zázraku (de Shazer et al., 2007). V těchto případech tedy reagují tím, že zopakují či parafrázuji slova, která použil klient, a přemýšlím o tom, co řekl. Potom se rozhodnu, jestli je to projekt, jehož součástí chci být z pohledu své etiky a kompetencí.

„Takže, kdybyste cítil, že jste klidnější a pozitivnější, přivedlo by Vás to na myšlenku, že Vám tu dnes bylo pomoheno? Je to tak?“ Poté, co klient přitaká nebo řekne ano, se nejčastěji přesunu dále: *„Mohu vám položit opravdu zvláštní otázku? Takovou, která vyžaduje trochu představivosti...“*

a pokračuji zázračnou otázkou (De Jong & Berg, 2012; de Shazer et al., 2007).

4.3. Klient odpovídá na jinou otázku

Jak jsem již uvedl, až poté, co slyšíte odpověď, je to poprvé, co se dozvíáte, jakou otázku jste položili. Naše otázka není nikdy důležitá, důležitá je reakce klienta. Ta nám napovídá, jakou otázku slyšel klient, a my můžeme zjistit, jakou otázku slyšel, jen pokud pozorně posloucháme jeho odpověď. Je důležité nezapomínat, že klient potřebuje vědět, že jste slyšeli jeho odpověď předtím, než položíte další otázku. Uznání, potvrzení a fakt, že terapeut staví každou svou otázku na klientově předchozí odpovědi, umožňují, aby klient poznal, že mu bylo nasloucháno. To vše je základem pro terapeutickou konverzaci, aby zůstala konverzací, a nestal se z ní policejní výslech. Není důležité, jak dobrý je terapeut ve vytváření otázek. Pokud terapeut neumí použít základní techniky a postupy k tomu, aby klient cítil, že se ho opravdu snaží pochopit, pokud nedokáže projevit terapeutickou zvědavost a uznat klientovu bolest a potíže, pak bude trvat velmi dlouho, než si s ním klient vytvoří vztah, který by považoval za užitečný a bezpečný, a pravděpodobně nebude příliš záležet na tom, co jako terapeut v sezení dělá (Duncan et al., 2010).

Rád bych zmínil tři reakce klientů na otázku na společný projekt, které vycházejí z toho, že slyšeli jinou otázku – popis problémů, negativní odpovědi a popis toho, jakým způsobem si klient přeje na sezení pracovat.

a) Klient popisuje problémy, které ho přivedly do terapie („Co vás sem přivedlo?“)

Mnoho klientů, se kterými se setkávám, mě slyší ptát se na různé variace jedné otáz-

ky: „Co vás sem dnes přivedlo?“ Na tom není nic zvláštního. Většina lidí si představuje, že klient by měl začít terapii tím, že terapeutovi poví všechno o svých starostech a problémech. Od terapeuta se očekává, že bude souhlasně pokyvovat, přitakávat a klást otázky, které objasní, jaký je skutečný (i když třeba skrytý) problém, jakým způsobem to ovlivňuje klientův život a vztahy, a proč tomu tak je.

Já se ve své praxi zaměřuji na fenomenologii problému a dávám si pozor na to, abych vůbec nepřemýšlel nad tím, proč problém existuje. Je to občas obtížné. Intuice nás terapeuty vede k hledání příčin klientových problematických zkušeností, a vyžaduje to velké sebeovládání, abychom tomuto nebezpečí nepodlehli. Klienti, kteří se zaměřují směrem k onomu „proč?“, někdy v tomto směru terapeutům poněkud ztěžují situaci.

Pro mě je užitečné si připomínat, že nejsem chytřejší než moji klienti. Oni již věnovali dlouhý čas přemýšlení o tom, proč mají takový problém, a kdyby to byl užitečný způsob jak najít řešení, tak by ho patrně již dávno našli. A tak kdykoli se vzbudí moje zvědavost tímto směrem, tedy kdykoli začnu přemýšlet o tom, proč má klient problém, snažím se ovládnout a soustředit se na to, co klient chce, aby se změnilo.

Nejdříve je potřeba uznat a potvrdit klientův problém, a jakmile poznáme, že klient cítí, že chápeme, co je jeho problém, shrneme to a znovu se zeptáme: „Co potřebujete, aby se změnilo dnes, zítra nebo pozítří tak, abyste poznal, že pro vás bylo přínosné hovořit se mnou o vašem problému?“ V mnoha případech je to v tomto bodě poprvé, co o tom klient začíná vážně přemýšlet a za-

měřuje se na to, co chce jinak cítit, jinak dělat a o čem chce jinak přemýšlet.

Někdy se může stát, že klient začíná rozvíjet velmi dlouhý příběh o problémech, které ho přivedly na terapii. V takové situaci může být užitečné klienta respektujícím způsobem přerušit. Pro mne je užitečná zásada, že pokud chci klienta v tomto případě přerušit, musím tak učinit dříve než uběhne půl minuty. Pokud začnu na klienta reagovat tak, že bude mít za to, že jeho líčení pozorně naslouchám, potom je téměř nemožné klienta přerušit. Je to jednoduše hrubé a neuctivé. Pokud chci klienta přerušit, neměl bych tedy otálet. Většinou v takových situacích zamávám rukama ve vzduchu a řeknu: „*Prosimte, že Vás přerušuji, ale – jen, abych věděl, jak vám mám naslouchat, protože je mnoho způsobů, jak poslouchat vážné problémy – co bude takovým znamením, které nám řekne po ukončení našeho sezení, že pro vás bylo dobré se mnou o vašem problému hovořit?*“

b) Negativní odpověď („Co nechcete?“)

Někdy klienti popisují věci, které chtějí, takovým způsobem, že vlastně popisují to, co nechťejí. Jako by ode mě slyšeli otázku: „Co ve svém životě nechcete?“ nebo „Čeho se chcete ve svém životě zbavit?“

Příklad z praxe:

Mluvím k Anně a nabízím shrnutí toho, co řekla: „Jste plná úzkostí. Nezvládáte děti a nejraději byste zabila psa. Od Vánoc je to téměř neúnosné.“

Anna přitakává, sklání hlavu a začíná plakat. Zůstávám potichu a přemýšlím o tom, co mi vyprávěla. Přetrvávající úzkosti. Nezvládá děti a pes ji dráždí. Patrně

mě slyšela ptát se: „Jaké problémy vás dnes přivedly?“ (viz bod a)

Když trochu pozdvihne hlavu, znovu se jí ptám: „Co by se muselo alespoň trošičku změnit ve vztahu k dětem nebo psovi – dnes nebo zítra, abyste poznala a pocítila, že to byl dobrý nápad za mnou dnes ráno zajít s Vaším problémem?“ (Je to téměř ta samá otázka, kterou jsem použil na začátku sezení, ale slova, která ona sama použila ve své odpovědi – problémy s dětmi a se psem – jsem nyní do otázky doplnil.)

Anna překotně odpovídá, jako by o tom vůbec nemusela přemýšlet nebo jakoby odpověď byla naprosto jasná: „Představuji si, že nebudou žádné ranní úzkosti, žádný pocit frustrace kvůli psovi a žádné podráždění na lidi okolo.“

Toto je další běžná odpověď na otázku na společný projekt. Neobsahuje žádnou informaci o tom, co Anna chce. Jsou to pouze informace o tom, co nechce. Její odpověď v zásadě koresponduje s jejím popisem problému, navíc se záporným nábojem.

Proto navazují: „Rozumím. (pauza) Hmm To je dost na jeden den. To by znamenalo, že Váš problém je úplně vyřešený?“

Ona pokyvuje hlavou, slzy jí stékají po tváři a já pokračuji: „Co by pro vás dnes nebo zítra mohlo být takovou známkou toho, že věci nabírají ten správný směr?“

Anna se dívá před sebe, zahlubá se, přestane plakat a potom pomalu říká: „Pocit vřelosti k dětem a schopnost být k nim trpělivá.“ Odmlčí se, zamyslí se a po chvíli dodává: „Abych, když se ráno probudím, vstala, místo toho, abych se pokoušela znovu usnout.“

Rozdíl mezi prvním a druhým popisem se nezdá být velký, ale podívejme se na to

zblízka. Její první odpověď byla: „Představuji si, že nebudou žádné ranní úzkosti, žádný pocit frustrace kvůli psovi a žádné podráždění na lidi okolo.“

Tento popis obsahuje pouze emoce a chování, které si Anna **nepřeje**. Mohli bychom říci, že Anna vlastně stále hovoří o problému.

Výše uvedené otázky terapeuta mohou posloužit jako určitý rámec či jako pozvání k rozhovoru na téma: co si Anna přeje, aby se v jejím životě změnilo.

„Rozumím (pauza) Hmm... To je dost na jeden den. To by znamenalo, že Váš problém je úplně vyřešený?“

Ona pokývne hlavou a já pokračuji: „Co by pro Vás dnes nebo zítra mohlo být takovou známkou toho, že věci nabírají ten správný směr?“

„Pocit vřelosti k dětem a schopnost být k nim trpělivá.“ Odmlčí se, zamyslí se a po chvíli dodává: „Abych, když se ráno probudím, vstala místo toho, abych se pokoušela znovu usnout.“

Takto se již dostáváme k popisu toho, co Anna chce⁵ (což se dramaticky liší od popisu toho, co nechce). Vytvořili jsme rámec společného projektu, a to je chvíle, kdy pokračuji zázračnou otázkou.

c) Klient popisuje, jakým způsobem chce na terapii pracovat („Co se tu dnes má stát?“)

Někteří klienti odpovídají na otázku na společný projekt například takto:

⁵ „Popis toho, co chce“ není úplně přesné vyjádření, přesnější by bylo „spoluvytváření (co-creating) toho, co chce“ (de Shazer, 1994). Užíváme zde označení „popis toho, co chce“, protože když se zeptáte klientů po sezení, co se to z jejich pohledu odehrálo, neřeknou „spoluvytvářeli jsme, co jsem chtěl(a)“, ale řeknou „mluvili jsme o tom, co chci“.

- Potřebuji si s někým popovídat.
- Potřebuji zpracovat svůj problém (např. smutek, trauma atd.)
- Potřebuji pochopit, proč mám takový problém.

Pokud klient takto odpovídá, mám za to, že otázka, kterou slyšel, vypadala takto: „*Co se tu dnes musí stát, abyste cítil, že stálo za to přijít sem s vaším problémem?*“ Rozdíl mezi otázkou na společný projekt, kterou jsem položil, a touto otázkou, je v důrazu na to, co se stane v terapeutické místnosti oproti tomu, co se stane v klientově životě. Je logické, že tuto otázku slyší a tímto způsobem reaguje spousta lidí. Jak již bylo řečeno, lidé mají tendenci přemýšlet nejprve o tom, co je potřeba udělat, než začnou přemýšlet o tom, kam se chtějí dostat. Kulturní pojetí terapie významně ovlivňuje klienty při vnímání našich otázek. Výše zmíněné otázky jsou ty, které lidé obecně při terapii očekávají.

Nejjednodušší způsob, jak se pohnout z místa v takové situaci je opětovné zaměření na výsledek, například: „*Chápu. Potřebujete něco zpracovat... Předpokládáme, že toto sezení bylo pro vás užitečné (a pomohlo vám nastartovat proces zpracování problému). Co by se muselo dnes nebo zítra změnit, abyste poznal, že to, že jsme spolu hovořili, vám pomohlo začít ten proces? Co by bylo malou známkou toho, že jste začal »zpracovávat« váš problém?*“

Většina klientů, se kterými jsem se setkal, v tomto bodě odpovídá pomocí popisu pozitivních pocitů, což pak opět slouží jako základ pro přesun k zázračné otázce.

4.4. Společný projekt se nedaří vytvořit

Někdy klienti odpovídají s tím, že nevědí, co chtějí, aby se stalo v jejich životě

jako výsledek našeho setkání a navzdory pozornému naslouchání terapeuta, opakování otázky a setrvání u ní, trvají na tom, že opravdu nevědí. V takovém případě se nejčastěji jedná o klienty, které posílá někdo jiný, nebo o klienty, kteří nevěří, že změna je možná.

a) Poslaný klient (projekt někoho jiného)

Klienti, kteří na otázku zaměřenou na společný projekt vytrvale odpovídají, že opravdu neví, jsou téměř vždy posláni za někým jiným. V takovém případě se vždy ptám, zda to, že přišli, byl nápad někoho jiného, případně či nápad to byl. Poté zkoumám, co si klient myslí, že si dotyčná osoba přejí – co by pro ni bylo dobrým výsledkem našeho setkání, případně jak by poznala, že to byl dobrý nápad klienta na terapii poslat.

Příklad z praxe:

Terapeut: „*Co by mělo být výsledkem naší konverzace, abyste naše setkání nepovažoval za úplnou ztrátu času?*“

Charlie: „*Nevím.*“

Otec: „*Já taky nevím.*“ (dlouhá pauza)

Protože předpokládám, že lidé se vždy nějak snaží spolupracovat (de Shazer, 1989; Lipchik, 2002) a protože mám za to, že ke mně nepřicházejí bez důvodu, tiše čekám. Věřím, že vždy existuje odpověď na tuto mou otázku. Zároveň vím, že to není jednoduchá otázka a lidé potřebují více času na přemýšlení. Jediná situace, kdy lidé nemohou znát odpověď na tuto otázku, nastává tehdy, když byli na cestě například do lékárny nebo na poštu, špatně odbočili a ocitli se tak omylem v mé kanceláři, anebo je někdo poslal, ale neřekl jim proč. Ale protože lidé se většinou neztrácejí při

cestě na poštu, předpokládám, že pokud nedokážou odpovědět na mou otázku, pravděpodobně to byl někdo jiný než oni sami, kdo inicioval kontakt se mnou (De Jong & Berg, 2001). A tak se jednoduše zeptám, čím to bylo nápad, že by ke mně měli přijít. V tomto případě ovšem otec zareagoval rychleji, než jsem se ho na to stihl zeptat.

Otec: „...ten nápad, že bychom sem měli přijít, pochází ze školy.“

Konverzace – prostor, v němž vedeme terapeutické sezení – by měla být zaplněná lidmi. Pokud možno lidmi osobně, což by ale mohlo být nepraktické. Pak je ale třeba terapeutickou konverzaci naplnit alespoň hovorem a myšlenkami o tom, co si ti další lidé myslí. Jde o využití systemické perspektivy (de Shazer et al., 2007). Přitom se zaměřuji na konkrétní osoby, nikoli anonymní instituce. Koneckonců, není to škola, sociální úřad ani nějaká jiná instituce, kdo ke mně klienta poslal. Je to vždy jeden člověk (nebo více osob) v dané instituci, který si dělal o klienta starosti a poslal ho na terapii.

Terapeut: „Kdo ve škole?“

Charlie: „Já nevím. Ty to víš tati?“

Otec: „Jeho speciální pedagožka, Christina.“

Charlie: „Ona je moje speciální učitelka.“

Nyní již vím, čím to bylo nápad, že Charlie potřebuje terapii. Nezbyvá než přijít na to, co by se mělo změnit tento nebo další týden, aby se jí potvrdilo, že to byl správný krok, poslat je k nám na terapii.

Terapeut: „Hm... co si myslíte, že by Christina chtěla, aby se změnilo tento nebo další týden, aby se jí potvrdilo, že to byl správný krok, poslat vás k nám na terapii?“

Otec: „Ona by patrně chtěla, aby byl

Charlie klidnější. Aby byl schopen se účastnit aktivit a nebyl tak úzkostný. Charlie chodil celý podzim ke školní psycholožce, ale vůbec to nefungovalo. Ona byla v mnoha ohledech dobrá, ale na Charlieho to neplatilo. Neměla vůbec smysl pro humor. Došla k závěru, že Charlie se musí přenést přes smrt svého malého bratříčka, což pro nás nebyla žádná novinka. My jsme si to také mysleli. Charlie přišel před 5 lety o svého malého bratříčka, a když se nabalily potíže ve škole, tak musel začít navštěvovat na podzim školní psycholožku. Byl tam na několika sezeních, ale potom už se tam nechtěl vrátit.“

Charlie: „Kolik mu bylo let?“

Otec: „Byl malý. Bylo mu méně než rok. Byl tak malý, že ani neměl botičky.“

Zde se objevuje spousta informací. Otec si myslí, že učitelka chce, aby byl Charlie klidnější a aby byl schopen se účastnit aktivit a nebyl tak úzkostný. „Klidný“ a „úzkostný“ jsou slova, která se zde nejčastěji používají při popisu emočních stavů. Může si ale někdo všimnout, že Charlie se zapojuje a není úzkostný? Jaký to přináší rozdíl, když se účastní a je klidný? Terapeut se zatím nestihl zeptat na další podrobnosti, ale otec už pokračoval a hovořil o dřívějších pokusech o léčbu a oba – jak psycholožka, tak i otec – používají termín „zpracovat“ (*working through*). Dozvídám se, že chlapec se již setkal s jiným odborníkem za stejným účelem. To mi ovšem neříká nic o tom, co otec chce, aby bylo výsledkem našeho setkání. Vypovídá to pouze o tom, co otec chce, abychom udělali s chlapcem a co už zkoušeli. Jak jsem zmínil, lidé (včetně klientů i terapeutů) mají často tendenci ignorovat rozdíl mezi prostředky a cílem. Proces „zpracovávání“ (ať už znamená co-

koli) vnímám jako prostředek (něco, co člověk udělá a povede to ke zlepšení stavu věci), spíše než jako cíl (co se změní, když se stav věci zlepší). Otázka, kterou si v tomto bodě kladu, je, zda má otec nějaký problém s Charliem nebo zda si prostě myslí, že by se Charlieho situace mohla zlepšit. Existuje nějaký společný pracovní projekt, do kterého bychom se nyní mohli všichni zapojit?

Terapeut: „Chápu. Řekněte mi – jak poznáte, že to Charlie zpracoval?“

Otec: „Nemyslím, že si toho moc všimneme. Ten problém je většinou ve škole.“

Terapeut pokývne a přemýšlí: „Takže otec sám nemá s chlapcem žádný problém.“
Otec také chvíli přemýšlí, ale dřív, než terapeut stihne položit další otázky, pokračuje:

Otec: „Je to těžké poznat. My máme pět dětí.“

Terapeut: „Tak, co myslíte?“

Otec: „Možná by se mohl snadněji zklidnit k večeru, a taky by mohl zůstat u stolu až do konce večere.“

Otec si tedy umí představit, že situace doma se může zlepšit. Způsob, jakým otec reaguje a hovoří, poukazuje na to, že alespoň s otcem je na čem společně pracovat. Rýsuje se možnost společně pracovat na tom, abychom našli způsoby, jak pomoci Charliemu zklidnit se večer, a možná i všeobecně. Detaily v tuto chvíli mohou počkat. Otázkou je, co Charlie? Má on nějaký problém nebo potenciální projekt?

Terapeut: „Charlie – a co ty? Chceš, aby se něco změnilo?“

Charlie: „Nevím. Myslím, že je všechno tak, jak má být. Už se to moc zlepšilo.“

Ne, Charlie nemá problém. Ale jestliže se situace zlepšila, jak sám říká (jedná se

o změnu, které si všiml pouze on), je tato změna v takovém směru, v jakém si ji přejí i Charlieho otec a učitelka?

Terapeut: „Takže se to o hodně zlepšilo! A co přesně je to, co se zlepšilo?“

Charlie: „Nejsou žádné problémy.“

Když někdo neporozumí otázce, nejjednodušší věc, kterou můžete udělat, je chovat se jakoby otázka, na kterou klient odpovídal, byla otázkou, na kterou jste se ptali. Je snadné pochopit, že Charlie slyšel, že se ho ptám, jaké má problémy. Jednoduše navazuji na Charlieho odpověď, a přitom se vracím k původní otázce.

Terapeut: „Dobrá. Takže již nejsou žádné problémy. Předtím jsi říkal, že situace se zlepšila. Co je konkrétně to, co se zlepšilo?“

Charlie (Přítakává, jakože chápe, pár sekund přemýšlí, a pak odpovídá): „Už mohu sedět ve škole v kruhu.“

Terapeut: „Opravdu? Jak jsi to dokázal?“

Charlie: „Prostě to udělám.“

Terapeut čeká pár sekund a Charlie spontánně pokračuje: „Nezpívám, ale my nemusíme.“

Terapeut: „Takže sedíš v kruhu... a to jsi předtím nemohl, ale teď už můžeš? (Charlie přikývne na znamení souhlasu). A nezpíváš, protože nemusíš.“

Charlie (zavrtí hlavou): „Nemám rád zpěv.“

Terapeut: „Bylo obtížné začít sedět v kruhu?“

Charlie: „Ne – bylo to snadné.“

Terapeut: „Dokázal jsi to úplně sám?“

Charlie: „Ano!“

Terapeut: „Hm – a co ještě se zlepšilo?“

Sezení pokračovalo podrobným popisem změn, ke kterým již došlo, a co chlapec, ro-

diče a učitelka udělali pro to, aby umožnili, že k těm změnám došlo. Ukázalo se, že cíle, na který otec poukazoval na začátku sezení, bylo již skoro dosaženo, a zázračná otázka ani nebyla položena.

Na konci sezení se otec a terapeut dohodli, že otec by měl pokračovat ve večerních vycházkách se svým synem a se psem a měl by si pohovořit s učitelkou o tom, zda si i ona zatím všimla u chlapce nějakých změn k lepšímu.

Někdy se při práci s poslaným klientem příliš nehodí dotazovat se na to, co by si přál nebo co by potěšilo toho, kdo klienta poslal. Klient nemusí mít danou osobu v lásce, což většinou vyplyne na povrch při hovoru o tom, kdo a proč ho do terapie poslal. Pokud je tomu tak, je lepší se zeptat, co si klient myslí, že ona osoba potřebuje vidět k tomu, aby ho přestala nutit chodit na terapii.

Velmi zřídka se stává, že klient vůbec neví, co by osoba, která ho poslala, chtěla, a že vůbec netuší, proč byl na terapii poslán a že tudíž nemá žádný problém ani potenciální projekt. Pokud k tomu dojde, chápu to tak, že klient nemá žádný problém a ve vztahu k osobě, která ho na terapii doporučila, si existenci jakéhokoliv problému nepřipouští (připuštění možného zlepšení situace je zároveň připuštěním existence problému).

Jediná věc, kterou můžeme v takové situaci udělat je, že povedeme s klientem příjemnou konverzaci, aniž bychom dělali terapii.⁶ Samotná terapie může začít jediné tehdy, když má klient problém nebo když má představu, že by se situace mohla zlepšit (de Shazer, 1988).

V některých případech je možné dosáhnout změny, pokud se terapeut opravdu snaží pochopit jaké to je být v klientově kůži. Pochopení věcí z klientova úhlu pohledu nebo alespoň snažení se o to bez moralizování často způsobí změnu v tom, že klient bude schopen a ochoten popsat, jestli chce, aby se něco změnilo.

b) Zoufalství a beznaděj

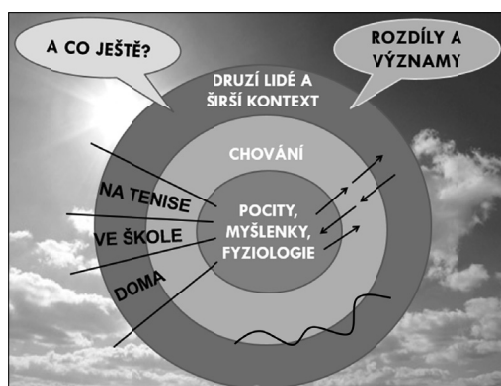
Někdy lidé nemají žádné vyhlídky na zlepšení situace. Prožívají takové zoufalství, že nejsou schopni si ani představit, že by se situace mohla zlepšit. Když mi lidé říkají, že nemají žádnou nebo jen velmi malou naději na zlepšení situace, vždy uznám, že to musí být velmi bolestivé. Když potvrdím pohled klienta, že z jeho pohledu není naděje na zlepšení situace, mohu nabídnout posun v rozhovoru s klientem pomocí otázky: „Co kdyby se to nějak zlepšilo – z jakéhokoliv důvodu a navzdory vašemu názoru, že to není možné? Co by bylo jinak?“ Někdy to může vést k plodným rozhovorům o tom, v co klient doufá a jakou změnu by si přál.

Lze rovněž využít škálu důvěry ve změnu (De Jong & Berg, 2012): „Pokud číslo 10 představuje naprostou jistotu ve zlepšení situace a číslo nula vyjadřuje nulovou naději na zlepšení – kde se na škále mezi 0 a 10 nacházíte vy?“ Pokud klient odpoví s pomocí čísla většího než nula, potom se snažím zjistit, co mu zabránilo použít samotnou nulu a co by se muselo v jeho životě stát, aby se na stupnici mohl posunout o kousek výše. Snažím se v takové situaci nezaměřovat v otázkách hned na zlepšení a cíle. Předtím, než si klient začne představovat, co slovo „lépe“ znamená, je myslím vhodné mít alespoň nějakou naději, že se situace vůbec může zlepšit.

⁶ Tato forma spolupráce či terapeutického vztahu se v krátké terapii zaměřené na řešení označuje jako „návštěva“ (De Jong & Berg, 2012).

5. VYTVÁŘENÍ BOHATÝCH A DETAILNÍCH POPISŮ

Když se zeptáte lidí na to, co si přejí, aby se v jejich životě zlepšilo po našem sezení, většina lidí bude popisovat pocity nebo myšlenky, které se budou lišit od těch dřívějších. Snažím se stavět další otázky na klientových odpovědích a jeden ze způsobů, jak je uchopit je znázorněn na obrázku.⁷



Obr.: Pomůcka pro rozvíjení detailních popisů

Na obrázku je vidět, že emoce a myšlenky jsou jakoby „uvnitř“ osoby a nemohou být viděny. Ale pokud se člověk jinak cítí, bude se i jinak chovat navenek (de Shazer et al., 2007). Tento přesun je znázorněn druhým soustředným kruhem označeným „chování“.

„Takže když se budete cítit XY (vloží se příslušná emoce), co budete dělat jinak, než děláte teď?“

⁷ Následující model v českém prostředí prezentujeme jako „Harryho model“ (Zatloukal & Žákovský, 2019) a považujeme jej za vynikající pomůcku pro rozvíjení detailních popisů v praxi terapie zaměřené na řešení obecně, nikoli jen pro práci s otázkou na společný projekt (pozn. překl.). Následující obrázek je proto převzat nikoli z původního textu Harry Korman, ale z jeho powerpointové prezentace, přičemž grafika a popisky byly v české verzi drobně upraveny (Zatloukal & Žákovský, 2019).

Vycházím také z toho, že obvykle jsou okolo nás další lidé (třetí kruh na obrázku). Někdy říkám, že lidé okolo nás si musí všimnout změn a zareagovat na ně, aby se mohly stát skutečnými. Takže pokud se klient začne chovat jinak, lidé okolo něj si toho pravděpodobně všimnou:

„Jak váš (nejlepší přítel, maminka, dítě...) pozná, že se cítíte XY?“

Pokud se budete jinak chovat a ostatní lidé si toho všimnou, lze předpokládat, že se začnou k vám také chovat jinak:

„Takže když si vaše (matka, otec, učitel, manželka, nejlepší přítel) všimne, že... (dodá se, co klient v odpovědi na předchozí otázku popsal, že si na něm všimnou), jakým způsobem změní své chování k Vám?“
Nebo: „Jak poznáte na (matce, otci, ...), že si u vás všimli změny?“

Kromě přesunu mezi jednotlivými kruhy lze v rámci obrázku naznačit různé výseče, které označují různé oblasti života klienta. Během dne běžně děláme spoustu věcí. Pohybujeme se v různých kontextech a v různých situacích. Je jasné, že ke změně dojde v různých kontextech různě. Ať už je to škola, práce, rodina... Chováme se jinak v různých kontextech a setkáváme se v nich s různými lidmi. Pokud každý dílek na obrázku představuje jednu z oblastí klientova života, pak máme další pomůcku pro kladení otázek, jako například:

„V jaké oblasti vašeho života si myslíte, že dojde ke změně nejdříve?“

„Kdo si toho všimne?“

„Čeho si ta osoba na vás všimne?“

„Jak vy poznáte, že si ta osoba všimla, že se u vás něco změnilo?“

Mezi jednotlivými oblastmi znázorněnými na obrázku je možné různé přecházet, přičemž je v podstatě jedno, kde začneme.

Zároveň obrázek poukazuje na důležitou otázku rozvíjející detailní popisy: „A co ještě?“ (Ratner et al., 2012)

ZÁVĚR

V tomto článku jsem se snažil přiblížit způsob práce se společným projektem. Jak ale poznáme, že je společný projekt úspěšně vytvořený? Pokud posloucháme klienta pozorně a nevnímáme jen slova, která používá, ale i způsob, jakým hovoří, rychle se naučíme při rozhovoru poznávat, kdy máme s klienty vytvořený společný projekt a je tedy možné začít pracovat na vizi preferované budoucnosti, například s využitím zázračné otázky (de Shazer et al., 2007). Pokud má klient představu o tom, co začne dělat, jak se bude cítit a na co bude myslet, když mu rozhovor s námi přinese užitek, pokud tedy existuje nějaké nasměrování pro změnu, potom tento cíl či pozitivně formulovaná představa méně problematické budoucnosti se stává společným projektem, tedy základem pro konverzaci o vizi preferované budoucnosti. Společný projekt se stane kontextem zázračné otázky a dodá jí smysl.

Většinou je však jednodušší poznat, že nemáte žádný společný projekt, než poznat, že jste se k nějakému dostali.

Sedmnáctiletá Lisa mi na otázku zaměřenou na společný projekt odpovídá: „Má matka by zmizela!“ Není těžké se dovtípit, že Lisa slyšela úplně jinou otázku než tu, která jí byla položena, ale není mi úplně jasné, jakou otázku to vlastně slyšela, a tak pokračuji: „Jako výsledek tohoto sezení?“ Když přikývne souhlasně hlavou, ptám se, jestli si myslí, že jsem nájemný vrah. Ona se rozesměje, odpovídá, že ne, a pokračuje

popisem problému, který má se svou matkou a popisem toho, co by se mezi nimi dvěma muselo změnit, aby měla pocit, že to sezení pro ni bylo užitečné.

Někdy říkám, že pokud můžeme shrnout to, co si klient přeje, do jedné nebo dvou vět a je to zároveň něco, co je pro klienta důležité, reálně dosažitelné v jeho současné situaci a etické (tj. něco, s čím z etického hlediska chceme klientovi pomáhat a co spadá do legitimní oblasti naší profese a naší kvalifikace jako terapeutů) – potom máme společný projekt.

Možná vás při čtení tohoto článku napadlo, že položení otázky na společný projekt a práce s ní není ani zdaleka jednoduchá záležitost. Největší obtíže spočívají v následujícím momentě: Co dělám poté, co položím otázku na společný projekt? Jak naslouchám odpovědím klienta a co s nimi pak dále dělám? Různé pohledy na tuto zapeklitou otázku jsem se snažil v tomto textu nabídnout.

Základem pro otázku na společný projekt je pevná důvěra, že klienti vědí, co chtějí, i když ještě neví, že to vědí. Jakmile má tuto víru terapeut v sobě pevně ukotvenou, otázka na společný projekt se stává jasnou a vlastně nezbytnou. To platí zejména pokud se terapeut hlásí ke „spolupracujícím“, „konstruktivním“ či „klientem-řízeným“ terapeutickým přístupům, jako je i krátká terapie zaměřená na řešení (Duncan et al., 2004; Gilligan & Price, 1993; Hoyt, 1994). Toto směřování předpokládá soustavnou práci terapeuta na sobě i na svém sebeovládání.

LITERATURA:

- Bavelas, J. B. (2012). Connecting the Lab to the Therapy Room: Microanalysis, Co-construction, and Solution-Focused Brief Therapy. In C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich, & E. E. McCollum (Ed.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. (p. 144–162). Oxford University Press.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2001). Co-Constructing Cooperation with Mandated Clients. *Social Work*, 46(4), 361–374.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for Solutions* (4th ed.). Brooks Cole.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating SO Solutions in Brief Therapy*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S. (1989). Resistance Revisited. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 11(4), 227–233.
- de Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., McCollum, E., Trepper, T., & Berg, I. K. (2007). *More than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Haworth Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Ed.). (2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Froerer, A. S., & Jordan, S. S. (2013). Identifying Solution-Building Formulations Through Microanalysis. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 60–73. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.60>
- Gilligan, S., & Price, R. (Ed.). (1993). *Therapeutic Conversations*. W. W. Norton & Company.
- Hoyt, M. F. (Ed.). (1994). *Constructive Therapies: Volume 1*. The Guilford Press.
- Korman, H., Bavelas, J. B., & De Jong, P. (2013). Microanalysis of Formulations in Solution-Focused Brief Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and Motivational Interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 31–45. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.31>
- Lipchik, E. (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*. The Guilford Press.
- McGee, D., Vento, A. D., & Bavelas, J. B. (2005). An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371–384. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01577.x>
- Ratner, H., George, E., & Iveson, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). *Zázrak tří květín: Terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími*. Portál.

Text vyžádán redakcí, přijat 3. 6. 2021.

IDENTITA: ODVRÁCENÁ TVÁŘ PROBLÉMU

Princip „absent but implicit“ v narativní práci

Identity: the other side of the Problem

The „absent but implicit“ principle in narrative work

Jan Hesoun

Narratio institut, Praha, CZ; e-mail: honza@narratio.cz

Psychotherapie. 15 (3), 256–261; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Předkládaná práce chce sloužit jako slovníček některých pojmů z narativní terapie. Budeme se věnovat zejména termínům uvedeným v názvu. Tj. „identita“, „problém“, „absent but implicit“ a „narativní práce“ (myšleno psychotherapeutická). Chceme vřadit obecné termíny („problém“, „identita“) do rámce narativní práce a s jejich pomocí objasnit i termíny speciální („absent but implicit“). A naopak: opsat speciální metody práce narativní psychotherapie jako pozadí k nasvícení pojetí jedněch z nejobecnějších pojmů v našem oboru.

Klíčová slova: identita; problém; narativní psychotherapie; absent but implicit; Michael White.

ABSTRACT:

The present work intends to serve as a glossary of some terms from narrative work. We will focus on the terms mentioned in the title. I.e. „identity“, „problem“, „absent but implicit“ and „narrative work“ (meaning psychotherapeutic work). We want to place the general terms („problem“, „identity“) within the framework of narrative work and use them to clarify the special terms („absent but implicit“). And

vice versa: to describe the special method of narrative psychotherapy work as a background to illuminate the notion of some of the most general terms in our field.

Keywords: identity; problém; narrative psychotherapy; absent but implicit; Michael White.

ZAŘAZENÍ DO SOUVISLOSTÍ

Narativní přístup se vyvíjí v kontextu konstruktivistických a konstrukcionistických terapií 80. let dvacátého století. Je plodem postmoderního „obratu k jazyku“ (Hubík, 1994) od strukturalistického pojetí psychotherapie hledající „jádro“, „pravou podstatu“ apod. Je založena na představě dialogické konstrukce sociální reality. Rozvíjí se zároveň spolu s jinými takto poststrukturalisticky pojímanými přístupy, jako je na řešení orientovaná terapie Stevea de Shazera a Insoo Kim Bergové, v našich krajích často prezentovanými společně pod souhrnnou nálepkou systemické terapie. Jejich přímými předchůdci jsou rozličné školy rodinné terapie, ale i hypnotherapie Miltona Ericksona. Následující odstavce poukazují na některé specifičtější aspekty tohoto přístupu.

PROBLÉM

„Mnoho lidí přicházejících do terapie věří, že problém je odrazem jejich identity nebo identity ostatních.“ (White, 2007, s. 24) Problémy vznikají jako důsledky internalizace kulturních diskurzů, metanarací, ve společnosti tradovaných a cirkulujících přesvědčení.

White se zde opírá o francouzského „historika myšlenkových systémů“, jak se sám nazýval, Michela Foucaulta. Ten popisuje současnou společnost jako společnost normalizační, ve které normalizující soudy zavádějí mechanismus sociální kontroly, kdy lidé sami poměřují sebe a ostatní s normami, které vznikají v oblastech „moci-vědění“ (profesionálních odborných diskurzech). Normalizační moc je mocná díky tomu, že ji vykonávají lidé sami na sobě. Je formující, pozitivní (ve smyslu svojí konstruktivní, konstitutivní povahy). Není třeba dohledu; lidé cenzurují sami sebe.

Jak dovozuje White, tímto způsobem se ustavují problémy, které přivádějí lidi do terapie. Problémy vznikají na základě internalizovaného přesvědčení o tom, že to, jaký jsem, to, kdo jsem, neodpovídá normě, která by měla být závazná. Problémy se pak stávají vyjádřením pravdy o mně jako o osobě. Způsoby, kterými se lidé snaží tento problém vyřešit (tj. přizpůsobit se normě tím, že „se změním, polepším“ atd.), je při opakovaném selhání přesvědčují o tom, že je to pravda – oni jsou problém, je to jejich pravá identita („vždycky jsem byl takový“, „takhle to bylo se mnou vždycky“ apod.).

S ohledem na tento postup vytvořili White s Epstonem základní metodu narativní psychoterapie, tj. externalizaci; postup, při kterém je problém objektivizován, oddělen

od člověka. Známy bonmot „Člověk není problém, problém je problém“ (White, 1989, s. 5) je toho lakonickým vyjádřením. Externalizační praxe má efekt emancipační, člověk se osvobozuje od působení problému na svůj život. Problém je v této perspektivě jedna z postav životního dramatu, která více, či méně zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života daného člověka, páru či rodiny. Externalizace může mít někdy podobu personifikace problému. Když si představíme svůj problém jako bytost, která má své prožívání, své úmysly a cíle, sny, naděje, silné a slabé stránky atd., může být snadnější oddělit život problému (jako samostatné bytosti) od života daného člověka.

Mohli bychom říci, že prostor narativní práce je vymezen mezi „problémem saturovanými popisy“, které jsou nesené „dominantním příběhem“, a „alternativním“ či „preferovaným“ příběhem identity.

IDENTITA

Narativní pojetí pojmu „identita“ či „self“ se vzpírá zažitějšímu individualistickému esencialistickému chápání. „Chápeme identitu jako vztahovou, distribuovanou, performativní a fluidní. Vztahová (relační) znamená, že příběhy o tom, kým jsme byli a kým můžeme být, nemohou existovat mimo vztahy s lidmi; jsou utvářeny zkušeností s ostatními a tím, jak vnímáme, že nás ostatní vidí a reagují na nás“ (Combs & Freedman, 2016, s. 213). Distribuovaná identita znamená, že pocit našeho „self“ prochází každou chvílí různými místy, ke kterým je vztažen. Jsme někdo jiný pro kolegy z práce, jsme někdo jiný s členy rodiny atd. Někdy dávají zdroje z různých míst dohromady koherentní celek, jindy vyprávějí na-

prosto rozdílné příběhy nesené rozličnými identitami. Fluidní kvalita identity odkazuje k pojetí „self“, které je spíše proces nežli stav či vlastnost, něco stabilního. Performovaná identita je spojena se vztahovostí: hrajeme pro sebe navzájem i pro sebe samé ve společném dramatu, navzájem propojeni, herci i diváci zároveň.

Toto proti-substanciální pojetí identity ukazuje, že cílem narativního procesu není nutně odhalení „pravé“ podoby self, „jádra osobnosti“ apod., ale spíše poukázání k různým možnostem výkladu, k možnostem volby, k znovuoobjevení zapomenutých „kousků já“, přenášení jejich částí mezi rozdílnými kontexty, vyprávění alternativních příběhů tam, kde doposud dominovala totalita příběhu o problému.

White (2000) se nicméně vyhraňuje proti „přerámování“, které může vyústit v novou, byť „dobrou“, „totalizaci“, která by mohla pocházet z přerámování jako revize historie. Jde o to zamezit jednostrannému výkladu zkušenosti, vyprávění jediného životního příběhu. Jde nám o aktivní možnosti výběru. Lidská zkušenost je vždy komplexnější než jakýkoli příběh, který je možno o ní vyprávět.

„ABSENT BUT IMPLICIT“ – VZTAH MEZI PROBLÉMEM A IDENTITOU

Jedním ze způsobů, jak překlenout oblohu mezi problémovým a preferovaným příběhem, je právě princip „absent but implicit“. Je v řadě postupů, jak objevit tzv. „glimmers“, „sparkling moments“ čili „jiskřivé okamžiky“, momenty, které prosvítají tuhou látkou dominantního příběhu o problému jako záblesky světla na druhé straně.



Jan
Hesoun

Je psychoterapeut v pražské soukromé praxi, lektoruje a vede psychoterapeutické výcviky v systemickém přístupu (narratio institut, GI systém, ISZ Košice) a provádí týmové i individuální supervize.

White tu vychází z metody „dekonstrukce“, kterou zavádí Jacques Derrida (1976) pro analýzu textů. White nechce tvrdit, že život je „jen“ text, jak se někdy vytyká nejen poststrukturalisticky založeným psychoterapiím, jako je právě narativní přístup [chybně se například interpretuje či přímo překládá Derrida, když je jeho „il n’y a pas de hors-texte“ (Derrida, 1976, s. 159) vykládáno ve smyslu, že není nic kromě textu. Tento, svým způsobem slavný, citát by měl být ale chápán v širších souvislostech Derridova psaní jako poukaz na to, že není možné odmyslet daný text od jeho kontextu. Derrida mluví o významu pojmu jako o středu kružnice: definuje ji, ale přesto není její součástí. Význam vždy krouží kolem svého středu. Podobný kontextuální důraz vidíme i u Ludwiga Wittgensteina, když píše, že „význam nějakého slova je dán jeho použitím v jazyce“ (1998, § 43). Přesto staví svoji vizi psychoterapie na metafoře vyprávění příběhů a jejich zkoumání

(první text narativního přístupu se dokonce původně jmenoval „Literárními prostředky k terapeutickým cílům“ (Epston & White, 1989), teprve později vyšel pod názvem „Narativními prostředky k terapeutickým cílům“ (Epston & White, 1990), což dalo jméno celému přístupu. Podobně i Bruner (1996) mluví o narativní formě jako o způsobu, kterým lidé organizují svoji zkušenost). Když tedy přichází klient do psychoterapie, vypráví příběh svého trápení, svých bojů, zvládání, nadějí. White zkoumá toto vyprávění a naslouchání analogicky s Derridovou dekonstrukcí psaných textů.

Termín „absent but implicit“ je tedy dán poukazem na to, že „každý popis je vztahový, nikoli reprezentující“ (White, 2000, s. 36); jakékoli vyjádření je dáno vztahem ke všemu ostatnímu, co vyjádřeno není. Jednotlivé vyjádření můžeme chápat jako „viditelnou stranu dvojího popisu“ (tamtéž) či vyjádření. Zjevné popisy jsou umožněny popisy, které nejsou přítomny, které jsou pozadím, okolím, opozicí nebo zkrátka něčím „jiným“, „tím druhým“ apod.

A ještě specifičtější: když White v osmdesátých letech dvacátého století koncipoval svůj pohled na psychoterapii, rozvíjel nejprve „alternativní“ příběhy. Důraz zde byl na „něco jiného“, než je problém. V dalším svém vývoji ale přesedlal na koncept „preferovaných“ příběhů (Carey, et al., 2009). Rozdíl spočívá v předpokladu, že lidé sledují nějaký svůj záměr, preferenci, kterou mají spojenou s lepší verzí příběhu svého života. Pojem „alternativa“ je tedy v této souvislosti příliš volný.

Pevnější spojení preferovaného příběhu s intencemi, které mají lidé se svým životem, odpovídá jednomu důležitému aspektu narativně pojímané identity: jde o její vztah

k hodnotám, snům, přáním, závazkům, cílům. White (2007) rozvíjí rozdíl mezi interními a intencionálními stavy. Ty první směřují k identitě a self zakotvenému v rysech osobnosti, vlastnostech, esenciálních prvcích, které lze nalézt jako střed identity. Intencionální stavy jsou naproti tomu charakterizovány osobní angažovaností, tím, že lidé o něco usilují, někam směřují a rostou.

A právě toto směřování podle kompasu hodnot, věcí, za které stojí za to se postavit, které jsou pro život daného člověka důležité, je narušováno a znemožňováno působením problému. Problém brání tomu, aby člověk dokázal naplnit svoje hodnoty, řídit se idejemi a postoji, které jsou pro něj důležité. Brání mu v růstu a směřování. Ještě jinak: kdyby určitá věc nebyla pro člověka důležitá, její omezení by nepůsobilo životní problém.

Problémy jsou tedy pokřiveným a zároveň utajeným obrazem hodnot daného člověka. Existence problému nepřímo ukazuje na to, že je tu něco důležitého, o co stojí za to usilovat, něco cenného, hodnotného, čemu je znemožněno se projevit a naplnit. Toto znamení je dostatečně jasné, nicméně zároveň ukrývá podstatu hodnot. Není opozicí, protikladem v pravém slova smyslu. Teprve důkladná dekonstruktivní a externalizační práce odhaluje, „o co se hraje“. Nemůžeme se spolehnout na psychologické porozumění či logiku. Není tomu tak, že trpí-li klient „závislostí“ (na psychotropních látkách, vztazích apod.), dotčenou hodnotou, ke které by bylo dobře se vrátit, je „nezávislost“. Trpí-li „depresí“, není dotčenou hodnotou (jen a pouze) „dobrá nálada“. Byť se dá předpokládat, že když mluví klient o beznaději, pravděpodobně činí toto vyjádření na základě rozdílu se

zkušeností naděje (i kdyby měla být jen fantazijní).

V tomto smyslu nejsou hodnoty, záměry, sny či směřování přítomny v „prvním čtení“, *absentují*. Zároveň se na ně ale dá usuzovat, jsou *implikovány* přítomností problému.

V narativní praxi se metoda a princip „absent but implicit“ objevuje ve „střední hře“: v přechodové fázi, kdy se odpoutáváme od externalizace problému a zkoušíme nové vody preferovaného příběhu. Technicky se dá říci, že ústřední otázkou principu „absent but implicit“ je variace na „proč je ten problém vlastně problém?“ Čili: čemu problém brání v projevení se? Jsme pořád v reáliích problému, ale zároveň na jeho pozadí již anticipujeme svět „na druhé straně“, příběh, který má jiného hrdinu, někoho, kdo nejenže není spoután panujícím problémem, ale žije podle svých zásad a v souladu se svými cíli.

Záblesk implicitně přítomného může být opravdu velmi nepatrný, nicméně ho lze najít pečlivým „dvojím nasloucháním“ (metoda, při které slyšíme zároveň problémová vyjádření, která nám pomáhají externalizovat, demaskovat povahu problému a zároveň slyšíme i stopy preferovaných skutečností): „Už nemůžu dál“ v sobě implicitně obsahuje sdělení, že „do této chvíle mohla“ a také, že tu bylo „něco, co mohla.“

PŘÍKLAD Z PRAXE

Paní A., 53letá odborná pracovnice, bez partnerského vztahu, s historií dětského zneužívání v rodině, aktuálně s diagnostikovanou úzkostnou poruchou a depresí, léčba farmakologická a elektrokonvulzní. Terapie začala v lockdownu za pandemii COVID-19 v roce 2020 čili nemusela vychá-

zet, což jí usnadnilo spolupráci. Pojmenovává svůj problém jako „úzkost a deprese“, drží se medicínského slovníku. V čem jí úzkost a deprese nejvíce omezují? Působí jí nedůvěra k lidem a nesebedůvěra, nepustí si lidi k tělu, má pocity viny a myšlenky na hetero- a autoagresi. Zdá se, že vše je spojeno se vztahy s lidmi a k sobě. Je to něco důležitého? Ano, na jedné straně se kontaktu s lidmi obává, ale na druhé straně po něm touží. Jak si to vysvětluje, jak je možné, že to po svých zkušenostech s lidmi nevzdala? Objevuje se jednak téma vlastní síly a pak si vybavuje, jak jí dělá dobře a jak umí dobře učit studenty a jak se věnovala dětem svého bratra. Při popisu těchto zkušeností objevujeme a zkoumáme její prožívání nezatížené nedůvěrou, odporem a strachem z kontaktu atd. Vybavuje si další tělesné zkušenosti z výletu na horách, z plavání.

„Když plavu v ..., jsem tam sama, klidná hladina, kterou rozhrnuju rukama. Plavu dobře, velká důvěra, jistota, která pramení ze zkušenosti. Důvěra ve vodu jako médium. ... Důvěra, bezpečí, pocit, že teď jsem tady. Část mý mysli neutíká. Nevymejším scénáře. Momenty, který popisujeme (plavu, učím, výtvarný projekty, zaberu se do práce). Vždycky jsem měla pocit, že to jsou masky, ale možná jsem to já. Ve spojení s myšlenkou, že můžu být, jaká chci, tak to zapadá. Jsem tady teď já, celá a nemusím nic schovávat. Nebát se být sama sebou.“

„Vždycky jsem měla pocit, že ty věci z minula mám vyleptané na sítnici, ale přišla jsem na to, že to je možný od sebe oddělit.“

„Dolovala jsem ty vzpomínky, kdy ležím na koberci a poslouchám tu hezkou werichovskou pohádku. Hezký věci nejsou zasažený, potřísněný.“

V současnosti se paní A. připravuje na roli pěstounky.

PŘEKLAD

Samozřejmost, se kterou se používá termín v angličtině, v podstatě jako neologismus (podobně jako například Foucaultovo „moc/vědění“), zní česky jako neohrabaný překlad, opis: „absentující, implicitně přítomné“, „nepřítomné, implicitní“. Zároveň vzniká potíž, kterou angličtina nezná: stejný výraz lze použít pro obsah (hodnoty, na které můžeme usuzovat z přítomnosti problému), ale i pro metodu či princip jejich vytěžení.

Pro potřeby naší praxe, zejména tréninkové, hledáme vhodné výrazy. Nezřídka jsou používány anglicismy či přímo anglické výrazy (velkou radost nám naproti tomu udělal slovenský kolega, který překládal anglicky vedený seminář naší mentorky Chana Rachel Frumin z Izraele, přímé začky Michaela Whitea i Davida Epstona, když anglické „glimmers“ přeložil jako „trblietka“).

Následující návrh je v tomto stádiu spíše pokusem k rozhýbání čtenářovy tvořivosti. Snad jsme přinesli dostatek materiálu k tomu, aby bylo možno smysluplně kroužit kolem neexistujícího centra významu tohoto praktického pojmu.

Za sebe navrhuje „nevyřčené mezi řádky“.

Autor článku: Bez konfliktu rolí

PRAMENY:

- Bruner, J. (1996). *The Culture of Education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carey M., et al. (2009). The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry. *Family Process*. 48 (3), 319–331.
- Combs, G., & Freedman, J. (2016). Narrative Therapy's Relational Understanding of Identity. *Family process*. 55 (2), 211–224.
- Derrida, J. (1976). *Of Grammatology*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derrida, J. (1978). *Writing and difference*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1999) *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění*. Praha: Herrmann & synové.
- Hubík, S. (1994) *K postmodernismu obratem k jazyku*. Boskovic: Nakladatelství a vydavatelství Albert
- White, M. (1989) *Selected Papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.
- White, M. (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit. In M. White, (Ed.) *Reflections on narrative practice* (s. 35–58). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton
- Wittgenstein, L. (1998) *Filosofická zkoumání*. Praha: Filosofia

Došel do redakce 13. 9. 2021, v revidované verzi 5. 1. 2022. K publikaci přijat 10. 1. 2022.

„DOSPĚLÁ ŽENA“: VYUŽITÍ ARTETERAPEUTICKÝCH POSTUPŮ V RÁMCI TERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ POPSANÉ NA PŘÍKLADU Z PRAXE

„Matured woman“: Utilising art therapy methods in solution-focused therapy described with case example

¹Leoš Zatloukal, Lucie Veličková²

¹ Univerzita Palackého v Olomouci – CMTF, Institut Dalet, Olomouc, CZ;
e-mail: leos.zatloukal@dalet.cz

² Poradna pro rodinu, manželství a rodinné vztahy, Karla Hynka Máchy 1266,
Sokolov 1, CZ; e-mail: L.Velickova@seznam.cz

Psychoterapie. 15 (3), 262–274; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek se zaměřuje na možnosti využití arteterapeutických metod v terapii zaměřené na řešení. Text se zaměřuje na otázku integrace arteterapeutických metod do přístupu zaměřeného na řešení. Podrobně popsany příklad z praxe pak nabízí pohled na to, jak taková integrace může vypadat. Popis příkladu z praxe obsahuje i ukázky přepisů terapeutických sezení s komentáři autorů a ukázky některých výtvorů, které v rámci terapie vznikly.

Klíčová slova: Krátká terapie zaměřená na řešení, arteterapie.

ABSTRACT:

This article is focused on possibilities in using art therapy in the context of solution-focused therapy. The paper addresses the issue of integration of art therapy methods into solution-focused brief therapy. Detailed case example illustrates this integration. Case example contains transcriptions of excerpts of therapeutic sessions with authors' comments as well as some artwork created during therapy.

Key words: solution-focused brief therapy, art therapy.

„Každý rub, má svůj líc.“

(ZENOVÉ PŘÍSLOVÍ)

V tomto textu se zaměříme na využívání arteterapeutických metod v přístupu zaměřeném na řešení. V první části nabízíme krátké přiblížení tohoto přístupu a několik úvah k integraci terapie zaměřené na řešení a arteterapie. Druhá část nabízí podrobný popis příkladu z praxe jednoho z autorů (L.V.), který ukazuje některé možnosti, jak arteterapeutické techniky v kontextu terapie zaměřené na řešení využívat.

1. KRÁTKÁ TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ŘEŠENÍ A VYUŽITÍ ARTETERAPIE

Krátká terapie zaměřená na řešení (*solution-focused brief therapy*, zkr. SFBT) je jedním z etablovaných postmoderních či systemických přístupů v psychoterapii (Prochaska & Norcross, 1999; Sharf, 1995). Za jeho autory lze považovat Steva de Shazera, Insoo Kim Berg a další kolegy z tý-

mu Brief Family Therapy Center (BFTC) v Milwaukee (de Shazer, 2017). Mezi hlavní zdroje inspirace tohoto přístupu se řadí rodinná terapie (zejména forma praktikovaná v Mental Research Institute v Palo Alto) a způsob práce Miltona H. Ericksona (de Shazer, 2017).

Ačkoli SFBT vstoupila v obecnou známost především díky technikám jako je zázračná otázka, práce se škálami, výjimkami nebo se zdroji (De Jong & Berg, 2012; Zatloukal & Žákovský, 2019), přístup samotný není založený na technikách, ale na „pracovní filosofii“, která bývá formulována souborem základních principů (de Shazer et al., 2011). Tyto principy lze například

zformulovat do snadno zapamatovatelného akronymu RESENI (Zatloukal, Vítek, et al., 2019; Zatloukal & Žákovský, 2019) – viz tabulka 1.

Na základě těchto principů lze uvažovat i o asimilativní integraci různých technik z jiných přístupů do přístupu zaměřeného na řešení, a to takovým způsobem, aby byly s daným přístupem konzistentní a obohacovaly jej (Řiháček & Zatloukal, 2012). V podobném duchu uvažujeme i o využití arteterapeutických technik v přístupu zaměřeném na řešení.

Arteterapii můžeme v širším smyslu definovat jako léčbu uměním s využitím výtvarného umění, hudby, tance, divadla, po-

Tab. 1: Principy terapie zaměřené na řešení (podle Zatloukal & Žákovský, 2019)

R – rozvíjení řešení	Zaměření na růst pro klienta žádoucích změn (řešení), a nikoli na odstraňování či nápravu nežádoucích věcí (problémy)
E – efektivita	Zaměření na úspornost, jednoduchost a užitečnost terapie, jde o synonymum krátké (<i>brief</i>) terapie jako určitého přístupu k terapii, nikoli jen jako časového omezení terapie.
S – spolupráce/ spoluvytváření	Důraz na spolupracující vztah mezi terapeutem a klientem.
E – expertnost na proces	Role terapeuta je spojena s jeho odborností ohledně vedení terapeutických sezení a rozvíjení spolupráce s klientem, nikoli s odborností na život klienta.
N – nevyhnutelnost změn	Tento princip předpokládá, že vše se neustále mění (i to, co se na první pohled jeví jako dané a neměnné) a že užitečné změny je možné disciplinovaně sledovat a využívat pro další žádoucí změny.
I – individuální přístup	Cílené zohlednění jedinečných charakteristik každého klienta a situací, v nichž se objevuje, přizpůsobení terapie těmto charakteristikám v maximální možné míře.

ezie a prózy (Šicková-Fabrice, 2016). V arteterapii existuje mnoho přístupů, které převážně kopírují hlavní psychoterapeutické směry, včetně přístupů postmoderních (Burt, 2011; Gussak & Rosal, 2016; Malchiodi, 2003; Rubin, 2008). V rámci SFBT jsou arteterapeutické postupy popsány zejména při práci s dětmi (Berg & Steiner, 2003; Hartwig, 2021; King, 2017; Selekman, 2010; Taylor, 2019; Yusuf, 2020; Zatloukal & Žákovský, 2019), méně již při práci s dospělými klienty. Obecně lze říci, že se arteterapeutické techniky v SFBT využívají pro posílení spolupráce s klienty a pro prožitkové zaměření terapie na preferovanou budoucnost či na zdroje klientů (Berg & Steiner, 2003; Riley & Malchiodi, 2003; Selekman, 2010).

Arteterapeutické techniky, které nejčastěji používáme v SFBT, zahrnují **kresbu**, **imaginaci** (někdy nazývaná také vizualizace) a **animaci** (rozhovor o nakresleném). Tento animační rozhovor je často veden ve třetí osobě, kdy se terapeut, nebo klient identifikují s věcí či postavou z obrázku klienta a hovoří jejím jménem (Šicková-Fabrice, 2016). V rámci arteterapie je vlastně problém přirozeně externalizován (v jazyce oddělen od klienta), čímž narůstá šance na jeho tvořivé řešení a na posílení aktérství klienta (White, 2007; Zatloukal & Žákovský, 2019). Svůj pohled na situaci klient v arteterapii vyjadřuje vizuálně a řešení se posiluje tím, že se kombinují vizuální, symbolické a verbální schopnosti klienta (Battino, 2005; Berg & Steiner, 2003; Šicková-Fabrice, 2016). Arteterapeutické techniky lze v zásadě využít pro kteroukoli část konverzace zaměřené na řešení. Výtvarně lze ztvárnit preferovanou budoucnost (např. zázračnou otázku), výjimky, zdroje



**Leoš
Zatloukal**

Mgr., Ph.D. et Ph.D. Je na řešení zaměřený psychoterapeut, supervizor, kouč a lektor, je spoluzakladatel institutu Dalet, působí rovněž jako vyučující poradenských dovedností na Univerzitě Palackého v Olomouci (CMTF).

klienta, důvěru ve změnu apod. (Berg & Steiner, 2003; Riley & Malchiodi, 2003) Role terapeuta zaměřeného na řešení je i při využívání arteterapeutických technik spíše v rozvíjení dialogu a pomáhání klientovi nacházet řešení (výše zmíněný princip expertnosti na proces). Terapeut se naopak nesnaží dílo interpretovat, ale pracuje s významy, které výtvarnému dílu dává klient (Riley & Malchiodi, 2003; Šicková-Fabrice, 2016).

V následujícím příkladu z praxe nabízáme pohled na některé z možností, jak arteterapeutické techniky integrovat do přístupu zaměřeného na řešení. Chceme představit, že nejde o nějaký univerzální postup, ale o popis konkrétní spolupráce terapeutky s klientkou, která se rodila průběžně v rámci jejich společného terapeutického dialogu.

2. „DOSPĚLÁ ŽENA“ – PŘÍKLAD Z PRAXE

Klientka, nazývejme ji Hana¹, je čtyřicetiletá žena, která přišla na terapii z vlastní iniciativy, a to převážně ohledně svého úzkostného prožívání každodenních situací a vztahů. Klientka se objednala do psychiatrické ambulance, v níž terapeutka (L. V.) pracuje, a jejím přáním bylo pracovat arteterapeutickými technikami. Hana je vdaná, má dva syny, oba navštěvují ZŠ. Klientka pracuje společně s manželem jako OSVČ, provozují úklidovou firmu. Hana zmiňuje, že její matka bývala během jejího dětství často hospitalizovaná na psychiatrii a pokusila se několikrát o sebevraždu. Sděluje obavu, aby se, vzhledem k rodinné anamnéze a jejímu úzkostnému prožívání, situace neopakovala a její synové nebyli tímto poznamenáni. S klientkou terapeutka pracovala od ledna 2020. Proběhly dvě konzultace, které byly přerušeny koronavirovou epidemií. Další tři konzultace se uskutečnily od května do července 2020. Začátkem srpna 2020 byla terapie ukončena. V úvodu a závěru terapie (na prvním a posledním sezení) terapeutka pracovala se zpětnou vazbou klientky ohledně výsledků terapie s využitím české verze Outcome Rating Scale (ORS) (Duncan et al., 2010)². Na prvním sezení byla klientka v celkovém součtu na hodnotě 10,8, na posledním sezení po ukončení terapie dosáhla v celkovém součtu skóre 33,4, což odpovídá signifikantní terapeutické změně (Duncan et al., 2010).

První konzultace

Na začátku první konzultace se terapeutka klientky ptala na to, čemu se v životě věnuje a co ji baví a těší, což se někdy označuje jako „**popovídání**“ (*small talk*), které je však již vnímáno jako terapeutická intervence zkoumající zdroje klientů a posilující spolupráci s nimi (De Jong & Berg, 2012; Zatloukal & Žákovský, 2019). Ukázalo se, že klientku baví čtení seberozejové literatury, jóga, tanec, vytváření grafů a map na různá témata. Klientka se také zajímá o alternativní pedagogiku, pravidelně se věnuje meditaci a v dětství si psala deník.

V úvodní konzultaci byl rovněž dojednáván „společný projekt“ či „zakázka“ (Zatloukal & Žákovský, 2019), tedy konkrétní popis žádoucí změny v životě klientky. Klientka popisuje, že „se bude chovat jinak, jako dospělá žena“. Při dalším doptávání na to, co jí to přinese, až se bude chovat jako dospělá žena, klientka odpověděla: „Zmírnění mých úzkostných stavů, budu zvládat samotu, budu se cítit dobře i bez opory druhých, budu umět stanovit hranice ve vztazích, budu rozhodnější, budu se umět ocenit a přijímat samu sebe“. Vzhledem k obšírnosti a všeobecnosti společného projektu se terapeutka s klientkou dohodly, že se budou na každé konzultaci věnovat vždy jedné konkrétní oblasti z jejího každodenního života a zaměří se na žádoucí změnu v jejím prožívání a v chování. Společný projekt si klientka nakonec pojmenovala „**Jak si udržet dospělou ženu**“. Tento společný projekt tvořil jakýsi základní rámec pro celou terapeutickou spolupráci, ale na každém dílčím sezení ještě proběhlo dojednávání společného projektu pro dané sezení. Touto domluvou společného projektu první setkání skončilo.

¹ Jméno a různé okolnosti byly pozměněny tak, aby byla chráněna důvěrnost klientky. Klientka se zveřejněním kasuistiky včetně výtvorů arteterapie souhlasila.

² Česká verze škál je bezplatně k dispozici na <http://www.dalet.cz/Clanky/scales-CZ.pdf>.

Druhá konzultace

Každé z následných sezení terapeutka s klientkou začínaly mapováním změn mezi sezeními (Zatloukal & Žákovský, 2019). Obvykle terapeutka začínala otázkou „Co se od minule posunulo?“ a dala klientce prostor vyprávět o posunech, ke kterým mezi sezeními došlo. Z tohoto mapování změn se objevovaly jednak různé věci, které se podařily a na nichž bylo možné dále stavět, a jednak různá témata, s nimiž pak dále pracovaly. Po prvním sezení klientka uváděla, že se „cítí uvolněněji“.

Na druhém sezení se po mapování změn vynořilo téma přijetí „vnitřního dítěte“ („malé Haničky“). Klientka totiž v mezičase četla nějakou knihu, která se zabývala tímto konceptem a prací s ním. Na druhém sezení tedy proběhla imaginace a kresba na téma přijetí „malé Haničky“. Terapeutka se při tom zaměřovala na to, jakým zdrojem pro klientku tato vnitřní „malá Hanička“ může být, jak s ní může pracovat a jak o „malou Haničku“ může pečovat. Zeptala se rovněž klientky, co by teď „malá Hanička“ potřebovala od „dospělé Hany“. „Aby tady ‚dospělá Hana‘ byla pro ‚malou Haničku‘, byla jí ‚vnitřním rodičem‘, který je jí oporou, na kterého se může vždycky obrátit o radu, o pomoc,“ odpověděla klientka a pokázala na to, že to v dětství vzhledem k diagnóze matky neprožila. Dále uváděla, že by jí to pomohlo v tom, aby „pořád jako dítě nežádala rady od manžela“ a posílila tak svou schopnost být „dospělou ženou“. Dokázala by také říct tchýni a tchánovi, že si nepřije, aby do jejich domu chodili neohlášeně každý den a byla by schopná se s nimi domluvit na pravidlech návštěv – ohlásit se vždy předem, návštěvy maximálně třikrát týdně. Zajímavé dále bylo,



**Lucie
Veličková**

Mgr. Vystudovala pedagogiku na Západočeské univerzitě v Plzni a dramatickou výchovu na Akademii múzických umění v Praze, absolvovala vzdělání v arteterapii (Akademie Alternativa Olomouc) a komplexní psychoterapeutický výcvik v terapii zaměřené na řešení (Dalet). Pracuje jako terapeutka v psychiatrické ambulanci v Karlových Varech a v Poradně pro rodinu, manželství a rodinné vztahy v Sokolově. Věnuje se rovněž doprovázení klientů při komplikovaném truchlení a je členkou Asociace poradců pro pozůstalé. Při své terapeutické práci využívá postupy arteterapie a dramaterapie v rámci individuálních i skupinových terapeutických sezení.

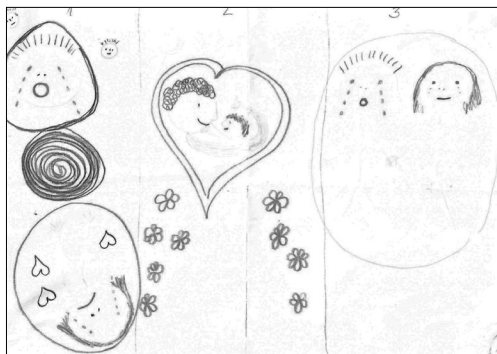
že klientka oceňovala „malou Haničku“ za její schopnost tvořit. Tato schopnost přináší klientce do života radost a tvořivost „malé Haničky“ by si chtěla určitě ponechat. Na závěr terapeutka ocenila klientku a shrnula některé důležité body ze sezení, ale nenabízela žádný návrh experimentu (De Jong & Berg, 2012), protože se zdálo, že klientka odchází s mnoha konkrétními podněty, s nimiž chce v mezičase pracovat. Po tomto sezení terapeutickou spoluprací na dva měsíce přerušila pandemie koronaviru.

Třetí konzultace

Po delší pauze způsobené koronavirovou situací terapeutka a klientka pečlivě mapovaly změny v mezidobí. Klientka si po minulé konzultaci našla doma plyšovou hračku, která jí symbolizuje vnitřní dítě – „malou Haničku“. Ve chvílích, kdy se cítí úzkostně nebo osamoceně, si ji vezme jako připomenutí „malé Haničky“, o kterou se jako „dospělá Hana“ může postarat. V návaznosti na to se terapeutka doptávala, zda si chce vybrat také nějaký symbol, který by jí připomínal „dospělou ženu“ (dříve dojednaný společný projekt). Klientka nadšeně souhlasila a chvíli se zamyslela. Jako symbol dospělé ženy si pak zvolila sošku Venuše. Chvíli se v sezení věnovaly imaginaci Venuše a významům, které s ní má klientka spojené (v tomto symbolu se jí spojuje ženskost a mateřství). Klientka se pak rozhodla, že si Venuši doma vymodeluje z hlíny.

V tomto sezení se terapeutka s klientkou rovněž zaměřily na způsoby, jak ustát synovy smutky. Terapeutka klientce nabídla kreslicí techniku „Hra metafor“ (Zatloukal & Žakovský, 2019). Na list papíru A4 rozdělený na tři části klientka do prvního políčka symbolicky znázornila problém se synem. Do třetí části papíru nakreslila symbol pro situaci, kdy je problém vyřešený. Prostřední políčko pak zůstalo pro rozvíjení různých cest k řešení. Do políčka cest k řešení klientka znázornila „popovídání si s malou Haničkou“ a následně za pomoci symbolů (Venuše) vyřešení problému, tj. dospělé, emočně stabilní chování vůči synovi (viz obr. 1).

V závěru této konzultace terapeutka nabídla experiment (De Jong & Berg, 2012) – zapisovat si žádoucí změny v chování a pro-



Obr. 1. „Hra metafor“

žívání do deníku, zejména situace, kdy se dokáže projevovat jako „dospělá žena“ (klientka měla s psaním deníku pozitivní zkušenost – viz první sezení). Klientka s experimentem souhlasila.

Čtvrtá konzultace

Při mapování změn klientka popisuje změny k lepšímu. Uvádí, že pracuje se symboly z minula (soška Venuše) a že jí pomáhají ve chvílích, kdy si potřebuje připomenout, jak by v dané situaci jednala „dospělá žena“. Také zmínila deník, do něhož si začala zapisovat téměř pravidelně a ve chvílích, kdy se necítí dobře, se k záznamům vrací a čerpá z nich.

Na této konzultaci s klientkou terapeutka domlouvá jako dílčí společný projekt to, že by cítila v manželství blízkost a ženství. Terapeutka nabídla techniku „křišťálové koule“ inspirovanou Miltonem H. Ericksonem (de Shazer, 2017). Tato technika umožňuje rozvíjení preferované budoucnosti i výjimek klientů prožitkovou formou s využitím imaginace, což je způsob, který se při práci s klientkou na předchozích sezeních osvědčil.

Ukázka: „Křišťálové koule“³

T: „Tak si říkám, že se nám odkrývá nějaké další téma, nejenom jak si udržet dospělou ženu, ale vy jste to pojmenovala jako ženství, širší téma. Bylo by teď pro vás užitečné, než budeme pokračovat v konkrétní situaci v manželství, chvíli se zastavit u toho tématu ženství? Co pro vás znamená?“

K: „Uhm, bylo.“

T: „Já vás teď poprosím, tady máme tři křišťálové koule...“

K: „Hmm.“ (*přikyvuje*)

Jako „křišťálové koule“ posloužily skleněné duhové kuličky; klientka si postupně vybrala z více skleněných kuliček v košíku první, která symbolizovala vzpomínky z minulosti, druhou, která symbolizovala budoucnost, kdy je problém vyřešený, a třetí duhová kulička symbolizovala cestu, tedy jakým způsobem je problém vyřešený (de Shazer, 2017). Během popisu ji vždy držela v ruce a poté odložila. Spojení imaginace a držení kuliček umocňovalo ponoření klientky do celého procesu.

T: „Jednu si vyberte, vemte do ruky a teď taková fantazie, v křišťálové kouli se většinou něco objevuje...“

K: „Uhm.“ (*přikyvuje a pozoruje kuličku*)

T: „A tahle křišťálová koule má tu schopnost podívat se do minulosti a ukázat vám nějakou situaci, kdy jste vnímala ženství hezky, tak jak byste si vlastně přála, kdy jste se cítila spojená se svým ženstvím, kdy jste se chovala žensky (*pauza*). Co vám ta křišťálová koule ukázala v minulosti?“

K: „Já jsem se, je to tak asi dva roky zpátky, jsem se cítila žensky, a to bylo v momentě, že jsem přijala to, že mám krásný tělo, vlastně se mi to tělo líbí a vidím se před zrcadlem...“

T: „Hmm.“ (*pauza*)

K: „...a mám delší vlasy, mám na sobě šaty a šla jsem ven a vlastně jsem vnímala, že se na mě muži dívají.“ (*pauza*)

T: „Hmmm, takže i okolí si toho všimlo. Jak reagovali, ti muži?“

K: „Tak třeba se na mě usmáli, prostě bylo tam cejtit, že se jim líbím, že... a nebylo to nic jako sexuálního, bylo to, že jsem vlastně pěkná ženská, a i jsem to cítila a věřila tomu, že to tak je.“ (*pauza*)

T: „Jaké tam byly další pocity, myšlenky, kdy jste šla v těch šatech, měla dlouhé vlasy, muži se na vás dívali?“

K: „Měla jsem radost a vlastně odvahu tou ženou být a dovolit si tou ženou být a byla jsem vlastně i vzrušená, tak sexuálně jsem byla i vzrušená.“

T: „Tak vlastně na jednu stranu tam byla i ta sexuální stránka?“

K: „Ano (*pauza*), a pak se mi tam objevil nedávný moment a ten, jako to bylo s člověkem, který dělá chiropraktika nad náma nad prádelnou a byl to velmi zajímavý rozhovor s ním, protože jsem si uvědomila, že on mě masíroval a dělal mi ty... a prostě mi začal říkat, že jsem krásná ženská a vlastně tak jsem se cejtila tak hezky, a tak příjemně.“ (*pauza*).

T: „Ještě když se podíváte tady do té křišťálové koule, která vás vede do minulosti, vybavíte si i nějakou podobnou situaci v manželství? S manželem, kdy jste se cítila žensky, kdy jste vnímala vaši ženskost?“

K: „Teď se mi vybavil okamžik, kdy jsem vlastně manželovi byla dvakrát nevěrná,

³ V ukázkách je doslovný přepis vybrané části konzultace s minimálními stylistickými úpravami, T označuje terapeutku, K označuje klientku, komentáře a reflexe jsou pro přehlednost odlišným typem písma.

a když jsme měli krizi, tak, tak si všiml, že jsem jinak oblečená, jinak nalíčená, to teda neřek, jako že jsem hezká, ale že jsem hezká, jestli náhodou nemám milence.“ (smích)

K: „Aha, takže zase tam byla nějaká změna i vašeho zevnějšku, jako péče o ženu...“

K: (přikyvuje) „Ano, ano.“

T: „Co k nám jako k ženám patří, šaty, účes, nalíčení...“

K: „Uhm, já to s tím manželem, koukám – já to z něj spíš cítím, že jsem pro něj přitažlivá fyzicky...“

T: „Uhm, je to teď nějaká hodně nedávná minulost?“

K: „No, to může být tak dva roky zpátky, ale vlastně... je to málo (pauza), že bych řekla cítila nebo že by mě říkal... teď je to pro mě těžký to určit prostě s tím manželem...“

T: „S tím manželem se vám tam v té křišťálové koule nic momentálně neukazuje?“

K: „Ne, ne.“ (pauza)

T: „Ještě nějaká jiná minulé vzpomínka v minulosti, kdy jste cítila ženskost, kdy jste se cítila dobře, žensky?“ (pauza)

Klientka pokračovala popisem dalších situací, kdy se cítila být dospělou ženou, například při návštěvě barbershopu se syny, kde navazovala rozhovory s přítomnými muži. Tato část techniky křišťálové koule především umožňuje zachytit výjimky (Zatloukal, Věžník, et al., 2019), a to zároveň kognitivně i prožitkově, klientka má možnost se znovu „vžít“ do daných situací. Výjimky se vztahují k jejímu pocitu „dospělého ženství“ (společný projekt), ale zároveň se terapeutka snaží je propojit i se zakázkou tohoto sezení „blízkost v manželství“ a s tématem ženství, které se vynořilo. Zdá se, že pocit ženství má tendenci se objevovat spíše v jiných kontextech než ve vztahu

s manželem, což terapeutka záměrně nijak dále neinterpretuje, pracuje s tím jen jako s informací o tom, jak systém funguje a na čem lze stavět (a na čem zatím nikoli). První křišťálová koule je zaměřena na vzpomínání na minulost a tím zároveň připravuje půdu pro návaznou konverzaci – jednak pro další využívání pomyslné křišťálové koule jako média, v němž lze něco pozorovat, a jednak předznamenává „vzpomínání“ na budoucnost a na cestu k ní (de Shazer, 2017).

T: „Hmm, teď poděkujeme křišťálové kouli, která nám ukazovala minulost, já vás teď přizvu k tomu, vyjmete si tam další křišťálovou kouli, tuhle můžete položit, nebo já ji podržím (delší pauza). Tato druhá křišťálová koule má zase tu schopnost přenést nás do budoucnosti; zkuste se tam podívat na situaci, nevím, za jak dlouho to bude, to není teď úplně podstatné, kdy mi přicházíte říct, že už ta ženskost je pro vás naprosto přirozená, že je ve vašem životě ukotvená, že už neřešíte, jestli máte ženskost, jestli jí máte hodně málo, už jste ta dospělá žena, prožíváte ženskost a je to vyřešené. Tak co tam vidíte? (pauza) Jakou situaci?“

K: (pauza) „Vidím tam samu sebe, jak mám, vlastně umím přijmout nebo vnímám tu vlastní ženskost, tu sexualitu...“

T: „Aha.“

K: (delší mlčení klientky) „Já teď úplně vnímám, že s tou sexualitou to tam mám hodně, hodně spojený tu ženskost a vlastně vidím okamžik se svým mužem, kdy se dokážu opravdu uvolnit, když se spolu milujeme a dokážu si říct o své potřeby a vlastně dokážu se s ním držet za ruku, jít s ním na večeri, jít s ním do kina a povídat si s ním a říct si o to jako žena, že postavit se vlastně jako žena, že tohle to jako žena potřebuju a že chci mít vedle sebe partnera.“

T: „Jak se chováte? Teď popisujete situaci s manželem, jak se chováte žensky? Jak vypadáte?“

K: „Nosím mnohem víc šaty a sukni, mám upravený vlasy a jsem lehce nalíčená a mám tělo, ve kterém se cítím spokojená, neřeším, jestli támhle mám špek nebo támhle mám špek, ale jsem spokojená se svým tělem a dokážu si i dovolit být zranitelná, že je mi smutno a že si dokážu zaplákat a taky vědomí, že vlastně nepotřebuju všechno zvládat sama... že se můžu opřít o toho svého manžela (*pauza*) a taky jako žena, že si můžu dopřát mnohem víc odpočinku, že vlastně ta, že jako žena jsem k tomu uzpůsobená víc odpočívát než muž a prostě projevovat se tak, jak mi to jako ženě přirozený, a to je to, co jako nevím.“

T: „Co vidíte, co nabízí křišťálová koule? Možná to nabídne až ta třetí.“ (*smích*)

K: „Tak přirozený pro mě je být zranitelná jako žena.“

Je zajímavé, že druhá křišťálová koule (preferovaná budoucnost) nabízí mnohem bohatší propojení se vztahem s manželem, a dokonce se objevují i její předzvěsti (některé věci z toho, co klientka popisuje, se již dějí (Zatloukal, Věžník, et al., 2019). Je možné, že zmínka o manželovi při prohlížení první koule klientku tímto směrem inspirovala. V každém případě se ukazuje, že součástí její preferované budoucnosti je větší prožívání dospělého ženství – včetně jeho sexuálního a zranitelného aspektu – ve vztahu s manželem.

Následoval pohled do třetí křišťálové koule, kde si klientka jakoby „vzpomínala“, jak si dokázala „udržet ženskost, která patří k dospělé ženě“. Klientka k tomuto detailnímu popisu využila své **zdroje** z minulé

vzpomínky (první koule) a popis **preferované budoucnosti** (druhá koule), téma se nově propojilo s naším společným rámcovým projektem – být dospělou ženou. Určitým výstupem z třetí křišťálové koule byly i konkrétní nápady na změny, jako například úpravy v bytě, návrh na experiment proto terapeutka nedává.

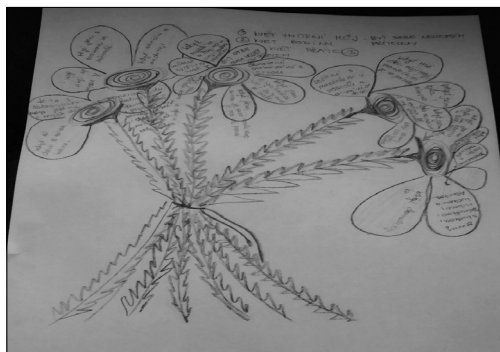
Pátá konzultace

Po úvodním mapování změn se ukázalo určité zlepšení ve vztahu s manželem. Klientka to popisuje jako novou fázi v jejich manželství, kdy mateřství ustoupilo trochu do pozadí a v popředí je z její strany nyní partnerství, dále se obnovil jejich intimní život (tuto změnu podpořila i konkrétní změna v bytě, a to vybudování dětského pokoje a vytvoření ložnice pouze pro ni a manžela; tuto změnu si klientka naplánovala na minulém sezení a poté ji také realizovala). Klientka si už občas dovolí být před manželem zranitelná a zároveň se učí sdělovat mu své potřeby dospělým způsobem, tedy bez pláče a výčitek.

Poté se terapeutka s klientkou zaměřily na domlouvání společného projektu pro toto sezení. Na této konzultaci klientka uvádí, že dobrým výsledkem tohoto setkání by bylo zvládnout samotu, cítit se dobře sama i bez kamarádky. V této konzultaci terapeutka nabídla klientce arteterapeutickou techniku kresby „Kytice výjimek“ (viz obr. 2). Do jednotlivých květů klientka postupně vpisovala situace, kdy namísto samoty cítí blízkost. Jednalo se o další významný moment terapie, který i klientka reflektovala jako užitečný.

Ukázka: „Kytice výjimek“

T: „Teď když se podíváte na tu kytici, vlastně od pocitu nějaké samoty nebo ještě



Obr. 2 „Kytice výjimek“

možná dřív od pocitu zklamání, že tady není pro vás ta kamarádka, tak jak byste potřebovala, že vám nedává tolik pozornosti, že jsou tam pocity žárlivosti, že by neměla být třeba s jinými kamarádkami, jsme se dostaly vlastně k vašemu aktuálnímu tématu, pocitu, a to byla samota. Když se tak podíváte na tu kytici, mně tam hodně rezonovalo, že jste schopná vlastně v meditaci pocítit v sobě, v těle, pocit radosti, klidu, že v tu chvíli vnímáte, že jste sama za sebe, že jste schopná ten pocit si vlastně přenést i do každodenních situací, do vztahů a že když k tomu přidáte ještě, co se vám občas také daří, to je to vnitřní vaše ocenění a k tomu ještě rozhodnutí, že jste schopná dělat rozhodnutí, se cítíte daleko bližší k ostatním lidem. Když se teď podíváte na tu kytici, co vás tak napadá, já jsem koukala, že tam ještě jeden lístek volný nebo není, je tady, že jo, tady...“

K: „Tady mám tři.“

T: „Takže zatím na ty zaplněné, tak co vás tak napadá?“ (pauza)

K: „Že v životě... napadá mě to, že vlastně, nejvíc mi pomáhá, to abych se necítila sama jediná, že tam mám tátu, mámu, manžela, děti, živnost, že oni vlastně tvoří velkou část mého života a kousek tady mám pro-

stě ty přátele a oni mě hodně moc milují a cítím to, že mi to dávají i hodně najevo a že vlastně je důležitý, ty situace, v kterých jsem si napsala, tak je důležitý ty situace umět a prožívat je, jakoby navštěvovat ty situace, jít jim naproti těm situacím.“

T: „Aha, aha, jít naproti vlastně čemu?“

K: „Jít naproti tomu zažít zase znova, že ležíme s manželem v posteli a díváme se do očí, prostě mi to bylo příjemný, cítila jsem se s ním spojená.“

T: „Jít jako naproti té blízkosti?“

K: „Ano, ano.“

T: „Aha, si říkám, že teď jste krásně popsala část té kytice, kdy to cítíte od rodiny, zvenku, ale tam je ještě ten jeden květ, o kterém jsme mluvily hodně, a to je ten vnitřní květ, jestli to tak můžu pojmenovat... (klientka přikyvuje) a jak ten přispívá k tomu, že se cítíte blízko k ostatním?“

K: „Přispívá k tomu, že já se spojím sama se sebou a vlastně se spojím s těmi zdroji, který jsou tady (ukazuje zdroje vepsané do květů v kytici), s tím zdrojem té radosti, tím zdrojem klidu, tý rovnováhy vnitřní, tím zdrojem, tím zdrojem, že jsem v pořádku a já vlastně hodně potřebuju se s tímhle zdrojem často spojit.“

T: „Aha, takže je to hodně důležitý zdroj, takže jít naproti situacím, kde se cítíte s někým blízko, kde sdílíte a zároveň se spojit s vnitřními zdroji. Poslední, o co vás dneska požádám – zbyly tam čtyři lístky, které nemusíte zaplnit...“

K: (přerušuje) „Mohla bych si tam něco teď dokreslit?“

T: (podívá se překvapeně, pak přikyvuje) „Určitě.“

K: „Sama pro sebe, mě teď něco napadlo a...“

T: *(přikyvuje)* „Samozřejmě.“
(delší pauza, klientka kreslí)

Schopnost reagovat na klientku, improvizovat a přizpůsobovat celý proces terapie jejím potřebám je jedním z charakteristických rysů přístupu zaměřeného na řešení, koresponduje především s principy spolupráce, expertnosti na proces a individuálního přístupu (Zatloukal, Vítek, et al., 2019). Můžeme také říci, že jde o jeden z projevů upřednostnění spolupráce před technikou, na což se v terapii zaměřené na řešení klade velký důraz (Berg & Steiner, 2003; Lipchik, 2002).

T: „Je to něco, co chcete sdílet? Nebo je to jenom...“ *(pauza)*

K: „Můžu to říct, já jsem si vlastně teď uvědomila svoje hodnoty, jak je pro mě na prvním místě velmi pečovat o svůj vnitřní květ, pak pečovat o květ svojí rodiny a pak o květ přátel.“

T: „Aha.“

K: „A teď jsem si úplně uvědomila, že někdy jsem to měla úplně přehozený, a proto možná taky mohly přicházet ty pocity tý samoty.“

T: „Uhm, a přehozený v jakým smyslu?“

K: „Třeba že jsem to, tady vnímám ten květ rodiny, tam jsem měla květ přátel.“

T: „Aha.“

Dobrou známkou ponoření do arteterapeutické techniky je zapojení klientky do vytváření celého procesu, například tím, že chce sama ještě něco do kresby doplnit a že si uvědomuje nové a pro ni důležité aspekty spojené s tím, na čem v rámci terapie pracuje.

T: „Teď jste mě krásně navedla nebo se nám spojily ty myšlenky, chtěla bych vás požádat, abyste si tam vybrala jeden prázd-

ný lístek nebo dva prázdné lístky; to co jste teď nahlídla, jak máte bohatou kytici blízkosti a zdrojů, jak by to mohlo ovlivnit tu konkrétní situaci s tou kamarádkou, že jste zažila zklamání, žárlivost; kdybychom se setkaly třeba za měsíc, jak byste chtěla, jak tenhle kvítek, s tou konkrétní kamarádkou, o které jsme začaly mluvit hned v úvodu, byl pro vás tím dobrým řešením, tak jak byste to chtěla, aby vlastně celá ta kytice mohla přispět k tomu, že by vám v tom vztahu s tou kamarádkou bylo dobře?“ *(další doplňující kresba klientky)*

V tomto bodě se konzultace od zdrojů přesunuje k preferované budoucnosti, tedy k přáním klientky. Klientka v reakci na to popisuje, že by se s kamarádkou ve vztahu chtěla cítit uvolněně, zařadit ji na „třetí místo“, sama sebe dát na stejnou úroveň jako ji (aby kamarádku nevyvyšovala ani sebe nesnižovala) a umět respektovat, že kamarádka má možná jiné potřeby ohledně blízkosti než ona sama.

V „Kytici výjimek“ klientka zaznamenala chvíle a situace, kdy namísto samoty vnímala a prožívala blízkost. Za nejvýznamnější lze považovat moment, kdy klientka objevila a popsala vnitřní květ „být sama sobě nejlepším přítelem“. Uvědomila si, že nejdůležitějším zdrojem ve svém životě je ona sama. Tuto schopnost může praktikovat v meditaci a vnášet ji i do každodennosti. Pro klientku měla „kytice výjimek“ velký symbolický význam, na konci sezení si obrázek pečlivě uložila do desek se slovy: „já, ta mi neuvadne“.

Šestá a závěrečná konzultace

V závěrečné konzultaci jsme reflektovaly přínosy celé terapie. Různé prvky celého procesu se tak ještě více propojovaly. V prů-

běhu terapie si klientka vytvořila několik symbolů – např. plyšáka („malou Haničku“), Venuši, „kytici výjimek“. S těmito symboly pak pracovala i mezi sezeními, připomínaly jí směr, kterým se chce rozvíjet, i zdroje, které k tomu může využít. Užitečnost terapie shrnula klientka takto: „Potřebuji o tom mluvit, pak to vidím, a pak s tím můžu něco dělat.“ Klientka přinesla na poslední konzultaci i písemné shrnutí terapie. Přínosné pro ni bylo, že terapeutka navodila pocit důvěry: „Slyšela jsem to v hlase a viděla v očích.“ Ocenila i způsob vedení rozhovoru v konzultacích: „Mohla jsem si na spoustu situací, myšlenek přijít sama.“ Velice ocenila malování, „protože mi to dávalo možnost podívat se na situaci jako celek, kresba mi pomáhá k intenzivnější sebereflexi“. Rovněž uváděla: „Bylo vlastně pro mě velmi zlomové, namísto šfouření se v tom např. v jakých momentech se cítím sama, tak v jakých momentech se cítím naplněná, spokojená.“ Při shrnování klientka přišla na myšlenku, že si všechny nápady, „jak si udržet dospělou ženu“, zpracuje do grafu (zpracovávání různých témat do grafů a map je její další koníček, který zmínila v „popovídání“ v první konzultaci).

ZÁVĚR

V tomto textu jsme se snažili ukázat možnosti využití arteterapeutických technik v přístupu zaměřeném na řešení. Představili jsme za tím účelem podrobně jeden konkrétní případ z praxe jednoho z autorů textu (L.V.). Záměrně jsme zvolili práci s dospělou klientkou, protože využití arteterapie v terapii zaměřené na řešení je více popsáno při práci s dětmi než při práci s dospělými klienty. Pro volbu arteterapeutických metod bylo důležité, že klientka

sama projevila přání takto pracovat, rovněž popisovala v rámci úvodního popovídání některé činnosti, které již využívá, a které vytvářely předpoklad, že by jí využití arteterapeutických metod v rámci terapie mohlo vyhovovat. Práce se symboly mezi prvním a druhým sezením také nabídla terapeutce vodítko, že lze arteterapeutické techniky více nabídnout. Když se postupně ukazovalo, že na tyto postupy klientka dobře reaguje a je díky nim schopná uchopovat své směřování (preferovanou budoucnost) i své zdroje, terapeutka ve využívání arteterapeutických technik pokračovala. Tento bod je z našeho pohledu velmi důležitý. V SFBT nejde o nějaké plošné využívání nějakých technik, a to ani technik arteterapeutických, ale o pečlivé připojování ke klientům, k tomu, s čím přicházejí a jaké způsoby práce jim vyhovují (Lipchik, 2002). To, jak se terapie odvíjí, proto není definováno nějakým manuálem, ale závisí na průběhu dialogu terapeutů s klienty. V rámci tohoto dialogu terapeuti zaměřeni na řešení pečlivě naslouchají, experimentují, improvizují, pracují se zpětnou vazbou a přizpůsobují svůj postup tomu, zda se něco osvědčilo, či nikoli. Ve výše uvedeném případě se využití arteterapeutických technik osvědčilo a bylo možné jej dále rozvíjet a proces změny se tím umocnil a patrně i urychlil. V jiných případech, kdy by se využití těchto technik neukázalo jako přínosné, je důležitou kompetencí terapeutů zaměřených na řešení pružně změnit způsob práce a hledat jiné možnosti, jak společně s klienty rozvíjet terapeutickou změnu. Arteterapeutické techniky tak z našeho pohledu nejsou samospasitelné, ale nabízejí velmi zajímavou oblast pro rozšíření možností práce terapeutů zaměřených na řešení. Čím

více možností práce terapeuti dokáží využít, tím větší mají šanci, že v dialogu s různými klienty najdou takový způsob práce, který bude jejich klientům vyhovovat a bude pro jejich klienty užitečný.

LITERATURA:

- Battino, R. (2005). *Metaphoria: Metaphor And Guided Imagery for Psychotherapy And Healing*. Crown House Pub Ltd.
- Berg, I. K., & Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. New York: W. W. Norton & Company.
- Burt, H. (Ed.). (2011). *Art Therapy and Post-modernism: Creative Healing Through a Prism*. Jessica Kingsley Publishers.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for Solutions* (4th ed.). Brooks Cole.
- de Shazer, S. (2017). *Klíče k řešení v krátké terapii*. Portál.
- de Shazer, S., Dolan, Y. M., Korman, H., Trepper, T. S., & McCollum, E. E. (2011). *Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení*. Portál.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Ed.). (2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Gussak, D. E., & Rosal, M. L. (Ed.). (2016). *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Wiley-Blackwell.
- Hartwig, E. K. (2021). *Solution-Focused Play Therapy*. Routledge.
- King, P. K. (2017). *Tools for Effective Therapy with Children and Families: A Solution-Focused Approach*. Routledge.
- Lipchik, E. (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*. The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2003). *Handbook of Art Therapy*. The Guilford Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Grada.
- Riley, S., & Malchiodi, C. A. (2003). Solution-Focused and Narrative Approaches. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy* (s. 82–92). The Guilford Press.
- Rubin, J. A. (Ed.). (2008). *Přístupy v arteterapii: Teorie a technika*. Triton.
- Řiháček, T., & Zatloukal, L. (2012). Asimilativní přístup k integraci v psychoterapii. *Psychoterapie*, 6(1), 17–26.
- Selekman, M. D. (2010). *Collaborative Brief Therapy with Children*. Guilford Press.
- Sharf, R. S. (1995). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*. Brooks Cole.
- Šicková-Fabrice, J. (2016). *Základy arteterapie* (2. vyd.). Portál.
- Taylor, E. R. (2019). *Solution-Focused Therapy with Children and Adolescents: Creative and Play-Based Approaches*. Routledge.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. W. W. Norton & Company.
- Yusuf, D. (Ed.). (2020). *The Solution Focused Approach with Children and Young People: Current Thinking and Practice*. Routledge.
- Zatloukal, L., Věžník, M., & Žákovský, D. (2019). Možnosti práce s „výjimkami“ v terapii zaměřené na řešení. *Psychoterapie*, 13(2). <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/11819>
- Zatloukal, L., Vitek, P., Věžník, M., & Žákovský, D. (2019). *Spoluvytváření změn: Různé podoby přístupu zaměřeného na řešení v teorii, v praxi a ve výzkumu*. Univerzita Palackého.
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). *Zázrak tří květin: Terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími*. Portál.

Došel do redakce 30. 9. 2021, v revidované verzi 18. 1. 2022. K publikaci přijat 25. 1. 2022.

JINÝ DRUH SPOJENÍ: DIALOGICKÁ TERAPIE S PODPOROU RECOVERY KOUČŮ

Another kind of connection: Dialogical therapy supported by recovery coaches

Pavel Nepustil

Spolek Narativ, Brno, CZ; e-mail: pnepustil@gmail.com

Psychoterapie. 15 (3), 275–288; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

V rámci své soukromé psychoterapeutické praxe jsem ve spolupráci se čtyřmi účastnicemi výcviku v recovery koučování inicioval projekt akčního výzkumu. Jeho hlavní myšlenkou bylo zapojit lidi s vlastní zkušeností se závislostí a zotavením do dialogických setkání s páry a rodinami jako mé ko-terapeutky. V cyklickém procesu akčního výzkumu jsme přecházeli mezi fázemi akce (setkání s klienty) a fázemi reflexe (pouze setkání výzkumného týmu). Klienti nebyli zapojeni přímo do výzkumného procesu, ale sezení byla zaznamenávána a poté byli účastníci požádáni, aby poskytli zpětnou vazbu. Výsledkem bylo, že způsob práce vycházející z přístupu otevřeného dialogu, který klade důraz na reflektující rozhovory mezi konzultanty a na přítomný okamžik, byl shledán vhodným pro přizvání *žité odbornosti* jako přirozené součásti setkání. Ko-terapeutky i klienti kladli důraz na *jiný druh spojení*, který byl vyvolán pocitem sdílení podobných zkušeností a prožitků. Dialogický proces také umožnil přesouvat pozornost k jiným tématům i jiným osobám, než byl identifikovaný klient a téma závislosti. Praktickým výstupem výzkumu je změna designu organizace setkání včetně návrhu inovativních prvků.

Klíčová slova: akční výzkum; otevřený dialog; recovery koučování; závislost; zotavení.

ABSTRACT

I initiated an action research project within my private psychotherapy practice, in collaboration with a group of recovery coaching trainees. The main idea of the project was to involve the trainees, people with their own experience of addiction and recovery, into dialogical meetings with couples and families as my co-therapists. In the cyclical process of action research we switched between action phases (meetings with clients) and reflection phases (research team meetings only). Clients of the sessions were not involved directly in the research process but the sessions were recorded and they were asked to offer feedback afterwards. As a result, Open Dialogue model with its reflecting conversations between consultants and emphasis on present moment was found to be suitable model for involving „lived expertise“ as a natural part of the meeting. The clients and trainees were emphasising „another kind of connection“ achieved through the experience with similar issues and the process also moved the „identified client“ from the central focus

**Pavel
Nepustil**



Je psycholog, sociální pracovník a rodinný terapeut. Specializuje se na užívání drog a závislosti, je autorem knihy *Bez léčby to jde: Přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*, která vyšla v češtině a angličtině, a spolueditorem knihy *Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Je certifikovaným trenérem a supervizorem přístupu *Otevřený dialog*, spoluzakladatel skupin *Narativ* a *Zotavení Brno*, člen týmu *Renadi* a *Výjezdního týmu Zotavení Brno*.

of the session. Organisation of the future meetings was elaborated and suggested as the practical outcome of the research.

Keywords: action research; open dialogue; recovery coaching; addiction; recovery.

1. ÚVOD

Nabízím zde popis projektu akčního výzkumu, který proběhl v rámci mé soukromé psychoterapeutické praxe. Hlavní myšlenkou projektu bylo zapojit recovery kouče, vyškolené lidi s vlastní zkušeností se závislostí a zotavením, do dialogických setkání s páry a rodinami jako mé ko-terapeuty. V následujícím textu ukazují, kde se tato myšlenka vzala, k jakému účelu přítomnost

recovery koučů sloužila a co jsme zjistili po třech cyklech akčního výzkumu.

1.1 Výzkumný problém

Takřka od dokončení svého psychoterapeutického výcviku v systemické terapii se snažím svou každodenní terapeutickou práci v co největší a nejsrozumitelnější míře rozvíjet v souladu s kolaborativně-dialogickou (Anderson a Goolishian, 1988; Anderson, 1997) a dialogickou (Seikkula, 2011; Seikkula a Arnkil, 2013) praxí. Jako člen několika českých i zahraničních sítí a platform usilujících o rozvoj tohoto způsobu práce mám možnost být v přímém kontaktu s hlavními postavami těchto směrů, které mají vliv nejen na psychoterapii, ale i na jiné pomáhající profese. V posledních letech jsem se snažil adaptovat inovativní praxi otevřeného dialogu¹ (Putnam

¹ Otevřený dialog označuje humanistický a ne-hierarchický způsob práce, který se začal v 80. letech 20. století rozvíjet v oblasti Tornio ve Finsku v rámci psychiatrické péče. Jedná se jak o způsob organizace systému krizové pomoci, tak o specifický terapeutický přístup. V případech psychických (původně výhradně psychotických) krizí je mobilizována sociální síť dané osoby a zpravidla do 24 hodin se organizuje tzv. síťové setkání v místě bydliště. Setkání se vždy účastní minimálně dva „facilitátoři“ s průpravou v rodinné terapii. O všech krocích se vždy transparentně diskutuje přímo na setkání s klientem a jeho sociální sítí, terapeutický postup je tedy vždy specifický pro každou událost a může zahrnovat rozličné formy pomoci (edukace, farmakoterapie, různé formy psychoterapie, sociální práce, apod.). Z terapeutického hlediska je největší důraz kladen na vytváření dialogu ve smyslu mnohohlasosti / polyfonie (Bachtin, 1980) a na toleranci nejistoty. Klienti s psychotickými atakami, kteří se v oblasti Tornia setkali s tímto přístupem, vykazovali výsledky, které jsou až trojnásobně lepší než je obvyklé (viz např. Seikkula & Arnkil, 2013). Pro více informací o rozvoji otevřeného dialogu v Česku také viz Novák, Nepustil & Fukala (2021).

a Martindale, 2021; Seikkula a Arnkil, 2013) do práce s páry a rodinami, které bojují se závislostí. Tato oblast se mi nabízela už proto, že se věnuji tématu drog a závislosti jako sociální pracovník, psycholog a terapeut od samého začátku své profesní dráhy, a i když otevřený dialog byl původně vyvinut pro osoby v akutní atace psychózy, zdálo se mi, že je to způsob práce, který je zapotřebí i jinde.

Už jen samotný humanistický a demokratický rozměr otevřeného dialogu je dobrým důvodem pro zavedení tohoto přístupu do oblasti závislosti. Jak konstatuje mnoho autorů (Hart, 2013; Maté, 2020; Nepustil, 2014; Peele, 1989; Szalavitz, 2016), tato oblast je tradičně zaplavena paternalistickým a autoritativním postojem, který podporuje stigmatizaci, obviňování a re-traumatizaci. Lidé se závislostí jsou nejvíce stigmatizovanou skupinou v ČR (Prokop et al., 2019). Nesrozumitelnost jejich chování pro blízké okolí často vede k tomu, že jsou obviňováni ze sobectví, cynismu a jsou označováni za slabé nebo nedostatečně vyzrálé. Odborné postoje považující závislost za chronické onemocnění mozku tomuto stavu příliš nepomáhají, spíše ještě ke všem negativním hodnocením přidávají nálepku nezměnitelnosti. Podobným stigmatům musejí čelit lidé, kteří prožívají extrémní stavy označované jako psychóza. Úspěchy otevřeného dialogu v přístupu k této skupině klientů (Olson, Seikkula a Ziedonis, 2014) byly tak slibné, že aplikace tohoto přístupu v oblasti drog a závislosti se stalo takřka mým osobním posláním.

V roce 2013 jsem zahájil svou soukromou psychoterapeutickou praxi a v případech, kdy se na mě obraceli lidé s problémy se závislostí, jsem si začal všimát opakujících

se vzorce. Jeden z členů rodiny (nejčastěji matka nebo manželka) mi po telefonu sdělil, že o mně slyšeli jako o odborníkovi na závislosti a že by chtěli konzultovat něco, co se aktuálně v jejich rodině děje. Vždy jsem krátce vysvětlil, že pracuji terapeuticky a v souladu s dialogickou perspektivou, pro níž je zásadní zapojení rozličných perspektiv (Seikkula a Arnkil, 2013), jsem pozval celou rodinu, aby přišla na první setkání.

Setkali jsme se tedy v mé kanceláři a vedli terapeutický rozhovor. Plně jsem se nechával vést dialogickou perspektivou, tedy principy a vodítky dialogické praxe: mimo jiné jsem používal otevřené otázky k zahájení dialogu, nabízel odezvu, reflexe a povzbuzoval dialog se zapojením všech přítomných hlasů. Ale pak, většinou téměř na konci sezení, přišla od někoho z rodiny přímá otázka typu: „*Tak co si myslíte? Je opravdu závislý?*“ nebo „*Musím se jít léčit nebo to zvládnu sám?*“ anebo „*Je to opravdu tak, že se nemůže kontrolovat, že ho ta závislost ovládá?*“ případně „*Jak bychom měli reagovat jako rodiče?*“.

Cítil jsem, že tyto otázky jsou pro mé klienty zásadní, ale zároveň jsem věděl, že na ně nemohu nabídnout jednoznačnou odpověď. Tak jako u jiných komplexních problémů, se kterými se jako terapeuti setkáváme, je i u tohoto potřeba odpovědi spíše hledat ve spolupráci s rodinou a s pomocí přizvání různých perspektiv. Zprvu jsem se snažil nabídnout nezávazné a nezobecnitelné komentáře jako „*Připomíná mi to příběh ženy, kterou jsem znal ...*“ nebo „*Znám mnoho lidí, kteří se potýkali s podobnými problémy a překonali to, každý jiným způsobem ...*“. Minimálně ze tří důvodů mi to ale nevyhovovalo. Za prvé, měl

jsem dojem, že se tím vzdaluji od své role dialogického terapeuta a spíše se blížíím k roli odborného poradce. Za druhé jsem sledoval, že se tím proměňuje můj vztah s klienty. Chci nabízet přece jen zejména spolupráci a dialogický rozhovor, ve kterém mohou vzniknout nové neočekávané významy a možnosti (Anderson, 1997) a nechci být tolik tím, kdo ví nejlépe, co je pro klienty nejlepší. A za třetí, zkušenost mi ukázala, že moje odpovědi zpravidla klienty neuspokojí.

1.2 Otevřený dialog a recovery koučování

Na základě těchto zkušeností jsem se inspiroval přístupem otevřeného dialogu, kde se na tzv. síťových setkáních uskutečňují reflektující rozhovory mezi profesionály, v nichž mohou být uvedené praktické otázky řešeny jako relevantní diskusní témata. Je dokonce jedním z kritérií věrnosti otevřeného dialogu, že takové rozhovory na setkání probíhají, a k tomu je zapotřebí, aby zde byl přítomen víc než jeden terapeut (Olson, Seikkula a Ziedonis, 2014). V takovém uspořádání se pracovníci mohou mnohem lépe vypořádat s nejistotou způsobenou obtížnými situacemi a také mohou demonstrovat nejednoznačnost otázek mnohem jasněji, než když na ně odpovídá jeden člověk. Profesionálové mohou nabídnout různé pohledy, dokonce spolu nemusí souhlasit. Avšak já jsem byl ve své kanceláři sám a věděl jsem, že, chci-li v praxi provést hlubší změnu, takto pokračovat nemohu. Začal jsem tedy hledat společníky.

Shodou okolností bylo řešení blíž, než jsem si představoval. Díky svému dlouholetému zapojení do profesní komunity kolem drog a závislostí v České republice jsem byl

součástí týmu, který začal organizovat první výcvik v recovery koučování². Recovery koučové jsou lidé s prožitou zkušeností se závislostí, buď vlastní, nebo někoho ze svých blízkých, kteří pomáhají ostatním lidem, kteří mají podobné trápení (Bassuk et al., 2016; White a Kurtz, 2008). Jako jeden z lektorů jsem měl příležitost seznámit účastníky s dialogickým způsobem práce ve dvoudenním semináři a také jsem nabídl svou soukromou praxi jako místo pro stáže, kterých měli účastníci absolvovat minimálně 40 hodin. O tuto možnost se ucházely čtyři účastnice, a tak jsem získal zajímavé spolupracovnice pro rozvoj své dialogické praxe, a také výzkumný tým pro realizaci zde představovaného akčního výzkumu.

Já a čtyři účastnice výcviku / stážistky jsme se začali scházet jako výzkumný tým a postupně také na setkáních s klienty, při nichž jsem byl vždy já a jedna účastnice. Nejprve jsme se pokusili ujasnit si, čeho chceme tímto úsilím dosáhnout. Seznámil jsem je s mými výše uvedenými dilematy a také jsem byl zvědavý na jejich zájmy a otázky, které byly dány jejich zkušeností s profesionálními službami. V zásadě měly velký zájem vnést do setkání s lidmi, kteří potřeb-

² Koncept recovery koučování je úzce spjat s recovery hnutím (nebo také hnutím za zotavení), jehož vznik se datuje do 90. let 20. století a týká se jak oblasti závislostí, tak duševního zdraví obecně. V oblasti závislostí se koncept recovery (zotavení) vymezuje vůči přílišnému zaměření na abstinenci resp. střízlivost jako jedinou cestu k zotavení ze závislosti. Dle SAMHSA je zotavení „(...) proces změny vedoucí k lepšímu zdraví a životní pohodě, k sebeurčení a k plnému využití vlastního potenciálu.“ Recovery kouč je potom člověk, který zotavením sám prochází a nabízí podporu druhým, aniž by však prosazoval svou vlastní cestu jako tu nejlepší.

bují pomoc, více lidského spojení a osobních příběhů. Někteří z nich měli také určité obavy, například zda jsou dostatečně kvalifikovaní, co když lidem ublíží tím, co řeknou, nebo co když uslyší příběh, který s nimi bude silně rezonovat a budou nevědomky jednat podle svého vlastního příběhu než podle potřeb klientů.

1.3 Výzkumné otázky

Poté, co jsme podrobně probrali všechny tyto otázky, příležitosti a starosti, pokusili jsme se zformulovat některé počáteční otázky pro tento akční výzkumný projekt s představou, že se budou v průběhu procesu ještě dále vyvíjet. První otázka zněla:

VO1 Jak lze prožitou zkušenost se závislostí a uzdravením využít k obohacení dialogických setkání s páry a rodinami?

Tato otázka byla zaměřena hlavně na spolupráci mezi dvěma konzultanty – mnou jako hlavním terapeutem a stážistkou. Dohodli jsme se, že využijeme přístup otevřeného dialogu, který využívá konverzace mezi profesionály v průběhu sezení před klienty. Také jsme rozlišili dvě varianty této otázky:

VO1a Jak ovlivní přítomnost recovery kouče terapeutický vztah, zejména důvěru a bezpečí?

VO1b Jak přispěje přítomnost recovery kouče k zodpovězení konkrétních otázek týkajících se drog, závislosti a systému péče?

V týmu se také objevila velká zvědavost na to, jak budou klienti reagovat na přítomnost recovery kouče, jak přijmou tento způsob práce, jak budou reagovat na rozhovory mezi konzultanty a podobně. Naše druhá otázka byla tedy formulována následovně:

VO2 Jak budou klienti reagovat na konzultace s recovery koučem?

Na konci tohoto článku se k těmto otázkám vrátím a zmíním ještě několik dalších, které během projektu vystaly.

2. METODY

2.1 Účastníci výzkumu

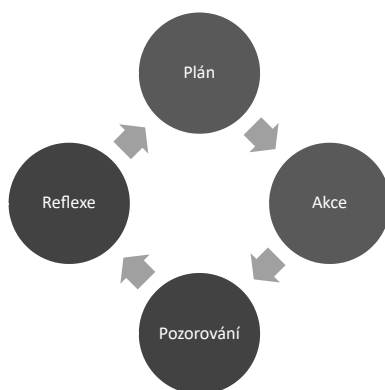
Hlavními účastníky tohoto akčního výzkumného projektu jsem byl já jako hlavní výzkumník a účastnice výcviku recovery koučování. Zde je náš seznam:

	Věk	Role / zkušenost
Pavel	40	Profesionální psychoterapeut, primární výzkumník
Sylva	40	Osobní zkušenost se závislostí na metamfetaminu, sociální pracovnice
Hanka	50	Rodinná zkušenost se závislostí na opiátech, absolventka psychologie
Martina	45	Rodinná zkušenost se závislostí na alkoholu, projektový manažer
Adéla	40	Osobní zkušenost se závislostí na opiátech a alkoholu, učitelka angličtiny

Stojí za to uvést, že tři účastnice z této skupiny byly mými bývalými klientkami v psychoterapii. Tuto skutečnost jsme od začátku otevřeně sdíleli přede všemi a reflektuji to i v závěrečné diskusi k tomuto příspěvku.

Recovery koučky měly jednak roli ko-terapeutek a jednak zástupkyň cílové populace, tedy lidí, kteří se potýkají s problémy se závislostí. Klienti nebyli zapojeni přímo do výzkumného procesu, ale jednotlivá sezení byla zaznamenávána a poté byli klienti požádáni, aby poskytli zpětnou vazbu. V této tabulce níže je uveden seznam rodin / párů, které se účastnily sezení:

zkumu, které se dají znázornit takto (Kemmis & McTaggart, 1988):



Klienti	Konzultanti	Počet setkání	Prezentovaný problém
Eva & Lubomír	Pavel & Sylva	1	Matka a syn, problémy s Lubomírovým užíváním pervitinu
Magda	Pavel & Sylva	8	Matka dcery užívající pervitin
Gabriela & Václav	Pavel & Hanka	1	Pár, problémy s Václavovým užíváním pervitinu
Nikol & Radek	Pavel & Matrina	1	Pár, problémy s Radkovým užíváním kokainu a pervitinu
Marcela & Jan	Pavel & Hanka	1	Pár, Jan na metadonové substituci, problémy s jeho užíváním pervitinu

2.2 Akční výzkum

Akční výzkum jako paradigma pro tvorbu nového vědění a zároveň působení změny při řešení lokálních problémů (Mendenhall & Doherty, 2005) sloužil jako hlavní východzí rámec naší studie. Přidrželi jsme se přitom klasického pojetí „cyklů“ akčního vý-

Po nastolení komunikativního prostoru (Wicks & Reason, 20009) a stanovení cílů našeho projektu jsme zahájili cyklický proces akčního výzkumu, kde jsme pravidelně přecházeli mezi prostorem pro reflexi a plánování na jedné straně a prostorem pro akci a pozorování na straně druhé. Prostor pro

reflexi a plánování se skládal ze setkání výzkumného týmu. Odehrála se tři takováto setkání – v červenci, září a listopadu 2019. Na každém z těchto setkání jsme reflektovali, co se do té doby stalo, a plánovali jsme další kroky. Z těchto setkání jsme pořizovali audiozáznam. Prostor pro akci a pozorování sestával ze setkání s klienty, na němž jsem byl vždy já a jeden účastník. V následujícím textu tento výzkumný proces stručně popíši.

2.3 První cyklus

1. cyklus začal „pilotním setkáním“ s rodinou, což znamená, že jsme s kolegyní Sylvou absolvovali jednu konzultaci s klienty ještě před prvním setkáním výzkumné skupiny. Byla to možnost získat počáteční zkušenost, kterou jsme pak mohli reflektovat při prvním setkání s ostatními členkami týmu. Měli jsme už s podobným typem setkání zkušenost z výcvikové situace, kde jsme byli oba v roli lektorů.

První setkání výzkumné skupiny se uskutečnilo v červenci 2019. Nabídl jsem týmu některé informace o otevřeném dialogu jako přístupu k terapeutickým setkáním. Všichni účastníci již absolvovali dvoudenní seminář s nácvikem schopnosti poskytovat odezvu a reflektovat. Se Sylvou jsme také nabídli shrnutí našeho prvního pilotního setkání. Účastníci chtěli mít ještě více praxe, a tak jsme se rozhodli využít část schůzky pro ukázkou konzultace, které se zúčastnili všichni účastníci. Nešlo o hraní rolí, protože jedna z účastnic byla ochotná využít konzultační prostor pro zabývání se vlastními osobními těžkostmi. Na základě těchto zkušeností jsme diskutovali o velice konkrétních tématech, tj. o tom, jak se představit na schůzkách, kdy mluvit, jak vědět,

co je vhodné říci, atd. Rozhodli jsme se, že tyto otázky se stanou součástí výzkumného procesu jako takového a formulovali jsme výše uvedené výzkumné otázky.

2.4 Druhý cyklus

Druhé setkání v září jsme využili takřka celé k tomu, abychom reflektovali předchozí zkušenosti a připravili se na další sezení s již naplánovanými klienty. Stejně jako na červencovém setkání jsme také vedli cvičnou konzultaci s účastníky jako způsob, jak si procvičit poskytování odezvy a reflektování. Byly naplánovány určité úpravy spolupráce s rodinami – jako například více času na konci sezení a objasnění rodinám, že je zpravidla zapotřebí počítat s více schůzkami.

2.5 Třetí cyklus se zpětnou vazbou od klienta

Třetí schůzku jsme použili k zamyšlení nad 2. cyklem, který byl podobný zářijovému setkání, ale konzultaci jsme nezkoušeli. Měli jsme dostatek materiálu, o kterém jsme mohli přemýšlet, a protože jsme věděli, že tato fáze projektu bude ukončena, načrtli jsme nějaké hrubé nápady pro možný budoucí projekt. Také jsme naplánovali třetí, závěrečnou akci. Po listopadové schůzce proběhlo ještě jedno setkání (Marcela & Jan, s Hankou jako terapeutkou), které bylo přepsáno a všichni čtyři účastníci byli požádáni, aby v přepisu identifikovali momenty, které považovali za nejvýznamnější. Společnou reflexí tohoto setkání byl ukončen třetí cyklus, a tím i celý proces akčního výzkumu.

3. VÝSLEDKY

V této části shrnuji některé praktické závěry, ke kterým jsme během procesu došli

na základě výzkumných otázek i nových otázek a nápadů pro další rozvoj projektu.

3.1 Otevřený dialog jako vhodný model pro zapojení „žité odbornosti“

Všechny recovery koučky byly seznámeny se základními myšlenkami otevřeného dialogu a ještě než se setkaly s klienty, měly možnost procvičit si základní dovednosti v poskytování odezvy a reflektování. U setkání s klienty jsme se dohodli, že způsob, jakým se kolegyne představí, stejně tak jako míra sebeodhalení (ve smyslu sdílení částí svého příběhu) bude ponechána na nich, aby se mohly rozhodnout v danou chvíli. Měly tedy možnost o svých osobních zkušenostech nemluvit, pokud by to necítily jako bezpečné. Mohly si také vybrat, zda se chtějí aktivně účastnit celého sezení, nebo chtějí být v „reflektující pozici“ a mluvit pouze na mé vyzvání. Všechny si vybraly možnost na začátku především poslouchat a pak se pokusit být aktivnější v druhé fázi.

Na začátku setkání se účastnice rozhodly představit každá odlišným způsobem, od minimalistického „Měla jsem divoký život, když mi bylo dvacet“, až po podrobný popis osobních problémů v minulosti. Avšak už na prvních sezeních všechny koučky postupně odhalovaly některé velmi osobní příběhy, většinou při reflektujícím rozhovoru s terapeutem nebo při odpovídání na přímé otázky klientů, jako v tomto úryvku ze sezení s klientem:

Sylva: *„Ten okamžik, který popisujete, když se stalo, že ona /Magdina dcera/ skutečně odešla, to mi připomíná situaci u mě doma, kdy jsem věděla, že je to nesnesitelné, že se vlastně chovám ... nepříjemně a že moji rodiče to museli vědět. To se mnou rozhodně nebylo v pořádku. A když mě*

nakonec odmítli, cítila jsem v tom trochu svobody. A vlastně jsem ráda svobodně brala drogy bez jejich zásahů. Jen pro sebe. Takže ve skutečnosti došlo k osvobození. Ale pak přišel okamžik, kdy jsem se k nim chtěla vrátit ... “

Rychlý přechod k otevřenosti mohl být podpořen významným a velmi viditelným zájmem klientů, který byl často také verbalizován. Toto je výňatek z momentu krátce po zahájení setkání s klienty Marcelou a Janem:

Jan (Hance): *„Jsem rád, že jste tady, protože to žijete čtyři roky..., abyste mohla pochopit její (jeho manželky Marcely) pocity, které jsou pro kohokoli z jejích přátel nepochopitelné, protože neexistuje jediný člověk v jejím okolí, který by byl silně závislý na tvrdých drogách. „*

Zajímavé je, že podobnost zkušeností mezi klienty a recovery koučkami potěšila nejen klienty, ale i koučky. Při reflexi této zkušenosti na setkání výzkumného týmu konstatovaly, že je příjemné sdílet osobní příběhy, protože cítí určitou podobnost. Současně ocenily bezpečný prostor, který tam byl vytvořen a jehož zajištění byla naše společná odpovědnost.

Stručně řečeno, otevřený dialog obsahuje několik prvků, které usnadňují sdílení vlastních osobních zkušeností. V první řadě je to požadavek, aby na schůzce byli dva terapeuti (nebo více). To umožňuje člověku s žitou zkušeností soustředit se zejména na reflektování skrze vlastní zkušenost. Za druhé, důraz na přítomný okamžik v otevřeném dialogu podporuje takový typ sebeodhalení, který není strategicky naplánován, ale je spíše spontánní potřebou něco osobního sdílet. A konečně, konverzace mezi konzultanty, kdy oba mluví na sebe

a nezapojují očima klienty, přirozeně vytváří bezpečnou platformu pro sdílení osobních témat. Tato konverzace mezi konzultanty nenutí klienty reagovat a umožňuje jim zůstat u jejich vnitřního dialogu, který může přinášet velmi zajímavá témata pro pokračování setkání.

3.2 Jiný druh spojení

„Jiný druh spojení“ jsou slova, která použila jedna členka týmu, Adéla, po tréninkové zkušenosti, kdy měla možnost prozkoumat své osobní téma se mnou jako terapeutem a další účastnicí Hankou jako ko-terapeutkou.

Adéla: *„Cítila jsem velkou harmonii. Myslím, že Hanka promluvila dvakrát nebo třikrát a slyšela věci, které jsem cítila, ale nikdy jsem je tak nepojmenovala, a ona je verbalizovala. Bylo úžasný zážít, že to slyší a rozumí tomu a pojmenovává to! Bylo to tak cenné. Je to taková kotva. Ty (k Pavlovi) jsi profesionál. Ale tohle je jiný druh spojení. Je to dobré.“*

Během terapeutických setkání se tato zkušenost opakovala. Klienti hovořili o úlevě, že jim někdo může rozumět „bez vysvětlování“, přičemž tyto komentáře zazněly poměrně brzy v rámci setkání, zpravidla po prvních reflexích recovery kouče. Nikol například komentovala reflexi Martiny v první polovině sezení, že je to poprvé v životě, kdy někdo opravdu rozumí tomu, co prožívá jako manželka někoho, kdo má problém se závislostí.

V případě Magdy, matky mladé dívky užívající metamfetamin, došlo k tomuto spojení o něco později. Nedokázala přijít s dcerou, i když se o to opakovaně pokoušela. Setkali jsme se tedy osmkrát pouze s ní samotnou. V prvním sezení se zdálo, že se

obrací téměř výlučně na mě, ale postupně začala Sylvě klást otázky a pak se na ni obracet i během rozhovoru. Dokonce ji pozvala, aby přišla na kávu do restaurace, kterou provozuje. Toto pomalejší napojení mohlo souviset se skutečností, že Sylva vyjadřovala svou empatii s Magdinou dcerou prostřednictvím své vlastní podobné zkušenosti, čemuž se Magda mohla zpočátku nevědomě bránit. Ale i když v pozdějších fázích začala Sylva vystupovat dokonce jako obhájkyne dcery, Magda s ní udržovala velmi silné spojení.

3.3 Přesunutí „identifikovaného klienta“ z centra pozornosti

Někdy klienti očekávali, že se jako terapeuti zaměříme pouze na osobu se závislostí a také že budeme směřovat pouze k budoucím krokům a k řešení problému. Radek například nečekal, že se budeme také zajímat o pocity jeho manželky Nikol a že pokud ona vyjádří smutek a vyčerpání z dění posledních dnů, budeme se tím zabývat. Byl to náročný okamžik, kdy se Radek snažil převzít otežbu setkání a moje ko-terapeutka Martina mi po skončení konzultace řekla, že cítí, že kdyby tam byla pouze sama s nimi dvěma, možná by ona a Nikol mohly být utlačeny Radkovou mužskou dominancí.

V jiném případě byl tento posun v zaměření spíše příjemný. Když jsme hovořili s Gabrielou a Václavem, Václav v jednom okamžiku řekl, že je příliš zahlcen tím, jak se věnujeme jemu a požádal nás, abychom „změnili téma“. Krátce jsme si promluvili s Hankou a poté jsme se začali více soustředit na prožívání Gabriely, takže Václav mohl pouze poslouchat. Poté nám sdělil, že se mu ulevilo.

3.4 „Normalizace“ obtížných problémů

Všichni klienti přišli na setkání se závažnými potížemi, o kterých pro ně bylo nesnadné hovořit. Zejména osobní kontakt s recovery koučkami přinesl určitou úlevu, že „v tom nejsme sami“. Jeden z účastníků si také všiml, že jsem jako terapeut také v této atmosféře mluvil více osobně. „*Mluvila jsem o svých zkušenostech, ale také Pavel mluvil o svých zkušenostech, nebyl tolik v roli profesionála. A oni na to reagovali velmi pozitivně.*“

Další kolegyně poznamenala, že to vyvolávalo dojem neformální konverzace mezi čtyřmi lidmi. Všiml jsem si však, že dávám pozor na to, abychom nesklouzli do obvyčejného popovídání, které nevěnuje pozornost odezvám a reflexím na výroky klientů, ale kdy lidé pouze chtějí říct, co je napadá, ať už je to cokoli. Reflektující konverzace mezi konzultanty se ukázala být dobrou prevencí těchto „uklouznutí“.

3.5 Dialogická odezva na konkrétní otázku klientů

Přítomnost recovery kouče často vede klienty ke konkrétním přímým otázkám, ať už na osobní zkušenosti, nebo na názor na určitá témata. Zde je však důležité zachovávat jistou opatrnost, protože může být snadné začít odpovídat a radit ještě předtím, než klienti dostanou příležitost přijít s vlastními odpověďmi, což by mělo být vždy prioritou. Hanka například uvedla, že se musela hlídat, aby se nenechala stáhnout tendencí nabízet odpovědi nebo zkušenosti příliš brzy. Následující úryvek potvrzuje, jak se toto „hlídání“ může vyplatit. Jde o příklad interakce, kdy se klient nejprve zeptal na názor recovery koučky (Hanky), ale poté, když Hanka neodpovídala, na otázku odpověděl

manžel. Ve zpětné vazbě označili oba klienti i oba terapeuti tuto pasáž jako jednu z nejvíce smysluplných z celého setkání:

Pavel (terapeut): *Tak eh... tak si říkám, kam teď směřovat ten rozhovor? Jestli vy máte nějaké konkrétní otázky, třeba, na které byste chtěli odpověď nebo navázat na něco, o čem....*

Marcela (klientka): *Eh... já nevím, jestli asi bych mohla jako s váma i (na Hanku), protože vy tu osobní zkušenost máte, jo. Protože já nevím jak se... a to jste možná i říkala, že to vlastně taky nevíte, jak se zachovat, ve chvíli, kdy se mi teda buď předává, anebo když zmizí na pět dnů jako.*

H (recovery koučka): *Hm...*

Pavel: *Hm.*

M: *Já to neřeším, protože stejně ho nemůžu hledat tady někde po České republice, to je asi úplně bezpředmětné, protože když bude chtít, tak se stejně schová, a nevím prostě jak se k tomu postavit. Protože když jsem se ho snažila kontaktovat, když zmizel na čtyři pět dnů, tak si mě zablokoval úplně všude. A pak mi říká, omlouvám se, jo, ale přijde mi zpráva: „potřebuju se předávkovat“, jo, a v tu chvíli máte strach, jestli to zvládne nebo nezvládne, protože ty myšlenky máte úplně jinde. Na práci se nemůžete soustředit, já jsem teda nemohla ani spát, já jsem si musela dávat léky, jo, a nevím, jak se k tomu postavit. Jestli to nechat, počkat až se vrátí, a pak se o tom pobavit? Nebo toho člověka vůbec kontaktovat? Protože podle mě je to zbytečné. Protože když je on v tom deliriu, v tom svém stavu, tak mu absolutně nezáleží podle mě na mé osobě. Nebo mi řekni /k Janovi/ jak to vidíš ty, jo.*

Jan (klient): *Nene, já si myslím, že tam závisí na té osobě, že ta osoba dává tomu člověku prostě najevo ty city, že „vrať se mi*

čekám na tebe“. Jo, že... že... protože když tam nepřijde žádný ten kontakt od ní, tak si člověk může v těch stíhách prostě, v tom nemocném mozku říct, že se prostě už na něho vykašlala, jo, a tím pádem zvýší tu intenzitu těch dávek, a ještě zrychlí, a není žádný bod, přes který nejde.

Pavel: To znamená... ta zpráva od Marcely, „vrať se domů čekám na tebe“ je něco co vám pomáhá v tom...

J: Určitě, je to taková... určitě mi to pomáhá, jo, protože vím, že prostě jí ubližuju, a ono to má svá stadia ten pervitin, protože ono to člověk po těch třech čtyřech dnech najednou se dostane do deprese, i když si to dá, a ono mu to všechno teď docvakne, že jako jak ublížil, jo, a v tu chvíli dokážu najít tu sílu se vrátit, no ale kdyby tam prostě nebyly nějaké znaky toho, že chce, ať se vrátím, tak bych to přestřelil něčím. Něčím no bych to přestřelil. (ticho).

Tato výměna, která se ukázala jako nejvýznamnější pro všechny účastníky, jasně ukazuje, že přítomnost kouče pro zotavení může pomoci při vyvolávání otázek, ale pak by měly být otázky zodpovězeny dialogickým způsobem, což znamená více pozorným nasloucháním než mluvením.

3.6 Organizace budoucích setkání

Vzhledem k tomu, že pro akční výzkum jsou důležitá nejen výzkumná zjištění přispívající k porozumění danému jevu, ale také konkrétní zlepšení, resp. nastolení žádoucích změn (Stringer a Aragón, 2020), výsledkem tohoto projektu byl také návrh designu možné spolupráce profesionálních terapeutů a recovery koučů při pomoci rodinám potýkajících se s potížemi s užíváním drog a závislostí. Po třetím, závěrečném, cyklu byla navržena následující zlepšení:

- Tým by měl být sestaven z více terapeutů a více recovery koučů, aby bylo možné rychleji a flexibilněji reagovat na poptávku klientů
- Tým by měl být mobilní: zejména by měl umožňovat organizaci setkání jinde než v terapeutickém prostoru, ideálně v domácnostech klientů
- Volající by se měl vždy dozvědět, že jedno setkání pravděpodobně nebude dostatečné, aby tak byly zmírněny případné naděje na okamžité řešení
- Rodina by měla mít k dispozici víc možností podpory, včetně například individuálních setkání mezi dialogickými sezeními
- Není nutné zapojovat na schůzky vždy stejné lidi (tj. jeden člen rodiny může přijít na schůzku sám, pokud ostatní nejsou k dispozici)

4. DISKUSE

Tento akční výzkum byl zahájen jako pokus prozkoumat možnosti zapojení recovery koučů do dialogických setkání s rodinami. Formulovali jsme tyto dvě otázky a dvě dílčí otázky:

VO1 Jak lze prožitou zkušenost se závislostí a uzdravením využít k obohacení dialogických setkání s páry a rodinami?

VO1a Jak ovlivní přítomnost recovery kouče terapeutický vztah, zejména důvěru a bezpečí?

VO1b Jak přispěje přítomnost recovery kouče k zodpovězení konkrétních otázek týkajících se drog, závislosti a systému péče?

VO2 Jak budou klienti reagovat na konzultace s recovery koučem?

Pokud jde o VO1, zjistili jsme, že přístup otevřeného dialogu vytváří velice užitečný

prostor pro zpřístupnění prožitých osobních zkušeností recovery koučů klientům a současně zajišťuje dostatek bezpečí pro recovery kouče, který má v rukou volbu, zda a co zveřejní. Konkrétními prvky otevřeného dialogu, které byly v tomto smyslu užitečné, byla zejména přítomnost dvou terapeutů na sezení, otevřená diskuse mezi terapeuty a zdůraznění přítomného okamžiku.

Tento přístup měl velký přínos zejména pro osoby, které na prvním místě nebyly „identifikovanými klienty“. Možnost mít někoho, kdo zažívá podobné problémy z vlastní perspektivy, nebo dokonce někoho, kdo podobným procesem prošel jako člen své rodiny a nyní žije dobrý život, byla verbalizována jako velmi cenná a uklidňující zkušenost. To také žádoucím a užitečným způsobem přesunulo pozornost od „identifikovaných klientů“.

Kombinace profesionálního terapeuta a recovery kouče umožnila také dialogické zodpovězení konkrétních praktických otázek. Objevilo se více možností. Některé otázky mohly být řešeny v diskusi mezi terapeuty, recovery kouč mohl nabídnout své zkušenosti s daným tématem, ale existovala také možnost nezačít na otázku odpovídat hned, ale naopak podpořit klienty, aby sami našli správné odpovědi. Přítomnost dvou terapeutů přinesla více možností pro zvládání nejistoty v těchto situacích.

Pokud jde o VO2, klienti vyjádřili spontánní vděk za to, že na schůzkách byly recovery koučky. Na jednom setkání například zaznělo, že je to poprvé v životě, kdy někdo opravdu rozumí jejich pocitům v jejich pozici. Také vědomí toho, že se recovery koučka dokázala vypořádat s velmi obtížnými životními problémy, mělo

smysl a přineslo klientům naději. Většina klientů také poskytla písemnou zpětnou vazbu na setkání a byla velmi pozitivní, včetně ocenění specifického stylu společné práce. Zde je výňatek z jednoho e-mailu se zpětnou vazbou od Gabriely, která byla na setkání s Václavem:

Gabriela: „Dobrý den, za nás oba můžu říct, že nám sezení s vámi opravdu pomohlo. Hlavní pomoc jsem viděla v tom, že před vámi jsme mohli mluvit normálně a klidně a nezvrhlo se to v hádku, jako když jsme tenhle problém řešili doma. Od vaší konzultace se u nás vše spravilo a Tomáš žije normálně bez drog. Jsme velmi spokojeni a mluvíme o tom, když má chuť a vždy to nějak zvládneme. Za nás byla návštěva u vás příjemná a dala nám hodně už jen proto, že jsme slyšeli, že jsou i jiní lidé, kteří to mají podobné jako my.“

Pro mě osobně existuje ještě další úroveň tohoto druhu spolupráce s recovery koučkami. Jak již bylo zmíněno dříve, tři ze čtyř účastnic byly mými bývalými klientkami. Po zkušenostech s tímto projektem to nevidím jako nevýhodu, ale spíše jako velký přínos. Měl jsem možnost s nimi vědomě a reflektovaně začít vytvářet nový vztah v našich nových identitách, vztah, který je nyní mnohem rovnocennější než vztah mezi terapeutem a klientem. Pro ně to byla možnost posunout se dál ve svém životě s pocitem bezpečí. Toto může být do budoucna zajímavá možnost i pro další klienty, kteří by se mohli stát ko-terapeuty na sezeních s lidmi, kteří řeší podobné problémy jako oni dříve. Znamená to benefit jak pro recovery kouče, tak pro klienty i pro terapeuta.

Tato studie měla hned několik omezení. Předně to byl výzkumný projekt velice malého rozsahu, který běžel relativně krátkou

dobu. Většina projektů akčního výzkumu trvá mnohem déle, aby cyklický proces mohl přinést bohatší porozumění. Také kontext byl velmi specifický. Skupina recovery koučů se již znala, většinou to byli moji bývalí klienti a také moji stážisté z výcviku recovery koučování. V tomto ohledu nemůžeme považovat zde uvedené závěry za dokončené, spíše za předběžné a spíše za odrazový můstek pro další projekt. Závěry také nemůžeme zobecnit. Můžeme je spíše považovat za platné pro konkrétní zúčastněné osoby. Přesto nám ukazují velmi zajímavý směr možných budoucích studií a možných výzkumných otázek.

Jedním z možných směrů budoucího zpracování by bylo použití tohoto stylu práce (dialogická spolupráce mezi profesionálním koučem a recovery koučem) v různých kontextech – například v krizových situacích nebo v sociální práci. Jak to udělat, aby to bylo pro klienty co nejpřínosnější? Odpověď na takovou otázku by vyžadovala ještě větší zapojení klientů. Další zajímavou oblastí výzkumu by mohl být vztah mezi profesionály a recovery kouči. Jak zajistit, aby tato spolupráce byla bezpečná, důvěryhodná a užitečná pro všechny? V této studii již byly bezpečné vztahy do velké míry vytvořeny předem.

V nejobecnějším slova smyslu tato studie také ukazuje užitečnost přinášení osobní zkušenosti terapeuta na sezení, což mohou být jak specifické náročné až extrémní zkušenosti jako u recovery kouček v této studii, ale možná to může být jakýkoli druh zkušenosti. Jedna z kolegyně si všimla, že jsem v těchto sezeních začal být otevřenější a osobnější ve srovnání s tím, jak mě zná z minulosti. To by tedy mohlo vést k otázce, zda bychom mohli být ještě otevřenější

ohledně své vlastní osobní zkušenosti bez ohledu na to, jakou roli v sezení aktuálně hrajeme. To je určitě jedna z podstatných oblastí, o které bychom se jako terapeuti mohli učit od recovery koučů i jiných peer pracovníků a jak bychom mohli těžit z úzké spolupráce s nimi. „Jiný druh spojení“ byla slova mé kolegyně, kterými popsala svůj vztah ke klientům. Myslím ale, že představená forma spolupráce ukazuje také „jiný druh spojení“ na úrovni týmové – mezi tzv. profesionály a tzv. laiky – které může přinášet jedinečnou a nadějnou podporu rodinám, které se potýkají se závažnými potížemi.

SEZNAM LITERATURY

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, 27(4), 371–393.
- Bachtin, M. (1980). *Román jako dialog*. Praha: Odeon.
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 63, 1–9.
- Hart, C. (2013). *High price: Drugs, neuroscience, and discovering myself*. Penguin UK.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Victoria: Deakin University.
- Maté, G. (2020). *V říši hladových duchů*. Praha: Peoplecomm.
- Mendenhall, T. J., & Doherty, W. J. (2005). Action research methods in family therapy. *Research methods in family therapy*, 100–118.
- Nepustil, P. (2014). *Bez léčby to jde: Proces*

- přestávání s pervitinem bez odborné pomoci.* Brno: MUNI Press.
- Novák, M., Nepustil, P., Fukala, J. (2021). Otevřený dialog v české sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca*, 6, 107–124.
- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction treatment out of control.* Lexington, MA: Lexington Books.
- Prokop, D., Tabery, P., Buchtík, M., Dvořák, M. & Pilnáček, M. (2019). *Rozdělení svobodou: Česká společnost po 30 letech.* Praha: Radioservis.
- Putnam, N., Martindale, B. (2021). *Open Dialogue for Psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning.* London: Routledge.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery.* Dostupné z: <https://store.samhsa.gov>
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítě klienta v psychosociální práci.* Brno: Narativ.
- Stringer, E.T., Aragón, A.O. (2020). *Action Research* 5th Edition. New York. SAGE.
- Szalavitz, M. (2016). *Unbroken brain: A revolutionary new way of understanding addiction.* St. Martin's Press.
- White, W. L., & Kurtz, E. (2008). *Linking Addiction Treatment & Communities of Recovery: A Primer for Addiction Counselors and Recovery Coaches.* Pittsburgh (PA): Northeast ATTC, the Addiction Technology Transfer Center Network.
- Wicks, P. G., & Reason, P. (2009). Initiating action research: Challenges and paradoxes of opening communicative space. *Action Research*, 7(3), 243–262.
- Došel do redakce 18. 8. 2021, v revidované verzi 15. 2. 2022. K publikaci přijat 16. 2. 2022.*

NA RIEŠENIE ZAMERANÉ EMDR

The Solution Focused EMDR

(Preložené a upravené z článku pre konferenciu EBTA 2012, Torun, Poľsko.)

¹Hana Vojtová, ²Hélène Dellucci

¹Súkromná prax, Trenčín, SK; e-mail: hanavojtova@gmail.com

²Centrum EMDR psychoterapie, Ženeva, CH; e-mail: helene.dellucci@bluewin.ch

Psychoterapie. 15 (3), 289–299; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Cieľom tohto článku je ukázať psychoterapeutický prístup, ktorý integruje na riešenie zameranú psychoterapiu (SFT) a EMDR (Desenzitizáciu a spracovanie pomocou očných pohybov) v liečbe komplexne traumatizovaných ľudí. EMDR je efektívnym prístupom v liečbe traumatických spomienok a ich následkov. Pôvodne sa skôr zameriava na problém a je najúčinnější pri jednoduchej traume. V práci s vážne traumatizovanými ľuďmi vytvárame flexibilný a zároveň štruktúrovaný terapeutický plán, v ktorom kombinujeme postoje a budovanie vzťahu podľa na riešenie zameraného prístupu s prispôbenými EMDR protokolmi. V našom článku urobíme prehľad SF modifikácií v štandardnom 8-fázovom EMDR postupe, a uvedieme EMDR Gear box (slov. EMDR protokol rýchlostných stupňov), ktorý vytvorila Hélène Dellucci.

Kľúčové slová: Na riešenie zameraná (SF) terapia, EMDR, psychotraumatológia, komplexná trauma.

ABSTRACT

The aim of this article is to demonstrate a therapeutic approach integrating Solution focused therapy (SFT) and Eye movement

desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of complex traumatized people. EMDR is an effective treatment approach for traumatic memories and its consequences. Originally, it seem to be rather problem-focused and its effectiveness is highest with simple trauma. In our work with severely traumatized people, we apply SF attitudes and ways of relationship building together with adjusted EMDR protocols to create a flexible, yet structured treatment plan. In this article, we go through all the eight phases of standard EMDR protocol highlighting our solution-focused modifications and introduce The EMDR Gear box, created by Hélène Dellucci.

Key words: Solution focused (SF) therapy, Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), psychotraumatology, complex trauma.

ÚVOD

EMDR – Desenzitizácia a spracovanie (zážitkov) pomocou očných pohybov (z angl. Eye movement desensitization and reprocessing) patrí k efektívnym psychoterapeutickým prístupom pre liečbu posttraumatických porúch u detí aj dospelých a je od-

porúčaná aj Svetovou zdravotníckou organizáciou (Bisson a Andrew, 2007; Gerger et al., 2014; WHO, 2013). V posledných rokoch sa postupne dostáva do povedomia odborníkov i laikov aj v našich krajinách, Slovenskej a Českej republike a obe krajiny sú už členmi Európskej asociácie pre EMDR, EMDREA (<https://emdr-europe.org>). Spolu s rastúcim záujmom o psychotraumatológiu všeobecne sa zvyšuje potreba efektívnych spôsobov terapeutickej práce s traumatizovanými klientami, ktorí neprofitujú z verbálnej terapie, a aj pre tých, pre ktorých je konfrontácia s traumou v rámci iných prístupov preťažujúca. EMDR navyše vychádza z predpokladu, že nielen veľké traumatické zážitky, ale aj iné nespracované skúsenosti môžu byť podkladom ťažkostí a spracovaním spomienky na pôvodnú skúsenosť a prípadných súvisiacich pamäťových sietí je možné obnoviť narušené psychické alebo psychosomatické zdravie (Shapiro, 2016; Shapiro, 2018). Vďaka tomu sa psychické zranenia môžu prepojiť so zdrojmi, zahojiť a stať zdrojom učenia a posttraumatického rastu.

Na riešenie zameraná terapia (z angl. solution focused therapy, SFT, De Shazer, 1982, 1985, 1988) bola tiež opakovane preukázaná ako efektívna (Corcoran a Pillai, 2007; Franklin et al., 2011; Gingerich a Eisengart, 2000; Kim, 2008; Stams et al. 2006). SFT zdôrazňuje význam budúcej perspektívy, nádeje a zodpovednosť terapeuta za to, aby pomohol ľuďom spojiť sa s ich vlastnými kompetenciami. Niektorí jej predstavitelia sa v posledných rokoch venujú špeciálne aj téme traumy (Froerer et al., 2018).

Aj keď sa to na prvý pohľad môže zdať prekvapivé, keďže EMDR sa zameriava na trau-

mu a problém, zjednoteniu týchto prístupov napomáha istá príbuznosť. Francine Shapiro objavila EMDR prostredníctvom na riešenie zameraného dopytovania. A predovšetkým, EMDR je postavené na presvedčení, že každá bytosť má vrozený systém adaptívneho spracovania informácií a úlohou terapeuta je naštartovať tento systém po tom, ako sa zablokoval v dôsledku preťažujúceho stresu (Shapiro, 2018). Pri spracovaní v EMDR nemá terapeut pochybovať o vlastných seba-úzdavných mechanizmoch klienta, ale naopak musí dôverovať procesu a „neprekážať“, nepridávať ani neuberať prirodzenému a individuálnemu priebehu spracovania klienta, ako je to len možné.

Hélène Dellucci kombinuje tieto prístupy od roku 2003. Jej EMDR Gear Box (EMDR protokol rýchlostných stupňov) (Dellucci, 2017) je zhrnutím jej prístupu pre komplexne traumatizovaných a disociatívnych klientov, ktorý je však uplatniteľný v podstate u všetkých ľudí hľadajúcich pomoc s nespracovanými zážitkami. Nasledujúci text objasňuje prepojenie EMDR a SFT a môže byť užitočný aj ako kúsok podkladov pre EMDR Gear box, alebo akýkoľvek rozširujúci pohľad na EMDR.

NA RIEŠENIE ZAMERANÝ METAMODEL

Keď používame SF model ako metamodel pre našu prácu, naše základné postoje vychádzajú z nasledovných princípov (De Shazer 1985; Franklin et al. 2011):

Postoj „nevedenia“: terapeut je expert na terapiu vo všeobecnosti; klient je expertom na svoj život a na to, čo mu funguje v jeho kontexte. Terapeut nevie vopred, čo bude pre ktorého človeka relevantné a kto-

ré riešenia mu najlepšie budú vyhovovať. Nevedieť je pre terapeuta nielen prípustné, ale aj realistické a čestné.

Orientácia na proces: terapeut je zodpovedný za proces tu a teraz na sedení: umožňuje dobré pracovné podmienky a bezpečný rámec.

Neopravujeme, čo nie je pokazené: klient je zodpovedný za obsah, ktorý otvára v terapii a za zmeny vo svojom živote. Toto si potrebujeme pripomínať obzvlášť pri závažne traumatizovaných ľuďoch, ktorí často do terapie neprinesú dôležité informácie vtedy, keď sa nám to zdá na mieste. Môžu pre to mať rôzne motívy, sme však presvedčení, že kým človek sám neprináša určitú tému do terapie, nie je pripravený ju spracovať.

Ak niečo nefunguje, robte niečo iné: Keď je klient voči niečomu kritický alebo neochotný, obvykle má vedome lebo nevedome inú alternatívu: „Čo by ste radšej robili namiesto toho? Máte iný nápad?“

Ak niečo funguje, robte toho viac: všetko, čo funguje, povzbudzujeme, ak je to pre klienta konštruktívne. Keď sa v terapii niečo darí, ľudia prirodzene majú chuť pokračovať.

Pre EMDR sme tieto SF princípy zhrnuli takto:

Začnite s tým, čo je najľahšie: zvyšuje to šancu na zázitok úspechu, ktorý buduje pocit sily a motiváciu napredovať. Potom je o to ľahšie „viesť (klienta) z pozície o krok za ním“, ako to formuloval Steve de Shazer.

Postupujte tak rýchlo, ako je to len možné a tak pomaly, ako je to nutné: Táto zásada je mottom štruktúrovaného postupu EMDR Gear box (Dellucci, 2010), usporiadaného tak, aby terapeuta bezpečne sprevádzal odstupňovanou náročnosťou

spracovania. Pri komplexnejších ťažkostiach je kľúčové správne nastaviť poradie tém na spracovanie a intenzitu expozície a zohľadniť všetky možné prekážky a obranné stratégie ako validné súčasti terapeutického procesu.

Náš celkový prístup v rámci na riešenie zameranej psychotraumatológie môžeme zhrnúť do princípu, podľa ktorého pracujeme systematicky so zdrojmi, klientovými kapacitami a riešeniami a na problémy a traumy sa zameriavame len vtedy, keď sa objavia. Neodvíjame plán terapie teda predovšetkým od traumatických skúseností, ale od želaných riešení a výsledkov a nakoľko je to možné, opierame sa o a smerujeme k spojeniu so sebou v hlbšej rovine, ktorá zostáva traumou nepoznačená.

JE MOŽNÉ POUŽÍVAŤ EMDR NA RIEŠENIE ZAMERANÝM SPÔSOBOM?

Na riešenie zameraný prístup máme ako základný terapeutický postoj a rámec, v ktorom využívame EMDR pre prácu s traumatizovanými ľuďmi. V súlade so SF odporúčaniami, ponechávame všetko, čo je z EMDR relevantné a meníme to, čo je nevyhnutné, aby sme vytvorili na riešenie zameraný spôsob používania EMDR.

EMDR sa rozvinulo na komplexný terapeutický prístup a disponuje precíznymi štandardizovanými postupmi a protokolmi (Maxfield a Hyer, 2002; Shapiro, 2018). Integruje postupy a metodiky z rôznych prístupov tak, aby maximalizovalo efekt pri spracovaní inak nedostupných traumatických a nespracovaných spomienok (Vojtová et al., 2012).

Základný protokol zahŕňa osem fáz. Na prvý pohľad môže byť trochu mäťúce, že 3.–7.

fáza sa odohrájú v podstate na jednom sedení spracovania spomienky. Prvé dve fázy predstavujú v rámci psychotraumatologického modelu stabilizáciu, 3.–6. spracovanie traumatickej spomienky a 5.–8. fáza integráciu (5.–6. fázu môžeme zaradiť niekedy do integrácie a niekedy do práce s traumou podľa toho, ako sa vyvíja spracovanie spomienky a jej aspektov). Osem fáz EMDR sú nasledovné: 1. Anamnéza, 2. Príprava, 3. Zhodnotenie (traumatického zážitku), 4. Desenzitizácia a spracovanie, 5. Inštalácia (pozitívneho presvedčenia o sebe), 6. Telový sken/test, 7. Záver (sedenia so spracovaním) a 8. Prehodnotenie; na nasledujúcom sedení skontrolujeme efekt predchádzajúceho spracovania (Shapiro, 2018).

Fázy od tretej po šiestu sú špecifické pre EMDR, ostatné sa podobajú iným prístupom. Krátko upozorníme na to, ako s jednotlivými fázami narábame v rámci SF prístupu.

BRUŽSKÝ MODEL A SF EMDR

Pri rámcovaní EMDR do SF prístupu, môže byť cenné inšpirovať sa Bružským modelom (podľa: Bruges, mesto v Belgicku; Isebaert, 2005; Isebaert a Cabié, 1997). V jeho rámci sa spomína niekoľko foriem vzťahu medzi pomáhajúcim a tým, kto pomoc vyhľadal, podľa miery jeho angažovanosti.

I. V prvom štádiu je terapeutický vzťah neangažovaný a klient nemá zakázku – nežiada od terapie nič. Býva to napr., ak bol poslaný treťou stranou, ak sa jeho pôvodná zakázka ukáže pre psychoterapiu nevhodná, alebo aj preťažujúca.

II. Do druhého štádia sa môže pomáhajúci vzťah vyvinúť, ak sa klient chce pustiť do práce, neverí však dostatočne vlastným kap-



Hana Vojtová

Klinická psychologička, psychoterapeutka, trénerka EMDR, prezidentka EMDR Slovensko, spoluzakladateľka a lektorka Slovenského inštitútu pre psychotraumatológiu a EMDR (SIPE). Prednáša pre SIPE (www.emdr-sipe.sk) najmä tematiku psychotraumatológie v Cechách a na Slovensku.

citám a spolieha sa viac na pomoc zvonku. Tu je v roli „zákazníka“, ktorý prichádza s problémom a očakáva, že predovšetkým terapeut bude aktívny v jeho riešení.

III. Na treťom stupni už spolupracujeme v ko-terapeutickom vzťahu s kompetentným človekom, ktorý dokáže usmerňovať terapeutický proces podľa svojich potrieb a dobre informovaných rozhodnutí.

Ak sme v EMDR terapii nastavení na rýchle a čo najpriamejšie zameranie na spracovanie problémových spomienok, automaticky predpokladáme, že pracujeme s klientom v III. štádiu.

Lahko prehliadneme, že klienti sa môžu prirodzene nachádzať v ktoromkoľvek štádiu podľa vonkajších i vnútorných okolností, ktoré ich do terapie priviedli. Ak to nevezmeme do úvahy, dostaneme sa ľahko – a zbytočne – do opakovaných zápasov o vedenie terapeutického procesu a mohli by sme mať tendenciu pripisovať klientovi

sklony k odporu. Pritom má zmysel urobiť tému terapeutickej aliancie explicitnou a spoločne hľadať možnosti, ako pracovať čo najzmysluplnejšie v rámci daného štádia a ako sa prípadne posúvať do ďalšieho.

Obzvlášť v psychotraumatológii sa človek musí cítiť v prvom rade v bezpečí v terapeutickom vzťahu, aby sa mohol zapojiť do práce na spracovaní traumy. Kým nie je terapeutický vzťah stabilne spoľahlivý, súcitný a s primeranými hranicami, kým sa klient necíti uznaný a pochopený, prvé štádium je preňho najlepším útočiskom. Rovnako vyhýbanie sa (ktoré býva niekedy nespravodlivo chápané ako odpor) je kľúčovým zdrojom prežitia, až do chvíle, keď klient a jeho terapeut nie sú pripravení uniesť klientove neznesiteľné minulé skúsenosti.

Keď existuje bezpečný terapeutický vzťah, ďalším krokom je zvýšiť klientove uvedomenie vlastných zdrojov, aby dokázal fungovať autonómne. Terapeut tak zblízka nasvecuje všetko, čo sa klientovi podarilo; ako dokázal, že sa veci nezhoršili, ako urobil zmeny a ako sa približuje k svojim cieľom. Zároveň v klientovi povzbudzuje dôveru vo vlastné samo-liečivé kapacity jeho nervovej sústavy, ktorá s vhodnou terapeutovou asistenciou dokáže dokončiť spracovanie preťažujúcich skúseností.

1. Fáza: Anamnéza

V prvej fáze EMDR vyhodnocujeme klientovo fungovanie a preskúmavame mapu tráum, aby sme stanovili rozsah traumatizácie, vybrali spomienky na spracovanie (do slov. prekladáme ako fokusy) a určili ich poradie v tzv. pláne poradia fokusov.

V rámci SF prístupu v EMDR sa zameriavame aj na kompetencie a zdroje klienta, aj

jeho blízkych. Z nášho pohľadu platí, že ak ľudia prežili, ich kapacity musia prevažovať ich zranenia. Zriedka si ich však uvedomujú a preto je úlohou terapeuta urobiť ich explicitnými.

Celkovo v tejto fáze spolu s klientom stanovujeme ciele, hľadáme výnimky, využijeme škálovanie a podrobne preskúmavame doterajšie pozitívne zvládanie a predpoklady pre resilienciu spolu s prániami, ktoré majú pre svoju budúcnosť.

Kladíme tiež veľký dôraz na klientove rozhodnutia ohľadne rytmu, aj obsahov a smerovania terapie a dávame väčší priestor jeho možnostiam voľby o tom, ktoré fokusy budeme spracovávať a v akom poradí.

2. fáza: príprava

Ako naznačuje názov, v tejto fáze ide o prípravu na samotné jadro EMDR terapie – spracovanie traumatickej spomienky. To zahŕňa psychoedukáciu a (znovu)nadobudnutie kontroly na vlastným prežívaním. Ak sa riadime len najstručnejším postupom bežného EMDR protokolu, vysvetlíme klientovi „zamrznutý“ charakter traumatickej spomienky, proces a efekt EMDR a zacvičíme ho do štandardnej imaginácie bezpečného miesta. To môže zabrať jedno celé alebo len časť sedenia. Na druhej strane existuje veľa klientov, pre ktorých to nestačí a u ktorých zmysluplná a efektívna príprava znamená prácu na mnoho sedení. Pri SF EMDR podrobne preskúmame všetko, čo dokázal klient zvládať, keď mu bolo ťažko, ako sa dokázal upokojiť a inak regulovať, ako funguje ko-regulácia vo vzťahu s inými.

Veľké množstvo stabilizačných techník Hélène Dellucci usporiadala do hierarchie od uzemňujúcich cvičení, cez kontejnovanie (imaginácia trezora), sebaupokojujúce

cvičenia so zameraním pozornosti na bezpečnú prítomnosť tu a teraz, a ďalšie, využívajúce imaginácie bezpečného miesta a pomáhajúcich bytostí. Táto štruktúra riešpektuje postupnosť zdola nahor (angl. bottom-up), kde sa najprv potrebujeme postarať o fyziologickú pohodu a bezpečie, potom posilniť afektívnu toleranciu a až potom sa môžeme obracať na frontálny kortex, ktorý má na starosti kognitívne procesy, plánovanie a ktorý reaguje na racionálne dôvodenie a najlepšie podlieha vôľovej kontrole.

Špecifikom EMDR je, že pri použití väčšiny stabilizačných techník môžeme ich účinnosť zvýšiť doplnením o bilaterálnu stimuláciu. Ak ju klient dobre toleruje, jeho emocionálna stabilita a zároveň stabilita a rozsah jeho zdrojových, adaptívnych neuronálnych sietí sa tým utvrdzuje a rozvíja.

Počas celého terapeutického procesu používame psychoedukáciu ako efektívny stabilizačný nástroj. Starostlivo zvažujeme, kedy a akým spôsobom sa s klientom delíme o naše pochopenie a informácie a necháme ho validizovať a vybrať si pre seba relevantné časti. Čím lepšie klienti rozumejú, čím viac cítia, že ich chápeme a že ich skúsenosť nie je nezrozumiteľná, bláznivá alebo ojedinelá, tým viac sa môžu cítiť posilnení a že získavajú kontrolu nad svojím životom. Tým viac sa stávajú spolupracovníkmi a tvorivými a iniciatívnymi partnermi v terapeutickom dialógu.

3.–7. fáza

Tieto fázy môžu začať, keď sme naplnili ciele predchádzajúcich dvoch a klient je pripravený začať konfrontáciu s traumou tak, ako je to pre EMDR špecifické. Prebiehajú všetky na jednom sedení, ak sa spomienku podarí spracovať úplne. 7. fáza stanovuje

tiež spôsob ukončenia sedenia v prípade nedokončeného spracovania. Tretia až šiesta fáza sú zamerané na modifikáciu dysfunkčne uloženej spomienky. Terapeutická rekonsolidácia spomienky si vyžaduje jej oživenie v kontexte, ktorý umožní jej prepojenie s adaptívnymi sieťami. Tretia fáza pamäťovú sieť aktivuje a nasledujúce fázy ju zmenia tak, aby sa úspešne zavŕšilo zablokované učenie (Vojtová 2017; Vojtová a Hašto 2009). Výsledkom je, že sa traumatická spomienka zmení na „normálnu“ a uloží sa v novej podobe: bez prílišnej emočnej záťaže, ucelená a začlenená zmysluplne do kontextu životného príbehu.

V rámci EMDR terapie sa kladie veľký dôraz na presné nasledovanie protokolu, ktorý detailne upravuje všetky intervencie v týchto fázach, jednotlivé otázky aj vstupy terapeuta. BLS poskytovaná terapeutom v tzv. setoch (v priemere 30–60 sekúnd) sa tu používa na facilitáciu voľných asociácií a hlavnou inštrukciou pre klienta je nechať spontánne plynúť, čokoľvek sa vynára a len pozorovať mentálne obsahy, bez zasahovania a hodnotenia; potom to v pauze medzi setmi BLS úprimne zdieľať s terapeutom.

Aj klasické EMDR je pri samotnom spracovaní (4.fáza) v zásade nedirektívne a terapeuti sa učia nezasahovať do prirodzeného procesu. Rozhovory medzi setmi BLS majú byť čo najkratšie, aby nevyvádzali klienta z vnútorného procesu a nebrzdili spontánne asociovanie. Niekedy je jednou z hlavných úloh výcviku v EMDR odúčať sa interpretáciám, navádzajúcim otázkam ale aj reflektovaniu a nadbytočnému dopytovaniu sa počas tejto fázy práce.

Čím komplexnejšia je trauma a čím viac ide aj o vývinové deficity, tým aktívnejšie potrebuje terapeut v procese asistovať klien-

**Hélène
Dellucci**



Psychologička, psychoterapeutka, trénerka EMDR a SFT. Žije a pracuje vo Švajčiarsku, prednáša v Európe a vo svete, o.i. na Lorraine University vo Francúzsku a Latrobe University v Austrálii. Je autorkou EMDR protokolu listov, EMDR Gear boxu a dvoj-osového terapeutického prístupu pre komplexnú traum.

tovi, aby posúval proces cez zablokované miesta. Aj tu sa však intervencie majú striktne držať samotného klientovho procesu, čo najviac vychádzať z jeho vlastných zdrojov a byť stručné. Ideálne je, ak postavia rýchly most medzi traumatickou sieťou, v ktorej sa klient „zamotal“ a adaptívnou sieťou, ktorú sme predvídavo vybudovali v druhej fáze. Tiež je to vždy len klient sám, ktorý môže ponúknuté nápady prijať a zintegrovat do svojho procesu, alebo ignorovať, či nahradiť lepším variantom. Používame kognitívne, imaginatívne alebo somatické intervencie, posledné často na spojenie klienta s vlastným telom a prítomnosťou tu a teraz.

SF prístup preto do týchto fáz vnáša len pár zmien. Najmä väčšiu slobodu v upravovaní presne definovaných inštrukcií protokolu, čo otvára možnosť, aby efektívnosť každej intervencie validizoval klient v spolupráci s terapeutom a ich spoločná skúsenosť. V 3. fáze to znamená vynechanie nie-

ktorých častí dopytovania sa na spomienku (napr. negatívneho a pozitívneho presvedčenia) v špecifických prípadoch, ako je resetovanie emócií alebo pri práci s ranými vpečateniami (Gear Box, Dellucci, 2017).

V 4. fáze sa SF dôraz na rozvíjanie pozitívneho riešenia môže prejavovať v tom, že na rozdiel od štandardného postupu necháme adaptívne asociácie na konci asociačného reťazca pokračovať dlhšie ako 2 sety. Tým, že rozvíjame spojenie aj s pozitívnou skúsenosťou, dávame klientovi čas na oddych, rešpektujeme jeho tempo a umožňujeme mu zažiť úspech a spokojnosť aj pri konfrontácii s bolesťou. Toto môže byť obzvlášť cenné pri komplexne traumatizovaných klientoch, ktorí majú veľmi málo radostných a dobre končiacich skúseností. Často sa klienti k pôvodnej spomienke vrátia spontánne, keď sú pripravení.

Vo všeobecnosti sa tu snažíme do najväčšej možnej miery pridržiavať štandardného postupu, ktorého efektívnosť je najlepšie výskumne overená.

8. fáza: Prehodnotenie

Na nasledujúcom sedení overujeme efekt spracovania a rozhodujeme sa o ďalšom postupe. SF perspektíva sa tu prejaví na preskúmaní zmien veľmi konkrétne a ako pod lupou, dôrazom na klientove kompetencie a zvyšovanie jeho uvedomenia a autonómie a záujmom o reakcie okolia..

TERAPEUTICKÝ PLÁN: TROJVETVOVÝ PRÍSTUP

Štandardný postup podľa Francine Shapiro (2018; angl. three pronged approach) sa vetví do minulosti, prítomnosti a budúcnosti, presne v tomto poradí. Najskôr spracovávame pôvodnú, kľúčovú spomienku,

ktorá dala vzniknúť traumatickej neuronálnej sieti a ostatné zaťažujúce spomienky z minulosti. Potom sa spracúvajú súčasné spúšťače, ktoré môžu kvôli sekundárnemu podmieňovaniu pretrvávať napriek tomu, že pôvodná spomienka už nie je zaťažujúca. A napokon sa inštaluje pozitívny, želaný scenár do budúcnosti, ako by klient chcel podobnú situáciu zvládnuť. Až potom je trauma považovaná za plne rozriešenú a terapeutický proces za dokončený.

Základným predpokladom tu je, že zameranie na kľúčovú spomienku je najrýchlejší spôsob, ako sa dostať do jadra problému a jej spracovanie bude mať neutralizujúci efekt aj na asociované neuronálne siete a na redukciu symptomatiky. Pri jednoduchej PTSP a niektorých vysoko funkčných ľudí s komplexnou PTSP to býva skutočne najúspešnejší postup. Pri ťažšie traumatizovaných ľuďoch však môže viesť k destabilizácii až retraumatizácii, v lepšom prípade k blokom a komplikáciám pri spracovaní. Aby bolo možné EMDR bezpečne používať aj u tejto skupiny, vzniklo množstvo stratégií od oscilačných techník (Fine a Berkowitz, 2001; Knipe, 2009; Levine, 1997; Twombly, 2000), cez obrátený protokol (Hofmann, 2005), resetovanie emócií (O'Shea, 2009) a spracovanie raných vpečatení (O'Shea, 2009), až po protokol EMDR listov (Dellucci, 2009). Integráciou všetkých týchto modifikácií vytvorila Héléne Dellucci tzv. EMDR Gear Box (2010, 2017).

EMDR PROTOKOL RÝCHLOSTNÝCH STUPŇOV (THE GEAR BOX)

Héléne Dellucci sa vždy snažila prispôbiť na riešenie zamerané EMDR rôznym, najmä ťažko traumatizovaným klien-

tom tak, aby bolo maximálne nápomocné a pritom bezpečné. Rôzne EMDR protokoly skombinovala tak, aby vytvorila integratívny štruktúrovaný postup, ktorý sa dá aplikovať na riešenie zameraným spôsobom. Terapeutom umožňuje reagovať flexibilne a pritom predvídateľne na terapeutický proces, rešpektujúc klientove tempo, schopnosti a motiváciu. Opiera sa o dva základné princípy: „začnite s tým, čo je najľahšie“ a postupujte „tak rýchlo, ako sa len dá, ale spomaľte, ak je to nevyhnutné“ (angl. „as quickly as possible, as slowly as necessary“). Zahŕňa aj všetky vyššie uvedené SF úpravy v EMDR.

Héléne nazvala výsledný protokol The Gear Box (2010). Názov sa trochu nešikovne prekladá do našich jazykov, používame napr. termín „protokol rýchlostných stupňov“, keďže doslovný preklad, „prevodovka“, by bol skôr máľuci a naozaj nezní dobre. Názov protokolu naznačuje, že pre konfrontáciu klienta s nespracovaným materiálom používame rôzne stupne rýchlosti tak, aby bol záťaž vystavený postupne a kontrolovane. Po stabilizácii (stupeň 0) začíname desenzitizáciou obáv z budúcnosti (stupeň 1) bez toho, aby sme sa dotkli traumatických spomienok. Tento krok značne zlepši kvalitu každodenného života a motivuje klienta spolupracovať v terapeutickom tíme. Ďalším stupňom (2) je práca s problematickými emóciami, ktorá zvýši afektívnu toleranciu a spracovanie raných vpečatení (stupeň 3), t.j. implicitných preverbálnych spomienok z prenatálneho, perinatálneho a postnatálneho obdobia približne do 3. roku života. Výsledkom býva koherentnejší pocit seba a lepšie ukotvenie vo vlastnom živote a tele, prípadne zmierňovanie disociatívnych tendencií. Až po spracovaní

covaní prítomných spúšťačov (stupeň 4) sa dostávame ku konfrontácii s minulými traumatickými zážitkami (stupeň 5), ktoré sú v klasickom EMDR protokole prvými fokusmi. Predpokladáme totiž, že nároky na emocionálnu reguláciu a integratívnu kapacitu sú tu vyššie než pri všetkých ostatných témach.

Protokol listov je tiež súčasťou Gear boxu, nezaradenou do žiadnej konkrétnej rýchlosti. Vznikol na riešenie zameraným spôsobom, keď klientka požiadala Héléne o rýchle spracovanie veľmi komplexných traumatických skúseností pochádzajúcich z niekoľkých významných vzťahov. Keďže Héléne v tej dobe nepoznala účinnú skratku, klientka jej navrhla spracovanie listov, ktoré pre ňu boli dobrým nástrojom a Héléne dokázala vytvoriť protokol, ktorý kombinoval tento tradičný terapeutický nástroj s EMDR. Protokol listov je zrejme najkrajšou integráciou EMDR a SF prístupu a v rámci Gear Boxu je označený ako žolík, pretože je uplatniteľný v ktoromkoľvek štádiu. Pôvodne je určený predovšetkým na spracovanie nedokončených záležitostí vo vzťahoch, ale ukázal sa ako veľmi cenný aj pri oslovení transgeneračnej traumy alebo facilitácii kontaktu s disociatívnymi časťami. Predprípravu písaním listu, resp. textu ako podkladu pre spracovanie, môžeme dokonca využiť kedykoľvek potrebujeme pomôcť klientovi urobiť následný proces spracovania pomocou BLS lepšie štruktúrovaným a predvídateľným.

Prechod jednotlivými stupňami uplatňujeme v rámci celkového plánovania terapie, ale aj ako vodítko, ktoré nás krok za krokom bezpečne priblíži ku konkrétnym fokusom. Vďaka tomuto odstupňovanému na riešenie zameranému postupu, kde si priebežne

overujeme a prispôsobujeme sa zvládacím kapacitám klienta a distress môžeme jemne titrovať, sa EMDR dá použiť spoľahlivo aj pre klientov s najťažšími posttraumatickými a disociatívnymi poruchami.

ZÁVER

V tomto krátkom prehľade štandardného EMDR protokolu a hlavných princípov SF terapie sme sa pokúsili objasniť postupy schodné pre komplexne traumatizovaných ľudí. Tým najdôležitejším tu nie sú jednotlivé protokoly a techniky, ale zachovanie na riešenie zameraného prístupu a postojov, ktoré klientom dávajú zažiť vzťah a proces zásadne kontrastujúci s ich traumatickými skúsenosťami. Cieľom je nielen spracovanie nespracovaných spomienok, ale aj obnovenie dôvery v seba, iných ľudí a svet, spojenie so sebou a s inými a objavenie vlastnej dôstojnosti a sily cez prežívanie súladu s vlastnými existenciálnymi hodnotami a možnosti ovplyvniť seba a svoju cestu v živote.

Rola autoriek:

HD vyformovala prístup SF EMDR a napísala podstatnú časť článku pre konferenciu EBTA (2012), HV upravila a doplnila text (2012) a preložila, upravila a doplnila článok (2021). Obe autorky využívajú SF EMDR prístup v psychoterapeutickej praxi.

Bez konfliktu záujmov.

LITERATÚRA:

- Bisson, J., Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (3).
- Corcoran, J., Pillai, V. (2007). A review of the

- research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 10, 1–9.
- Dellucci, H. (2009). The Letters Protocol. *EMDR Europe Association Conference*, Amsterdam.
- Dellucci, H. (2010). No matter how slow you go, as long as you don't stop: a 6 gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma. *EMDR Europe Association Conference*, Hamburg, *EMDR Asian Association conference*, Bali.
- Dellucci, H. (2017). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M. J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J. A., Silvestre, M., Zimmermann, E. *Pratique de la Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*. Paris: Dunod.
- De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford Press.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- Fine, C. G., Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 275–290.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Gingerich, W. J. (Ed.). (2011). *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. Oxford University Press.
- Froerer, A. S., von Cizifra-Bergs, J., Kim, J. S., Connie, E. E. (Ed.). (2018). *Solution-Focused Brief Therapy with Clients Managing Trauma*. Oxford University Press.
- Gerger, H., Munder T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P., Barth J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 44(15), 3151–3164.
- Gingerich, W. J., Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477–498.
- Isebaert L., Cabié M. C., (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Thieme Verlag.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107–116.
- Kluft, R. P. (1998). Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90–98.
- Knipe, J. (2009). The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M., *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols – Special Populations*. New York: Springer.
- Korn, D. L., Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (12), 1465–1487.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books.
- Maxfield, L., Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23–41.
- O'Shea, M. K. (2009). EMDR Friendly preparation methods for adults and children. In: Shapiro R. (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. New York: Norton.

- O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In : R.Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. New York: Norton.
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action, *Frontiers in Psychology*, 9, 1395.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guildford Press.
- Shapiro, F. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. Basic Books.
- Shapiro, F. (2016). *Jak se zbavit minulosti*. Olomouc: Anag.
- Stams., G. J. J., Dekovic, M., Buist, K., de Vries, L. (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie. Een meta-analyse. [Efficacy of solution-focused brief therapy. A meta-analysis.] *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)* 39, 81–94.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61–81.
- Vojtová, H., Bob P., Ptáček R. (2012). Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů (EMDR) – psychologické a neurobiologické souvislosti terapie posttraumatické stresové poruchy. *Československá psychologie*, 56(5), 463–472.
- Vojtová H., Hašto J. (2009). Neurobiology of Eye movement desensitization and reprocessing. *Activitas Nervosa Superior*, 51(3), 98–102.
- Vojtová, H. (2017). EMDR v psychoterapii traumy. Stretnutie neurovied a psychoterapie. *Psychoterapie*, 11(2). Získáno z <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/9726>
- WHO (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Ženeva: World Health Organization.

Došel do redakce 7. 9. 2021, v revidované verzi 2. 2. 2022. K publikaci přijat 9. 2. 2022.

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ŘEŠENÍ PŘI PRÁCI S RODINAMI V KONFLIKTU: KAZUISTIKA

Solution-focused therapy with high conflict families: case report

Patrik Dráb¹, Leoš Zatloukal²

¹Archa pro rodiny s dětmi, Resslova 12, 30100 Plzeň, CZ;

Diakonická akademie, s.r.o., Belgická 22, 12000 Praha, CZ; e-mail: drab.patrik@gmail.com

²Univerzita Palackého v Olomouci – CMTF, Institut Dalet, Olomouc, CZ;

e-mail: leos.zatloukal@dalet.cz

Psychoterapie. 15 (3), 300–311; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Tento článek nabízí nahlédnutí do procesu změny rodiny potýkající se s častými konflikty a neshodami. Terapie probíhá v rámci sociální služby a rodina se ke spolupráci dostává díky předběžnému opatření v rámci soudního řízení. Terapeut pracující s rodinou staví na principech a technikách terapie zaměřené na řešení. Text nabízí teoretické principy terapie zaměřené na řešení, kazuistiku a přepisy, kterými jsou jednotlivá filosofická východiska ilustrována.

Klíčová slova: terapie zaměřená na řešení, konflikt, nedobrovolný klient, rodina.

ABSTRACT:

This article offers insights into the process of change of family suffering from frequent conflicts and disagreements. Therapy of family takes place in the context of social services. The family enters the service on a basis of a precautionary measure stated by family court. The therapist in this case is following the principles of solution-focused therapy. This article offers case reports, showing basic principles of SF therapy illustrated by example transcriptions of conversations.

Key words: solution-focused therapy, conflict, involuntary client, family.

Terapie zaměřená na řešení patří mezi postmoderní či systemické přístupy, jejichž kořeny z velké části leží v rodinné terapii (Becvar & Becvar, 2012; Tarragona, 2008; von Schlippe & Schweitzer, 2001). Proto se přirozeně využívá nejen při práci s jednotlivci, ale i při práci s páry a rodinami (Berg, 2013; de Shazer et al., 2011; Iveson, 2003; Lipchik & Kubicki, 1996; Nelson, 2018; Stith et al., 2011). Insoo Kim Berg, která je spolu se Stevem de Shazerem považována za autorku tohoto přístupu, vnímá jako základní specifikum tohoto přístupu pojetí změny (Berg, 2013). Přístupy vycházející z tradice rodinné terapie opouštějí představu klientů jako izolovaných jednotek, ale vnímají je jako součást systémů (Becvar & Becvar, 2012; Carr, 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2012). Systémy lze chápat jako soubory prvků, které jsou v interakci a které vytvářejí díky vzájemnému propojení novou kvalitu (Capra & Luisi, 2016; Ludewig, 1994; Nelson, 2018). Hranice definující systém nejsou dané, ale jsou dílem pozorovatele (Ludewig, 1994). V post-

moderních přístupech převládá snaha zahrnovat do systému nejen klienta, jeho blízké a další významné aktéry, ale i terapeuta samotného. V rámci cirkulární kauzality je neudržitelná představa jasně definovatelných příčin problémů, které by bylo možné odstraňovat či napravovat (Watzlawick et al., 2000). Systém rovněž nelze jednostranně „instruovat“ jednou jeho částí (Efran et al., 1990; Keeney & Keeney, 2012) a díky vzájemnému propojení částí systému lze pracovat s malými změnami, které vedou k dalším změnám (tzv. efekt vlnění) (de Shazer, 2017).

Na rozdíl od systemických přístupů, které uvažují v pojmech udržování homeostázy, se terapie zaměřená na řešení primárně soustředí na procesy změny. Svě teorie formuluje nikoli se zřetelem na to, jaké systémy jsou (stabilita, vznik a udržování patologie), ale jak se systémy mění (Berg, 2013; de Shazer, 1982; Korman et al., 2020). Terapeuti se zaměřují na rozvíjení preferované budoucnosti, věnují pozornost výjimkám a změnám před prvním sezením i mezi sezeními (tedy drobným žádoucím změnám, které již nastaly), sledování pokroku např. pomocí škál či propojování perspektiv členů rodiny na sezení (Berg, 2013; Berg & de Shazer, 1993; de Shazer, 2017; George et al., 1999; Ziegler & Hiller, 2001). Hlavním poznávacím znamením terapie zaměřené na řešení však nejsou techniky, ale spíše základní principy (de Shazer et al., 2011):

- Nespravovat, co není rozbité
- Když něco funguje, dělat toho víc (umět využívat zdroje, které jsou k dispozici)
- Když něco nefunguje, dělat něco jiného (umět tvořivě experimentovat)
- Malé krůčky mohou vést k velkým změnám

(umět pracovat s dynamikou systémů, včetně „efektu vlnění“)

- Řešení se nutně nemusí vztahovat k problému (umět rozvíjet něco nového místo odstraňování problémů)
- Jazyk rozvíjení řešení je odlišný od jazyka potřebného k popisu problému
- Žádný problém se neděje neustále, vždy existují výjimky, které lze využít (všimnout si nepravidelností a cíleně je využívat)
- Budoucnost lze vytvářet a vyjednávat ji (přístupovat k budoucnosti nedeterministicky)

Následující text nabídne pohled na praxi terapie zaměřené na řešení v kontextu práce s rodinami v konfliktu. Představíme podrobněji kazuistiku z praxe jednoho z autorů obsahující i několik přepisů ukázek ze sezení s komentáři autorů.

1. UVEDENÍ DO PŘÍBĚHU Z PRAXE

Kazuistika byla vybrána, protože problémy, se kterými se rodina potýká, jsou mezi lidmi v rozvodu typické. Ukázky jsme zvolili, protože ilustrují základní teoretické principy.

Dva roky před začátkem spolupráce rodiny s námi se otec i s 11letým synem Ondrou odstěhoval ze společné domácnosti a matka zůstala se 7letou dcerou Magdalénkou. Rodina si v tom období prošla mnoha náročnými situacemi. Mezi rodiči vznikaly časté hádky, prožívali pocity ublížení, vzájemně si dělali naschvály. Vztahy se poté zhoršily nejen mezi rodiči, ale i mezi synem Ondrou a jeho matkou, kterou odmítl vídat. Matka proto podala k soudu návrh na svěření syna do péče. Soud vydal předběžné opatření, ve kterém upravit styk matky a syna. Rodi-

čům rovněž nařídil absolvovat terapii u klinické psycholožky. Terapie nebyla úspěšná a soud proto rozhodl o změně terapeuta, rovněž však bez výsledku. Rodičům byl proto nařízen posudek soudním znalcem z oboru psychologie.

Mezitím táta vídal svou dceru zřídka a syn se návštěvám u matky bránil. Když byl k návštěvě donucen, utíkal z jejího domu. Během poslední návštěvy matka zamkla syna v domě, aby nemohl utéct. Po fyzické potyčce vytáhl syn na matku nůž a utekl z domu. Matka po něm vyhlásila policejní pátrání. Od té doby se matka a syn už neviděli. Soud proto do rozhodnutí nařídil styk matky a syna asistovanou formou.

Poté přišla rodina k nám do sociálně aktivizační služby (SAS) pro rodiny s dětmi (typ registrované sociální služby dle zákona č.108/2006 sb., § 65) v rámci nařízeného asistovaného kontaktu. Soud často v rámci řízení žádá od odborníků určitý pracovní postup. Z hlediska přístupu zaměřeného na řešení je užitečnější specifikovat především žádoucí výsledek, na základě kterého lze formulovat zakázku či společný projekt (Zatloukal & Žákovský, 2019). Proto terapeut telefonicky kontaktoval soudce a zjišťoval jeho očekávání. Původní představou soudce bylo, že SAS zajistí bezpečné prostředí pro styk. Organizace, v níž terapeut působí, však chápe asistovaný kontakt komplexněji, jak bude zřejmé dále v textu. Proto terapeut navrhnul, že by bylo vhodné začít prací s rodiči dříve, než by se přikročilo k asistovanému kontaktu. Soud souhlasil a rodiče byli pozváni na společné setkání. Celkově s rodinou proběhlo 14 konzultací v průběhu 4 měsíců.

2. OD TŘÍ PERSPEKTIV KE SPOLEČNÉ VIZI (1.–4. KONZULTACE)

Na první konzultaci jdou přítomni oba rodiče. Otec zpočátku definuje jako problém to, že matka mu brání v styku s Magdalénkou. Říká, že je pod velkým nátlakem matky, aby k tátovi nechodila, u jejího předávání vznikají hádky a podobně. Zároveň si stěžuje na to, že se matka chová k synovi agresivně a necitelně. Matka popisuje, že syn se chová agresivně k ní. Viní za to otce, protože ten podle ní syna v chování podporuje a je mu vzorem.

Ukázka z 1. konzultace

Na konzultaci uplynulo 20 minut.

Terapeut (dále jen T) vstupuje do slovní výměny rodičů: „Já vám do toho skočím. V tom, co jste teď řekli, vidím spoustu témat – od toho, co bylo mezi vámi, přes to, jak asi vnímá situaci Magdalénka, nebo to, proč se Ondra chová tak, jak se chová... a tak mě zajímá... Co nejmenšího můžete spolu dosáhnout, aby to byl krok vpřed?“

Komentář autorů (dále jen A): Parafrázování narušuje problémový vzorec, který se přímo na konzultaci odehrává mezi rodiči, zvláště je-li zaměřením pozornosti konstruktivním směrem (kupříkladu k drobným známám zlepšení jako zde). Zajímavý vhled do vyvažování obou těchto aspektů přináší některé diskurzivní analýzy (Gale & Newfield, 1992; Zatloukal & Wiesner, 2021). Výměna mezi terapeutem a jednotlivým rodičem rovněž umožňuje klientům zaujmout metapozici (získat nadhled). Zároveň je zde v praxi vidět nejen zaměření na budoucnost typické pro SF práci, ale i to, že rozvíjení řešení se přímo neodvozuje z předešlých stížností (de Shazer, 1988).

Matka (dále jen M): „Že ke mně Ondra přijde aspoň na půl hodinu, na hodinu... on si nepřišel ani pro dárky na Vánoce. Dávala jsem mu je někde v igelitce. Říkala jsem mu pak, že u mě má ještě nějaký další dárečky a on řekl, že o to nestojí. A přitom moje sestra, když tady byla...“

Terapeut vstupuje do řeči. „A co za tu půl hodinu, hodinu bude jinak, že si řeknete, že to je pokrok vpřed?“

A: Při konfliktních situacích je na místě vysoká míra kontroly procesu. To obnáší i časté přerušování, které není pro naši kulturu typické (může být považováno za hrubé) a může narušovat připojení ke klientovi.

M: „Že stráví se mnou ten čas, že u toho nebude otec, protože teď jsme se na doporučení bývalého nařízeného terapeuta začali scházet jako rodina. Měl to být příjemný čas, kde si ten syn na mě zvykne a uvidí, že vše probíhá v klidu. Ale když se my čtyři sejdeme, tak to nefunguje. Protože syn na mě nereaguje, a když se zeptám něco otce, tak mi řekne „Už sis našla individuálního terapeuta?“

Otec (dále jen O): „Ano, protože ti to doporučila paní psycholožka, ke které jsme chodili před tím. Ty nebereš stanovisko ani paní psycholožky, ani terapeuta...“

M: „To není pravda, víš, že...“

T: „Teď bychom se do toho zase zamotali.“

M: „Jo, takže společné setkání nefunguje. ...jen jednou se stalo, že jsme byli dlouho na tom hřišti, že si tam opravoval auto, tak jsi nebyl přítomen...to byla jenom jedna příležitost, kdy jsem mluvila s Ondrou. Jenže pak se k nám vrátil otec a on úplně změnil chování.“

O: „Já si nemyslím...“



Patrik Dráb

Mgr. Je absolventem magisterského studia jednooborové psychologie na Univerzitě sv. Cyrila a Metoda v Trnavě. Absolvoval komplexní 750h výcvik v terapii zaměřené na řešení, výcviky pro práci s dětmi, pro koučování, mediální kurzy a jiné. Pracuje jako psycholog, psychoterapeut a metodik v Arše pro rodiny s dětmi (Plzeňský kraj). Podílí se na metodické transformaci práce s ohroženými dětmi v Plzeňském kraji. Je lektorem výcviků a kurzů zaměřených na sociálně-terapeutickou činnost v rodinách s dětmi. Je autorem několika terapeutických pomůcek.

Terapeut přerušil otce: „A vy si vzpomínáte na tu situaci, kde Ondra s mámou mluvil?“

O: „Já si vzpomínám, že se hlavně chová jinak manželka.“

T: „Když tam nejste?“

O: „No, spíš, když tam jsem. Dokonce jsem to navrhnul já u předchozího terapeuta, byť s manželkou nerad trávím čas. Terapeut s tím souhlasil, že to vidí taky jako jediné řešení. Manželka ale neustále na terapeuta naléhala, že se jí moje přítomnost nelíbí. A terapeut jí na to říkal, že i kdyby to mělo proběhnout takhle 10krát, tak jde o to, aby Ondra viděl, že od ní nepříjde žádná facka, žádný křik, že na něj nebude útočit...“

Terapeut ho přerušuje: „A co je teda

za vás ten nejmenší posun, který byste spolu mohli udělat?“

O: „Nejmenší posun? Aby manželka souhlasila s tím, co jsme navrhovali s bývalým terapeutem, protože manželka to odmítla, když jsem jí to navrhnul, že se mnou nechce trávit čas a...“

T: „A co to teda přesně je? Že se potkáte někde a...“

A: Neustále udržování si zvědavosti vedek detailizování popisů, které rozvíjí jiný komunikační vzorec mezi rodiči (čím delší dobu spolu mluví konstruktivním způsobem, tím lépe), a také nabízí prostor k rozvíjení nových myšlenek a nacházení zdrojů, které by v obecném popisu zaniklo.

O: „Ano, že se potkáme někde my i děti a strávíme spolu čas, aby si ten Ondra zvyknul.“

M: „Jenže já jsem k tomu skeptická, tím, jak to proběhlo už párkrát a vůbec jsem neměla prostor.“

O: „Já jsem se snažil být opodál kvůli manželce. Ten kluk by ale měl přijít sám za manželkou, ne abych ho nutil násilím.“

M: „Neříkám, že něco takového chci. Chci jen, abys mu někdy řekl „jděte s mámou a užijte si to.“ Řekls mu to někdy? Protože my jsme měli chvíle, kdy jsme třeba byli spolu v jump aréně a on byl šťastný jako želva.“

O: „A tady je ten kámen úrazu, protože by měl být šťastný, když je v kontaktu s mámou, a ne když skáče sám na trampolíně. To věřím, že je šťastný, když je od matky. To je ten problém.“

T: „Já slyším, že říkáte, že i když je sám na výletě s mámou, tak jsou některé aktivity, které fungují líp, jde na ně radši a víc si je užívje.“

A: Mou zkušeností je, že třaskavá témata

a výroky (klient říká „toto je kámen úrazu“) je dobré okamžitě parafrázovat do neutrálnější podoby tak, aby byly i pro druhého rodiče více stravitelné a více poukazovaly na zdroje, dovednosti nebo touhy rodičů.

O: „Ano, přesně tak. Jenom tam není to, že by šel k manželce domů a tam si to užil, tam poslouchá neustále jen zákazy, co nesmí a který gauč nesmí používat, a...“

Toto téma vyvolá mezi rodiči malou roztržku.

Terapeut přerušuje neshody rodičů: „Teď jste se dostali k tématu, které vás asi oba dva zajímá. Můžeme se k němu vrátit později, ale dnes bychom to pravděpodobně nestihli.“

A: Při SF terapii se snažíme užitečnost obsahu i procesu co nejvíce nechávat na vyhodnocení klienta. Čím více lidí se účastní rozhovoru a čím negativnější vztahy mezi sebou mají, tím více se kloníme k tomu držet proces konzultace pevně v ruce.

O: „Ne, ne, to ne.“ Matka přikyvuje.

Terapeut pokračuje: „Jak by takové setkání mělo vypadat, aby to podle vás bylo užitečný?“

O: „V současné době by tam Ondra nešel beze mě, určitě ne.“

Matka mu skočí do řeči: „Protože ho motivuješ proti mně. Je z tebe takhle zblbej!“

Otec se obrátí na matku: „Mě fascinuje, jak je chyba na všech ostatních, na institucích, na všech...“

Terapeut jim vstupuje do řeči: „Já jsem pochopil, že i když jste tam byli minule spolu, tak se vám povedlo vytvořit prostor, kde jste byla s Ondrou chvíli sama.“

A: Práce s výjimkami je jedním ze základních stavebních kamenů SF terapie (Zatloukal, Věžník, et al., 2019). Zvlášť při

práci s konfliktními rodinami jde o užitečný způsob, jak se vyhnout nereálným očekáváním, protože se pracuje s malými změnami, které již „spontánně“ nastaly. Koncept výjimek staví na principu nevyhnutelnosti změn (de Shazer, 1991).

O: „Jo, já jsem byl u auta, asi tak 30 metrů vedle. Tady jde i o to, že je v klidu, když jsem u toho já. Protože...“

M: „No nemám pocit, že by úplně byl v klidu...ale přesně jako...někdy to proběhlo dobře...“

O: „To je jako když jsi na něj křičela ohledně těch bobů, on se na mě jenom podíval, a když mu manželka nadávala za věc, kterou neudělal...“

M: „...ale dyť to není pravda...“

T: „Myslím, že teď bychom se zas dostali někam, kde nám to nebude užitečné...“

O: „...já to jenom dořeknu... on se na mě podíval a říká „Tak takhle to vypadá vždycky.“ Ale tím, že jsem tam byl já, tak se z toho nehroutil, zvládl to víc v klidu a zůstal. Ono se celkem hodně zlepšilo i za tu dobu, co nejsme spolu s manželkou. Ten kluk si s tím dokáže líp poradit. Před tím brečel, nevěděl, co má dělat, teď mi zavolá a odejde.“

T: „Říkáte, že ten kluk to teď zvládá lépe. Zároveň se o tom bavíme proto, že hledáme, co nejmenšího by se dalo teď udělat... s čím bychom mohli začít. Zmínili jste, že vám takový malý krok už jednou povedl. Byli jste všichni spolu a zvládli udělat takový prostor, abyste tam vy byla s Ondrou sama. Co se teď pobavit o tom, jak něco podobného zrealizovat znovu?“

A: V rodinné terapii se objevuje mnoho protichůdných informací, názorů a postojů. Důležitou roli zde hraje akceptace rozdílných perspektiv typická pro všechny postmoderní přístupy (Peller & Walter,

2000; Tarragona, 2008). Zároveň však setrvání u těchto rozporů snižuje důvěru v terapii, proto klademe důraz na hledání toho, co rodinu spojuje.

M: „No můžeme to zkusit.“

Otec přikývne.

T: „Zkuste mi to víc přiblížit, abych to pochopil. Co to bylo za situaci, že se vám to tak povedlo?“

Rodiče s terapeutem našli zdroje k tomu, aby spolu vymysleli smysluplné setkání mámy a Ondry. Další dvě konzultace pokračovalo zlepšování těchto společných kontaktů s důrazem na mapování změn a utilizaci zdrojů.

3. Z NOUZE CNOST (5.–7. KONZULTACE)

Na pátou konzultaci přišli rodiče naštvaní. V mezidobí došlo k situacím, které byly pro oba frustrující. Matka vyjadřovala, že nevidí velké změny ve vztahu k synovi. Kritizovala vše včetně procesu terapie. Požádala terapeuta, aby u nich v organizaci probíhal asistovaný kontakt. Otec považoval dosavadní postup za užitečný, ale pokusům se nebránil. Pro terapeuta bylo důležité v této chvíli zvážit dvě roviny – spolupráci (working alliance) i proces změny. Z hlediska procesu změny docházelo k drobným zlepšením jak v interakci rodičů, tak mezi Ondrou a mámou. Změny zároveň nebyly natolik markantní, aby se dalo říct, jestli bude tahle cesta dál úspěšná. Z hlediska spolupráce se zdálo, že matka terapii ukončí, pokud jí proces nezačne zas dávat smysl. Otec byl v dané chvíli ukotven v spolupráci lépe. Proto terapeut přistoupil na to, že se s Ondrou potká individuálně a zváží jeho zapojení v procesu. V této části je zjevný důraz na spolupráci v terapii zaměřené na ře-

šení (de Shazer et al., 2011) a její zvažování v perspektivě celého terapeutického systému.

Ukázka 2: Práce s dítětem

Ondra měl velkou potřebu mluvit o všem zlém, co s matkou prožil. Terapeut mu nabídl, že mohou pracovat v pískovišti, kde měl umístit kamínky jako symbol všeho důležitého, co v životě teď má.

Následující ukázka pochází z první konzultace s dítětem po 20 minutách společného povídání.

T: „Zkus umístit kamínky do písku tak, jak bys chtěl, aby to bylo.“

Ondra (dále jen O): „Takhle bych to dal dohromady“ dává kamínky táty, sebe, sestry a babičky vedle sebe „a mámu sem, protože s ní nechci žít.“ Dává jí na okraj pískoviště.

T: „Takže nechceš žít s mámou, ale chtěl bys, abyste byli víc se sestrou.“

A: Zmiňování negativního (emočně i významově) „nechceš žít s mámou“ nám pomáhá připojit se k dítěti, zároveň však utvrzuje problém, místo aby ho rozvíjelo, a svou pozornost na to zaměřujeme jen e chvíli, kdy je naše připojení ke klientovi slabé, čerstvé. Více se snažíme zaměřovat na emočně i významově pozitivní, jako je to tady například ve výroku „abyste byli víc se sestrou“. K získání metapozice pomáhá i stavění kamenů.

O: „Ano.“

T: „A co to znamená, abyste byli víc se sestrou?“

O: „No že bych chtěl, aby Magdalénka byla u nás častěji, anebo aby u nás bydlela.“

T: „A co by to změnilo, kdyby u vás byla častěji, nebo bydlela?“

O: „Že bych byl asi radši, a nemusel

bych vidět mámu, protože k ní nechci chodit. Protože mi to ublížilo, co mi dělala.“

T: „Takže teď jste takhle daleko s mámou“ ukazuje na kamínky v pískovišti „kvůli tomu, co ti dělala.“

O: „Ano.“

T: „A co vás sbližuje s Magdalénkou?“

O: „Že se máme rádi, že nikdy by bylo, že bychom se neměli rádi. Vždycky jsme se měli rádi s Magdalénkou a tátou a se strejdou.“

T: „Já tomu rozumím tak, že si s Magdalénkou rádi hrajete, a s tátou a strejdou taky rád trávíš čas, vymýšlíš zábavy, nebo spolu něco děláte.“

O: „Ano. A ještě i babi taky. Tu mám rád ještě.“

T: „A co spolu s babi třeba děláváte, co máš rád?“

O: „Tak třeba my jsme byli u moře. Ale máma řekla, že Magdalénka s námi nepojede. A potom když Magdalénka viděla fotky, tak brečela, že s námi nebyla. A to samý, když jsme jeli do Alp, tak máma řekla, že jsou na Magdalénku moc vysoký, že až bude starší, tak s námi zas nejela.“

T: „A to tě mrzelo, že s vámi nejela?“

O: „Jo.“

T: „A máma si myslela, že ty kopce jsou na ni moc těžké?“

O: „Jo, a přitom my jsme moc nechodili do těch kopců, jezdili jsme lanovkou. Nic složitějšího jsme nedělali. A Magdalénka pak byla smutná, že tam s námi nejela.“

T: „Zdá se mi, že ti záleží na tom, aby Magdalénka nebyla smutná.“

A: Parafrázování je pro mě snahou, jak odmítnutelně zaměřit pozornost od stíznosti na konkrétní událost k obecnějším potřebám, které jsou pro něj důležité a na kterých můžeme dál stavět řešení.

O: „No protože bych chtěl, aby se měla dobře.“

T: „To je hezké od tebe. A co by pomohlo tobě, aby ses měl dobře?“

O: „No já bych chtěl být dál s tátou a strejdou, ale nechtěl bych muset chodit k mámě, protože mi to tam příjemný.“

T: „Myslíš to tak, že bys nechtěl muset, jako že by sis mohl vybrat?“

O: „No já bych chtěl žít s tátou, protože to je fajn, a jako já bych k té mámě i šel občas, ale nechtěl bych, abych tam musel povinně nějaký dny chodit. A nechtěl bych chodit prostě jako... tam domů, spíš jako venku, protože... mi to tam není příjemný, když jsme doma.“

T: „A když to nebude povinný, čím to bude pro tebe jiný?“

A: Podobně jako v příkladu s rodiči rozvíjení porozumění touhám a zkoumání detailů otevírá nové možnosti.

O: „No že třeba jednou se to hodilo kamarádovi, že bychom šli ven, ale máma řekla, že tam musím prostě jít.“

T: „Chtěl jsi být s kamarádem a nemohl.“

O: „Jo, protože jsem tam musel chodit v pátek a v neděli a zrovna se to hodilo kamarádovi.“

T: „A co ještě by bylo jinak, kdybys tam chodil kdy chceš?“

O: „No tak ještě to, aby Magdalénka byla s námi víc.“

T: „Takže abych tomu porozuměl, tak bys chtěl chodit k mámě, aby se to hodilo i tobě a chtěl bys, aby k vám víc chodila Magdalénka.“

O: „No já bych k mámě nechtěl vůbec, ale když už máma chce, abych tam chodil, tak abych nemusel vždy.“

T: „Proč bys vlastně chtěl, abys tam vůbec nemusel?“

O: „No mně to tam není příjemný.“

T: „A co je tam takového, že ti to není příjemný? Abych tomu porozuměl.“

A: Tady věnujeme pozornost více problému než rozvíjení řešení. Vydal jsem se touhle cestou, protože jsem měl pocit, že se točíme v kruhu. Někdy je důležité pro klienty uchopit preferovanou budoucnost jako rozdíl oproti tomu, co je nežádoucí (problém).

O: „No protože co oni mi tam nic nedovolují. Skoro nic se nesmí dělat a já pak řeknu, že chci domů, a oni začnou křičet, že tam musím být.“

T: „A kdo jsou oni?“

O: „No babi od mámy a máma. Máma vlastně bydlí s ní. No a babi mi taky není příjemná.“

T: „Tím, že chce, abys tam zůstal?“

O: „Ano, jak ta babi, tak máma, prostě, že tam musím zůstat.“

T: „To je důležitý, co říkáš.“

O: „No a já jsem chtěl odejít a oni mě tam zamkli třeba, že tam musím zůstat.“

T: „To asi bylo pro tebe nepříjemný.“

O: „No hodně. A taky Magdalénka, když jsme tam, tak ona si se mnou nehraje a vlastně vůbec nevím proč. Když jsme u táty, tak si se mnou normálně hraje.“

T: „A co teda dělá?“

O: „No ona si něco dělá sama a vlastně se mnou si vůbec nechce hrát.“

T: „Takže bys chtěl, aby když jsi u mámy, si s tebou Magdalénka hrála víc.“

O: „Jo.“

T: „A kdybychom měli nějaký čarovný proutek, že bychom mohli i to, jak se chová máma změnit? Takhle zamávám a máma bude jiná. Co by sis přál, aby se změnilo?“

A: Rodiče by si pro své dítě přáli udržet vztah s mámou. To je zdánlivě v rozporu

s dosavadním přáním dítěte. Otázka je účelově zaměřená na variantu, která by více vyhovovala rodičům s doufáním, že řešení bude sedět i dítěti. Protože má spolupráce s dítětem formu stížnosti (De Jong & Berg, 2012), čarovný proutek pomáhá představit si změnu u druhé osoby (mámy). Následný detailní popis však umožňuje zachytit díky cirkularitě popisů nejen rozdíly v tom, co dělá máma, ale i reakce Ondry. A díky cirkulární povaze systémů se otázka kdo „začíná“ a kdo „reaguje“ stává irelevantní. (Keeney & Keeney, 2012; Watzlawick et al., 2000).

O: „Aby na mě byla hodnější. Prostě že mi není příjemné, co mi dělá.“

T: „A co ještě jiného, kromě toho, cos už říkal, by dělala jinak?“

O: „No ona na mě právě křičí. A když jsme tam, nic zajímavého tam neděláme.“

T: „No a co bys chtěl třeba zajímavého?“

O: „No abychom třeba jezdili víc na kole spolu.“

T: „Takže kdybyste vyrazili na kolo někam...“

O: „Jo, kdybychom nemuseli být pořád tam, ale šli ven.“

T: „Co ještě, aby ses tam cítil dobře?“

O: „Tak hlavně aby tolik neusilovala o to, že tam musím chodit. A aby ta babi na mě taky byla hodnější.“

T: „A co tím myslíš?“

O: „No aby na mě nekričely. Zdá se mi, že tam nemůžu nic dělat.“

T: „A co bys tam chtěl dělat a nejde to teď?“

O: „No to, že třeba máma vlastně žádný sporty nedělá.“

T: „Takže bys chtěl, aby s tebou mohla dělat nějaký sporty.“

O: „Jo.“

T: „Co ještě?“

O: „Aby na mě byla příjemnější trochu.“

T: „A v čem třeba?“

O: „No třeba teď jsme byli s mámou i s Magdalénkou na hřišti (pozn. akce, kterou jsme plánovali s rodiči spolu právě jako pokus o zlepšení) a ona se ptala, jak nám jde on-line výuka, jestli to někdy nepadá ten signál a já jsem řekl, že někdy jo, a ona, že to asi táta ruší nějakou rušičkou. Tak aby neútočila na tátu.“

T: „Takže bys chtěl, aby neútočila na tátu, aby se k němu chovala taky hezky.“

O: „Jo.“

O: „A že když říkám, že tam nechci chodit, tak mi říká, že to není pravda, že to mi říká jenom táta, abych to říkal.“

T: „A kdyby se tohle vše, co říkáš, změnilo, chodil bys tam radši?“

O: „Jo, mnohem radši.“

T: „My jsme teď v zapeklité situaci, víš, protože ty tam teď nechceš, je ti to nepříjemné, což chápu, a zároveň dokud tam nepůjdeš, tak se nepřesvědčíš, jestli se ta máma změnila. A já teď přemýšlím, jak z toho ven. Co si myslíš ty?“

O: „No já to vidím, když jdeme někam všichni společně.“

T: „No a všiml sis nějaké drobné změny, které udělala už teď, co se zas spolu scházíte?“

O: „No nevím, jak by to vypadalo, kdybych šel k ní domu, ale když tam jsme všichni společně, tak že nedělá nic z toho důvodu, že tam je i táta.“

T: „Víš, to mě právě zajímá, protože my se tady potkáváme s tátou i s mámou a povídáme si o tom, jak to tobě i Magdalénce udělat lepší. A oba by chtěli, abyste ty i Magdalénka se navzájem víc vídali i mezi sebou, i s rodiči.“

O: „Když jsme spolu, tak se mě pořád ptá, jestli k ní nepůjdu. A já jí třeba řeknu, že ne a ona stejně se zeptá pak znovu za chvíli.“

T: „Aha! Takže kdyby se zeptala jenom jednou třeba, tak by to bylo lepší?“

O: „Ano.“

T: „A vy jste se teď viděli jednou s mámou po dlouhé době. V čem byla jiná, než kdysi?“

O: „Ona když je mezi lidmi, tak nedělá nic, co dělá v baráku, kde o tom nikdo neví.“

T: „Mám takový nápad. Co kdybychom spolu sepsali všechny věci, které bys chtěl jinak tady na tabuli. A až sem zítra přijde máma a táta, budou si to moct přečíst a zkusit něco změnit. Nemůžu ti slíbit, že se to povede, ale můžu ti slíbit, že to zkusíme.“

O: „Tak jo.“

T: „Ale potřeboval bych, abys nám taky pomohl. Protože nemůžeš poznat, jestli se máma změnila doopravdy, možná bys to mohl prozkoumat. Mám takový nápad, že by ses s ní potkal i bez táty a zkusil pozorovat, jak se bude chovat bez něj. Víím, že to pro tebe není snadné po tom všem, co si s ní zažil. Napadá mě, že bychom to teď spolu mohli naplánovat tak, abys měl jistotu, že to zvládneš. Co ty na to?“

A: Experiment s pozorováním je jednou z možností při bezradných (ve smyslu nedostatku zdrojů) klientech. Zvyšuje zaměření pozornosti na výskyt žádoucích procesů. Přednastavuje tím pozorovatele k tomu, aby snáz přijímal informace, které by normálně percepčním filtrem neprošly.

O: „No tak jo.“

Druhou konzultaci terapeut a dítě mapovali změny k lepšímu. Využili přitom škálu od 1 do 5 jako ve škole. Ondra hodnotil zlepšení ze strany matky z pětky na trojku a popisoval změny, které matka udělala. Ondra si náš experiment udržel a dál pokračoval v setkáních s matkou a sestrou bez otce.

4. NA VLNÁCH ZMĚN (8.–13. KONZULTACE)

Následná setkání s rodiči začala být více klidná, rodiče byli k sobě vstřícnější. Domníváme se, k tomu přispěl konstruktivní způsob komunikace, který jsme s rodiči dlouhodobě rozvíjeli a také naděje rodičů plynoucí z nového způsobu setkávání.

Vztah mezi matkou a synem se postupně zlepšoval, na setkáních si více povídali a jejich společné neděle se pro ně staly jakousi samozřejmostí.

Letní dovolená, trávení Vánoc, kroužky dětí, přespávání Magdalénky u otce – to byly jen některé z témat, ve kterých se pohledy rodičů postupně sbližovaly.

Matka v rámci konzultace navrhla otcí zastavení soudního řízení a rodiče přeformulovali zakázku v terapii od styku k posílení důvěry mezi rodiči.

5. ZÁVĚREM

Rodiče si posléze sjednali konzultaci (v pořadí čtrnáctou) před nastávajícím soudem se záměrem vytvořit dohodu. Při konzultaci však náhle vzplanuly silné emoce a matka se rozhodla odejít z konzultace předčasně. Zbytku konzultace se tedy účastnil pouze otec. Přesto se rodiče u soudu přece jenom dohodli a soudní jednání bylo ukončeno. Po soudu si oba rodiče domluvili pokračování terapie.

Terapii rodin s konflikty kolem dětí považujeme za náročnou z mnoha důvodů. I krátká terapie může trvat dlouhou dobu (což se nevylučuje, protože krátká není krátkodobá (de Shazer, 2017)). Výsledky mohou být nejednoznačné, mohou se objevovat různé zvraty, propady a zase zlepšení. Na práci s rodinou se podílí mnoho aktérů, s kterými je potřeba spolupráci vyjednávat.

Rodiče často nevidí smysl v absolvování nařízené terapie, nebo jí využívají pro své postranní úmysly. Výbušná atmosféra během konzultací vyžaduje pohotovost a direktivnost ze strany terapeuta, což může být vyčerpávající. Přes všechna úskalí považujeme práci s rodinami v konfliktu za prospěšnou a naplňující. Věříme, že tento článek přispěje k zájmu o tuto oblast. My sami bychom rádi jak možnosti SF přístupu, tak téma rozvodu více výzkumně zpracovali. Za možné směry zkoumání považujeme například zkoumání rozdílů ve well-beingu rodin, které v opatrovnickém sporu absolvovali nařízenou terapii oproti rodinám, kterých spory byly řešeny pouze soudním rozhodnutím, nebo vliv direktivnosti na účinnost nařízené terapie.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA:

- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2012). *Family Therapy: A Systemic Integration* (8th ed.). Pearson.
- Berg, I. K. (2013). *Posílení rodiny: Základy krátké terapie zaměřené na řešení*. Portál.
- Berg, I. K., & de Shazer, S. (1993). Making Numbers Talk: Language in Therapy. In S. Friedman (Ed.), *The New Language of Change: Constructive Collaboration in Psychotherapy*. (s. 5–24). Guilford Press.
- Capra, F., & Luisi, P. L. (2016). *The Systems View of Life: A Unifying Vision*. Cambridge University Press.
- Carr, A. (2012). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice* (3 edition). Wiley-Blackwell.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for Solutions* (4th ed.). Brooks Cole.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach*. The Guilford Press.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S. (2017). *Klíče k řešení v krátké terapii*. Portál.
- de Shazer, S., Dolan, Y. M., Korman, H., Trepper, T. S., & McCollum, E. E. (2011). *Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení*. Portál.
- Efran, J. S., Lukens, M. D., & Lukens, R. J. (1990). *Language, Structure and Change: Frameworks of Meaning in Psychotherapy*. W W Norton.
- Gale, J. E., & Newfield, N. (1992). A Conversation Analysis of a Solution-Focused Marital Therapy Session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(2), 153–165. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1992.tb00926.x>
- George, E., Ratner, H., & Iveson, C. (1999). *Problem to Solution: Brief Therapy with Individuals and Families* (2nd ed.). BT Press.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family Therapy: An Overview* (8th ed.). Brooks Cole.
- Iveson, C. (2003). Solution-Focused Couples Therapy. In B. O'Connell & S. Palmer (Ed.), *Handbook of Solution-Focused Therapy* (s. 61–73). Sage.
- Keeney, H., & Keeney, B. (2012). *Circular Therapeutics: Giving Therapy a Healing Heart*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Korman, H., De Jong, P., & Jordan, S. S. (2020). Steve de Shazer's Theory Development. *Journal of Solution Focused Practices*, 4(2), 47–70.
- Lipchik, E., & Kubicki, A. D. (1996). Solution-Focused Domestic Violence Views: Bridges Toward a New Reality in Couples Therapy. In S. D. Miller, M. Hubble, & B. L. Duncan (Ed.), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (s. 65–98). Jossey-Bass.
- Ludewig, K. (1994). *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. Pallata.
- Nelson, T. S. (2018). *Solution-Focused Brief Therapy with Families*. Routledge.
- Peller, J. E., & Walter, J. L. (2000). *Recreating*

- Brief Therapy: Preferences and Possibilities.* W. W. Norton & Company.
- Stith, S. M., McCollum, E. E., & Rosen, K. H. (2011). *Couples therapy for domestic violence: Finding safe solutions.* American Psychological Association.
- Tarragona, M. (2008). Postmodern/ Post-structuralist Therapy. In J. Lebow (Ed.), *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice* (s. 167–205). John Wiley & Sons.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství.* Cesta.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2000). *Pragmatika lidské komunikace: Interakční vzorce, patologie a paradoxy.* Konfrontace.
- Zatloukal, L., Věžník, M., & Žákovský, D. (2019). Možnosti práce s „výjimkami“ v terapii zaměřené na řešení. *Psychoterapie*, 13(2). <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/11819>
- Zatloukal, L., Vítek, P., Věžník, M., & Žákovský, D. (2019). *Spoluvytváření změn: Různé podoby přístupu zaměřeného na řešení v teorii, v praxi a ve výzkumu.* Univerzita Palackého.
- Zatloukal, L., & Wiesner, A. (2021). Solution-Focused Therapy through the Lens of Discourse Analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, (in press).
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). *Zázrak tří květín: Terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími.* Portál.
- Ziegler, P., & Hiller, T. (2001). *Recreating Partnership: A Solution-Oriented, Collaborative Approach to Couples Therapy.* W. W. Norton & Company.

Došel do redakce 26. 9. 2021, v revidované verzi 29. 12. 2021. K publikaci přijat 3. 1. 2022.

ZACHÁZENÍ S INFORMACEMI PŘI POSKYTOVÁNÍ PSYCHOTERAPIE V MIMOZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH A PROBLEMATIKA POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ TŘETÍM STRANÁM

Tibor A. Brečka¹, Zdeněk Fiala²

¹ Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva FBMI ČVUT v Praze, CZ

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, CZ;

Katedra řízení lidských zdrojů, ŠKODA AUTO Vysoká škola, CZ;

e-mail: tibor.brecka@seznam.cz

² Katedra správního práva a správní vědy, Policejní akademie České republiky v Praze, CZ;

e-mail: fiala@polac.cz

Psychoterapie. 15 (3), 312–318; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Tématem příspěvku jsou vybrané právní aspekty poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení, konkrétně problematika zacházení s daty klientů a poskytování informací třetím stranám.

Klíčová slova: Psychoterapie, právo, ochrana osobních údajů.

ABSTRACT

Handling of information in the provision of psychotherapy in non-medical facilities and the issue of providing information to third parties.

The topic of the paper is selected legal aspects of the provision of psychotherapy outside health care facilities, specifically the issue of handling client data and providing information to third parties.

Key words: Psychotherapy, law, personal data protection.

ZACHÁZENÍ S DATY KLIENTŮ

Při psychoterapeutickém procesu psycho-

terapeut přichází do kontaktu s množstvím dat a informací o klientovi, což je jedním z právně citlivých míst výkonu této profese. Z pohledu etiky je jasné, že vše mezi psychoterapeutem a klientem je přísně důvěrné. Jak vypadá tato problematika z pohledu práva? Dochází i k nějaké formě zpracování těchto dat?

Na úvod několik důležitých pojmů. Osobní údaje jsou: „*veškeré informace o identifikované nebo identifikovatelné fyzické osobě (dále jen „subjekt údajů“)*“; *identifikovatelnou fyzickou osobou je fyzická osoba, kterou lze přímo či nepřímo identifikovat, zejména odkazem na určitý identifikátor, například jméno, identifikační číslo, lokační údaje, síťový identifikátor nebo na jeden či více zvláštních prvků fyzické, fyziologické, genetické, psychické, ekonomické, kulturní nebo společenské identity této fyzické osoby*“ (čl. 4. odst. 1. NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice

95/46/ES – dále jen „NAŘÍZENÍ“). Zpracováním se pak rozumí: „*jakákoliv operace nebo soubor operací, které jsou prováděny s osobními údaji nebo soubory osobních údajů pomocí či bez pomoci automatizovaných postupů, jako je shromáždění, zaznamenání, uspořádání, strukturování, uložení, přizpůsobení nebo pozměnění, vyhledání, nahlédnutí, použití, zpřístupnění přenosem, šíření nebo jakékoliv jiné zpřístupnění, seřazení či zkombinování, omezení, výmaz nebo zničení*“ (čl. 4 odst. 2.).

Dále je úvodem nutné zmínit ještě jeden významný pojem, a to údaje o zdravotním stavu, kterými se rozumí: „*osobní údaje týkající se tělesného nebo duševního zdraví fyzické osoby, včetně údajů o poskytování zdravotních služeb, které vypovídají o jejím zdravotním stavu*“ (čl. 4 odst. 15.). Není pochyb, že s těmito údaji se pracuje i v prostředí poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení.

Z pohledu psychoterapeuta lze rozdělit jím zpracovávané údaje do dvou základních skupin: 1. data nutná pro výkon profese a kontakt s klienty (osobní údaje) a 2. data vyplývající z psychoterapeutického procesu, které lze subsumovat pod údaje o zdravotním stavu, tj. to, co většina psychoterapeutů zná pod pojmem zápis ze sezení. V praxi neexistuje žádné vymezení, jaká data se při psychoterapeutickém procesu zaznamenávají a zpracovávají, jde pouze o zvyklost daného psychoterapeuta. Uvedené lze vnímat na dvou extrémech – kompletní audiovizuální záznam sezení až po nulovou archivaci dat. Pomineme odbornou diskuzi, zda a jaká míra záznamu je potřebná, v dalším textu budeme předpokládat existenci popisu záznamu psychoterapeutického sezení.



**Tibor A.
Brečka**

Mgr., MBA, LL.M. Psychoterapeut (člen ČAP; ČPS ČLS JEP), akademický pracovník, doktorand 1. LF UK.

Oba typy údajů je nutné ve smyslu čl. 5 odst. 1. NAŘÍZENÍ zpracovávat „*korektně a zákonným a transparentním způsobem*“ („*zákonnost, korektnost a transparentnost*“) a shromažďovat „*pro určité, výslovně vyjádřené a legitimní účely a nesmějí být dále zpracovávány způsobem, který je s těmito účely neslučitelný; další zpracování pro účely archivace ve veřejném zájmu, pro účely vědeckého či historického výzkumu nebo pro statistické účely se podle čl. 89 odst. 1 nepovažuje za neslučitelné s původními účely*“ (**zásada účelnosti**).

Rozsah zpracovávaných údajů musí být přiměřený, relevantní a omezen na nezbytný rozsah ve vztahu k účelu, pro který jsou zpracovávány (**zásada minimalizace údajů**). Zpracované údaje by měly být „*přesné a v případě potřeby aktualizované; musí být přijata veškerá rozumná opatření, aby osobní údaje, které jsou nepřesné s přihlédnutím k účelům, pro které se zpracovávají, byly bezodkladně vymazány nebo opraveny*“ (**zásada aktuálnosti**). Údaje je třeba ukládat „*ve formě umožňující identifikaci subjektů údajů po dobu ne delší,*

**Zdeněk
Fiala**



Doc. JUDr. PhDr., Ph.D. Akademický pracovník

než je nezbytné pro účely, pro které jsou zpracovávány; osobní údaje lze uložit po delší dobu, pokud se zpracovávají výhradně pro účely archivace ve veřejném zájmu, pro účely vědeckého či historického výzkumu nebo pro statistické účely podle čl. 89 odst. 1, za předpokladu provedení příslušných technických a organizačních opatření požadovaných tímto nařízením s cílem zaručit práva a svobody subjektu údajů“ (zásada omezení uložení). A konečně je třeba je zpracovávat způsobem, který zajistí jejich náležité zabezpečení, včetně jejich ochrany pomocí vhodných technických nebo organizačních opatření před neoprávněným či protiprávním zpracováním a před náhodnou ztrátou, zničením nebo poškozením (zásada integrity a důvěrnosti).

Aby bylo možné zpracovávat a uchovávat data z psychologického sezení, tj. data patřící do zvláštní kategorie osobních údajů dle čl. 9 odst. 1. NAŘÍZENÍ (data „o rasovém či etnickém původu, politických názorech, náboženském vyznání či filozofickém přesvědčení nebo členství v odborech, a zpracování genetických údajů, biometrických údajů za účelem jedineč-

né identifikace fyzické osoby a údajů o zdravotním stavu či o sexuální životě nebo sexuální orientaci fyzické osoby“) je nutné udělení výslovného souhlasu ve smyslu citovaného článku. Takovému souhlasu přechází sdělení o povaze, účelu zpracování dat dle čl. 13 odst. 1. NAŘÍZENÍ, tj. sdělení o tom, že data jsou shromažďována za psychologickým účelem, nebudou sdílena se žádnými třetími strany (detailněji o sdělení informací viz níže) a že odpovědnou osobou je psycholog.

Určitým problémem ve vztahu k citovaným zásadám (zejména zásadě minimalizace údajů) je, že v oblasti psychoterapie není možné jednoznačně stanovit, které informace jsou zbytné a které již nikoli. S tím souvisí i možná nejasnost ohledně délky uchovávání záznamu, neb formulace „po dobu ne delší, než je nezbytně nutné pro dané účely“ je rovněž velmi neurčitá. I po ukončení psychologického procesu je možné, že se klient po uplynutí určitého časového úseku opět vrátí. Bylo by možné vést odbornou debatu, zda je nutné a prospěšné vracet se k dříve získanému materiálu, pokud bychom však zastávali kladné stanovisko o prospěšnosti takového činu, nabízí nařízení možnost archivace pro vědecké účely, což dále upravuje § 17 zák. č. 110/ 2019 Sb. o ochraně osobních údajů. Toto by se však nemělo samoučelně zneužívat a opravdu by v takovém případě za rozhodnutím pro archivaci z vědeckých důvodů měl stát ideový záměr vědu opravdu činit.

NAŘÍZENÍ ovšem také upravuje tzv. právo na výmaz (čl. 17). Pro psychoterapii neplatí žádná výjimka, tzn. že po odvolání souhlasu je povinností přestat osobní údaje zpracovávat. Osobní údaje zpracované

do okamžiku odvolání souhlasu jsou samozřejmě zpracovány v souladu se zákonem. Pro vědecké účely není potřeba zachovávat většinu osobních údajů a je tedy vhodné provést pseudoanonymizaci či anonymizaci. Pseudoanonymizací se rozumí dočasné odstranění osobních údajů, které by mohli vést k identifikaci jedince, po jejich připojení je identifikace opět možná, proces je tedy reversibilní, anonymizací se rozumí nezvratný proces odstranění osobních údajů vedoucích k identifikaci jedince (Dohnalová, 2019).

NAŘÍZENÍ v čl. 30 dále ukládá povinnost vést záznamy o činnostech zpracování: „Tyto záznamy obsahují všechny tyto informace: a) jméno a kontaktní údaje správce a případného společného správce, zástupce správce a pověřence pro ochranu osobních údajů; b) účely zpracování; c) popis kategorií subjektů údajů a kategorií osobních údajů; d) kategorie příjemců, kterým byly nebo budou osobní údaje zpřístupněny, včetně příjemců ve třetích zemích nebo mezinárodních organizacích; e) informace o případném předání osobních údajů do třetí země nebo mezinárodní organizaci, včetně identifikace této třetí země či mezinárodní organizace, a v případě předání podle čl. 49 odst. 1 druhého pododstavce doložení vhodných záruk; f) je-li to možné, plánované lhůty pro výmaz jednotlivých kategorií údajů; g) je-li to možné, obecný popis technických a organizačních bezpečnostních opatření uvedených v čl. 32 odst. 1.“

Je tedy nutné vytvořit takovýto záznam, který v případě poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení bude obsahovat zejména následující: Veškeré informace jsou považovány za důvěrné. Účel uchovávání vyplývá z psychoterapeutické

profese a vědeckých účelů, údaje nejsou poskytovány třetím osobám a ani jinak obchodně využívány. Existuje pouze písemný záznam. Kdo má k písemným záznamům přístup. Kategorie osobních údajů (dle čl. 30 95/46/ES): údaje vedoucí k přímé identifikaci FO; údaje vedoucí k nepřímé identifikaci FO; údaje o zdravotním stavu. Místo a způsob uchovávání a forma zabezpečení. Doba skartace: N/A.

POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ TŘETÍM STRANÁM

Z informovaného souhlasu a ze závazku mezi psychoterapeutem a klientem vyplývá, že nikdo další nebude o záležitostech probíhajících na sezení informován, tzn. že informace budou důvěrné. Je tomu tak však skutečně naprosto vždy?

Prvním případem, kdy dochází ke sdílení informací ze sezení, je supervize. Supervize je proces pro zlepšení kvality poskytované péče, některé profesní asociace ji mají dokonce jako podmínku pro své členy. Obecně je supervize přijímaná jako běžný nástroj pro rozvoj psychoterapeutických dovedností a podporu psychoterapeutického procesu. Více o supervizi v mnohých pojednáních na toto téma (např. Carroll, M., Tholstrup, M., 2004; Hawkins, P., Shohet, R., 2016). Při supervizi dochází ke sdílení anonymizovaných informací tak, aby nebylo možné identifikovat jedince, s cílem podpory a hlubšího uvědomění probíhajícího terapeutického procesu. Jde tedy o konzultaci se supervizorem – či v případě intervize s jinými profesními kolegy – bez užití identifikačních údajů. S obdobnou praxí je možné se setkat v medicíně, kdy také dochází ke konzultacím za účelem zkvalitnění poskytované péče.

Mohou ale nastat i jiné případy. Předně je nutné zmínit § 367 a 368 trestního zákona, tj. problematiku nepřekažení a neoznámení trestného činu. V tomto směru je třeba upozornit, že psychoterapeut není nikterak zbaven povinnosti překažení či oznámení trestného činu. Povinnost překažení trestného činu se dokonce vztahuje i na osoby, které jsou vyjmuty z § 368 odst. 3 pro oznamování trestného činu kvůli jejich specifickým povinnostem mlčenlivosti (advokáti, duchovní a v určitých případech osoby poskytující pomoc obětem trestných činů, což dále řeší zákon č. 45/2013 Sb. o obětech trestných činů v hlavě III [5]; o povinnosti mlčenlivosti bude pojednáno níže). U nepřekažení je ještě vhodné dodat, že „osoba, která chce takovýto trestný čin překazít a nepovede se jí to (např. pro volbu nevhodných prostředků), je trestně nepostižitelná pro nedostatek úmyslu“. Velice důležité je v případě neoznámení trestného činu zmínit, že „důvodem beztrestnosti nemůže být obava, že orgány činné v trestním řízení v důsledku omylu budou oznamovatele nebo osobu jemu blízkou stíhat pro činy, které nespáchali“ (Usnesení Vrchního soudu v Praze ze dne 3. 11. 1993, sp. zn. 1 To 55/93). Navíc, „povinnost oznámit trestný čin uvedený v § 168 odst. 1 tr. zák. nastupuje nejen tehdy, kdy oznamovatel se doví o trestném činu a zná jeho pachatele, nýbrž i za situace, kdy oznamovatel se doví o spáchání trestného činu, ale nezná jeho pachatele“ (Prouza, D., 2010; Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČSR z 12. 10. 1976 sp. zn. 11 To 34/76). Výše citovaná ustanovení taxativně vymezují, které trestné činy podléhají daným povinnostem o oznámení či jejich překažení. Oba paragrafy začínají shodně „Kdo se hodnověrným způsobem

dozví...“. Klíčové je slovo „hodnověrným“. Tento pojem velice úzce souvisí s termínem věrohodnost. Forenzní psychologie rozeznává věrohodnost obecnou a specifickou. Obecná věrohodnost je vázaná na danou osobu jako celek, specifickou věrohodností je myšlena věrohodnost v rámci konkrétní výpovědi. Obecná (ne)věrohodnost vyplývá mj. z profese, kriminální minulosti, duševního onemocnění. Platí však, že i obecně nevěrohodná osoba může učinit specificky věrohodnou výpověď a vice versa (Švarc J, Netík K. 2005). Na oznamovací povinnost nemá vliv tzv. promlčení trestného činu podle § 34 trestního zákoníku, neboť sám § 368 s tímto termínem neoperuje. Jedinec není schopen sám posoudit, zda k promlčení došlo, a tudíž musí nechat konat orgány činné v trestním řízení, aby ony samy došly k závěru, zda k promlčení došlo či nikoliv.

Pokud se však budeme pohybovat mimo výše zmíněná ustanovení trestního zákona, je možné podat informace o klientovi na popud třetí strany, zejména orgánům činným v trestním řízení? Zde je nutno vyjít z ustanovení § 8 trestního řádu odst. 1 a 4: Tato ustanovení je nutno ještě doplnit ustanovením § 99 odst. 2 tohoto zákona o zákazu výslechu.

Problémem je, že i když zákon zná desítky různých úprav mlčenlivosti (Púry, F., 2013; Brečka T.A., Fiala Z., 2015), ani jednu nelze vztáhnout na výkon psychoterapie mimo zdravotnická zařízení ve smyslu osoby samostatně výdělečně činné. Neexistuje tedy žádný právní nárok odmítnout vypovídat. Zde je možné spatřovat určitý rozpor mezi profesní etikou a zákonem, výklad zákona je však jednoznačný a neumožňuje odmítnutí výpovědi bez následné sankce tohoto protiprávního jednání dle § 97 trestního řá-

du. Pokud bude v budoucnu zvažována samostatná právní úprava psychoterapie, tato problematika by měla být zmíněna a řešena, např. podobně jako je tomu v § 51 zák. č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ideálním stavem by bylo mít souhlas klienta k poskytování informací, což v rámci kontaktu s orgány činnými v trestním řízení nenalézá žádnou právní oporu.

ZÁVĚR

Jako závěrečné doporučení by mohlo sloužit následující: je vysoce důležité, aby profesní sdružení dbala na dodržování práva a etických norem a v tomto směru vystupovala jak v rámci profesní komunity, tak také široké veřejnosti. Tj. aby jasně deklarovala, jaké standardy tato profese má a jak se mají plnit. Dále vzhledem k výše zmíněným problémům je vhodné uchovávat data o klientech co nejkratší / nezbytně nutnou dobu a také v co nejmenší možné míře, neboť takovéto jednání se jeví jakožto nejlepší prevence případných obtíží a možného poškození klienta. Základem činnosti poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení je mj. jasná a srozumitelná komunikace formy vztahu mezi psychoterapeutem a klientem, aby tak nevznikla možná záměna za zdravotní péči ve smyslu zákona o zdravotních službách a případně, byť i nechtěně, poškození klienta.

Role autorů: První autor provedl rešerši a analýzu literatury, druhý autor poskytoval odborné konzultace. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

LITERATURA

- BREČKA, Tibor, A., a FIALA Zdeněk.: Výslech svědka a zpovědní tajemství, Trestně právní a kriminalistické aspekty dokazování, sborník vědeckých sdělení z 1. Ročníku mezinárodní vědecké konference; Bruna E., Straus J. (ed.), VŠFS, Praha 2015, 248 s., ISBN 978-80-7408-112-5.
- CARROLL, Michael, ed. a THOLSTRUP, Margaret, ed. Integrativní přístupy k supervizi. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2004. 280 s. ISBN 80-7254-582-5.
- Česko. Zákon č. 110/2019 Sb., zákon o ochraně osobních údajů.
- Česko. Zákon č. 121/2000 Sb., zákon o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).
- Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Česko. Zákon č. 45/2013 Sb. Zákon o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů).
- Česko. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- DOHNALOVÁ, Nikola. (2019). GDPR. Fly-eye.cz. Retrieved 12 September 2019, from <https://fly-eye.cz/blog-detail-1.html>
- HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin. Supervize v pomáhajících profesích. Překlad Helena Hartlová. Vydání druhé. Praha: Portál, 2016. 202 stran. ISBN 978-80-262-0987-4.
- NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), (Text s významem pro EHP), (Úř. věst. L 119 4.5.2016, s. 1). Retrieved 3 September 2019, from https://www.uoou.cz/assets/File.ashx?id_org=200144&id_dokumenty=32394
- PROUZA, Daniel. § 368 []. In: PROUZA, Daniel. Trestní zákoník (EZJ). 1.vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2010, s. 1172.)
- PÚRY, František. § 99 []. In: ŠÁMAL, Pavel,

GŘIVNA, Tomáš, NOVOTNÁ, Jaroslava, PÚRY, František, RŮŽIČKA, Miroslav, ŘÍHA, Jiří, ŠÁMALOVÁ, Milada, ŠKVAIN, Petr. Trestní řád I, II, III. 7. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2013, s. 1449. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR z 12. 10. 1976 sp. zn. 11 To 34/76

ŠVARC, Jiří a NETÍK, Karel. Falešná obvinění ze sexuálního zneužívání: rizikové faktory, kritéria věrohodnosti. *Sexuologie* 2005; 5 (2): 36–47.

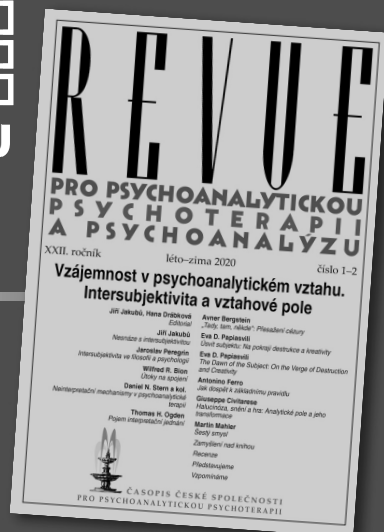
Usnesení Vrchního soudu v Praze ze dne 3. 11. 1993, sp. zn. 1 To 55/93.

REVUE

PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je jediné odborné periodikum zabývající se psychoanalýzou a psychoanalytickou psychoterapií v češtině.

Vychází dvakrát ročně a obsahuje původní klinické i teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze a informační servis.



Podrobnější informace (témata a obsahy jednotlivých čísel, editoriały, objednávkový formulář atd.) naleznete na www.cspap.cz, sekce Revue. Své dotazy a objednávky zasílejte na revue@cspap.cz.

KLÍČOVÁ KNIHA O KRÁTKÉ TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

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

Leoš Zatloukal

Rád bych se v této recenzi vrátil ke knize, která vyšla před několika lety v českém překladu. Jde o knihu Steva de Shazera „Klíče k řešení v krátké terapii“, která původně vyšla již v roce 1985 (a ve slovenštině v roce 1993 díky překladu Ivana Valkoviče). Podle mého soudu lze tuto knihu bez nadsázky označit jako „klasiku“, a to nejen v oblasti „krátké terapie zaměřené na řešení“ (SFBT), ale i v rámci postmoderních/systemických přístupů obecně. Jde o knihu v mnoha ohledech přelomovou.

Především kniha ukazuje a propojuje různé inspirační vlivy, které utvářely přístup zaměřený na řešení (práce pozdního Milтона H. Ericksona, příspěvky Johna Weaklanda, Gregory Batesona a dalších lidí ze slavného MRI v Palo Alto, teorie systémů, kybernetika, konstruktivismus, ...). Osobně jsem v této knize zejména ocenil propojení terapie zaměřené na řešení s prací Milтона H. Ericksona, kterého Steve označuje za „zdroj map“. Zdá se mi, že v současném SFBT se s postavou Milтона H. Ericksona zachází trochu podobně, jako někteří představitelé gestalt terapie zachází s Perlem nebo některé dynamické směry s Freudem. Tedy, že se na jedné straně uznává tvůrčí „genialita“ takové postavy a na straně druhé se zdůrazňuje, že „my už to teď děláme jinak“. Občas si nejsem jistý, zda to „jinak“ nutně znamená „lépe“. V každém případě by bylo podle mého soudu velká škoda zapomenout na to, že u kořenů



terapie zaměřené na řešení stál Milton H. Erickson, tento – řečeno slovy Gregory Batesona – „Mozart terapie“. Ericksonův důraz na prožitkové učení, utilizaci zdrojů (včetně symptomů), individuální přístup ke klientům či integraci různých rovin systémů v terapii (od těla, emocí a myšlenek, až po interakce s druhými lidmi), to vše jsou aspekty, které jsou velmi inspirativní i v současnosti. Často jde dokonce o aspekty, které jsou pracně znovuobjevovány v postmoderních přístupech.

Nespornou výhodou De Shazerovy knihy je, že v ní autor ukazuje, jakým způsobem se SFBT přístup inspiroval prací Milтона H. Ericksona. V některých oblastech byla inspirace evidentní – například technika „zázračné otázky“ a práce s preferovanou budoucností vděčí za mnohé Ericksonově „křišťálové kouli“ a celkově práci s hypnotickým fenoménem věkové progrese. Už méně jsou na první pohled zjevné paralely mezi oceňováním a „souhlasným nastavením“ (*yes-set*), přestávkou a posílením přijetí sugescí nebo návrhem úkolu a posthypnotickou sugescí apod. Čtenář si na četných příkladech z praxe může uvědomit, jak silným zážitkem terapie zaměřená na řešení pro klienty dokáže být a jak významnou roli hraje facilitování prožitkového učení v přístupu, kteří mnozí chápou spíše mechanicky a příliš racionálně.

Podobně je v knize patrná významná inspirace pracemi slavného Mental Research Institute, například analýzou „věžňova dilematu“ při úvahách o spolupráci s klientem (pro srovnání viz např. Watzlawick et al. 2000; 1998), aplikací teorie „dvojnásobné vazby“ (Watzlawick et al., 2000) a následně „podivné smyčky“ ve třetí kapitole nebo mapování „vzorce problému“ a jejich narušování. S odstupem více než třiceti let od vydání knihy nám už možná nedochází, jak radikální byl posun od zkoumání problémů a jejich hypotetických příčin ke zkoumání cirkulárních vzorců problémů a pokusům tyto vzorce narušit. I když diskurz hledání příčin problémů neustále v psychoterapii přetrvává, jen málokdo takový postup v současnosti vnímá jako jediný správný a jen málokdo pochybuje o tom, že problémy vytvářejí komplexní systémy, k jejichž změně lze dospět mno-

ha různými způsoby, nejen zkoumáním příčin. Ve své době šlo však o pohled menšinový a velmi provokativní.

Protože jde o knihu přelomovou, je v ní přítomné obojí – jak to „staré“ a původní, poplatné výše zmíněným inspirátorům, tak i to „nové“ a typické pro nově vznikající terapeutický přístup – krátkou terapii zaměřenou na řešení. A to „nové“ nezůstává svou radikalitou a provokativností nijak pozadu za tím „starým“. Především se tato kniha již začíná vymykat z paradigmatu „řešení problému“ (*problem-solving*) a pozvolna nabízí úplně nové paradigma –,rozvíjení řešení“ (*solution-building*). Lze se v ní setkat s myšlenkou, že řešení nemusí kopírovat složitost problému. Slavná metafora klíčů přirovnává situaci klientů k člověku stojícímu před zamčenými dveřmi, za nimiž čeká spokojený život. K otevření dveří je potřebný klíč, nikoli analýza zámku. Klíč může být velmi jednoduchý, ačkoli zámek může být velmi složitý. Tato metafora poukazuje na princip, který se postupně stal v terapii zaměřené na řešení klíčovým: řešení nemusí nijak souviset s problémem, musí jen „pasovat“ na danou situaci označovanou jako problém podobně jako klíč do zámku. Takové pojetí obrací celou terapii vzhůru nohama, všechny zdánlivě „nezpochybnitelné pravdy“ našeho oboru se touto změnou paradigmatu začínají rozpadat nebo – učeněji řečeno – dekonstruovat. Lze si snad představit terapii, která se nezajímá o problémy klientů, jejich příčiny a udržující faktory problémů? Lze si představit terapii, která je krátká, a přesto vede k dlouhodobě udržitelným výsledkům? Lze si představit terapii, která předpokládá, že všichni klienti spolupracují, a vůbec nepoužívá pojmy jako „odpor“ nebo „moc“ či „nespolu-

práce“? Lze si představit terapii, která nemá jednoznačnou psychologickou teorii osobnosti a patologie, a jediná oblast teorie, která ji zajímá, je změna? A místo aby se inspirovala účtyhodnými teoriemi vlastního oboru, tak se porůznu inspiruje různými teoriemi z jiných oborů (kybernetika, konstruktivismus, filosofie jazyka, teorie chaosu apod.)? Ačkoli to možná zní zvláštně, podle Steva de Shazera a jeho kolegů z Brief Family Therapy Center v Milwaukee si právě takovou terapii představit lze. A nezůstalo jen u představ – tým kolem Steva de Shazera tento způsob práce postupně rozvíjel a pečlivě zkoumal, až se z něj postupně stal respektovaný terapeutický přístup.

Ačkoli šlo ve své době o velmi radikální a provokativní knihu, pro mnohé terapeuty je po více než třiceti letech od jejího vydání již tato kniha radikální málo. Terapie zaměřená na řešení procházela za ty roky (a stále prochází) dalším vývojem, mnoho konceptů popsaných v této knize bylo později i samotným týmem BFTC opuštěno nebo pozměněno. Kniha kupříkladu nabízí mnoho úvah o „úkolech“, zatímco v současnosti se v terapii zaměřené na řešení spíše uvažuje o „experimentech“ (De Jong, Berg, 2008). V knize představený „model obtíží“ a úvahy o formulaci problému ztrácejí smysl při důsledném zaměření na rozvíjení řešení jako něčeho nového, co neodvisí od problému. Steve de Shazer rovněž předpokládá „vzorové intervence“ (*formula intervention*), tedy standardizované intervence, které se od jednoho klienta k druhému takřka nemění. Současné výzkumy i klinická zkušenost však ukazují, že samotné techniky nejsou ani jediným, ani nejdůležitějším faktorem terapeutické změny. Stejně tak – nebo

i více – záleží na klientovi a jeho zdrojích, na terapeutovi, na kvalitě jejich spolupráce, na způsobu, jakým je nějaká „technika“ v terapeutickém procesu nabízena (Duncan et al., 2010). V současné terapii zaměřené na řešení je proto role „technik“ či „intervencí“ chápána více v kontextu terapie jako celku a v kontextu spolupracujícího terapeutického vztahu (Lipchik, 2002). V podobném duchu bych mohl pokračovat dále, ukázek neustálého vývoje v terapii zaměřené na řešení lze najít velké množství. Z tohoto pohledu je třeba říci, že recenzovaná kniha je prostě v mnoha ohledech zastaralá. Toto vnímám jako největší omezení této knihy. Na druhou stranu kniha přináší některé koncepty a úvahy, ke kterým se rozhodně stojí za to vrátit. Zejména oceňuji úvahy o úspornosti, pečlivě popsané příklady z praxe nebo zajímavé a tvořivé intervence, které mohou podnítit terapeutickou imaginaci a tvořivost i u současných terapeutů.

Knihu bych doporučil zájemcům o krátkou terapii zaměřenou na řešení, o práci Miltona H. Ericksona a celkově o postmoderní či systemické přístupy v psychoterapii. Věřím ale, že poskytuje inspirativní čtení i zájemcům o jiné psychoterapeutické přístupy, protože i když pravděpodobně nebudou s mnoha názory autora souhlasit, mohou se těšit na podnětné úvahy a otázky a na pohled na terapii z nové perspektivy.

LITERATURA:

- De Jong, P., Berg, I. K. *Interviewing for Solutions* 3rd ed. Pacific Grove: Brooks/ Cole publ., 2008.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., Hubble, M. A. (eds.) *The heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.

- Lipchik, E. *Beyond technique in solution-focused therapy: Working with emotions and the therapeutic relationship*. New York: The Guilford press, 2002.
- Watzlawick, P. *Jak skutečná je skutečnost?* Hradec Králové: Konfrontace, 1998.
- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., Jackson, D. D. *Pragmatika lidské komunikace*. Hradec Králové: Konfrontace, 2000.

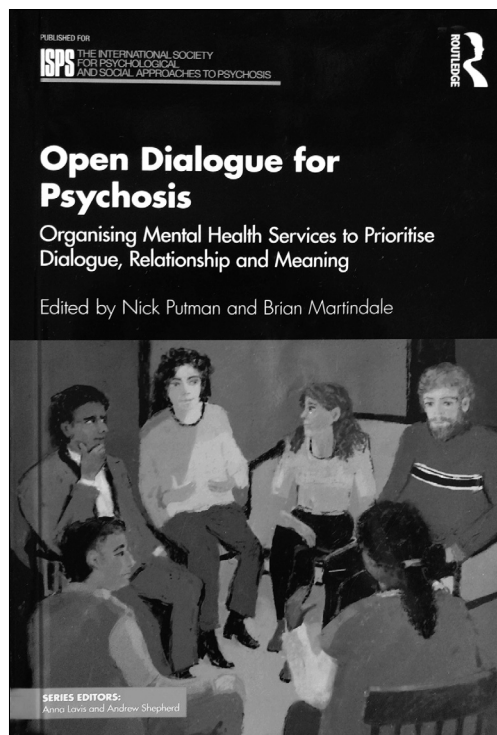
OTEVŘENÝ DIALOG V PESTROSTI PERSPEKTIV

Martindale B. & Putman N. (eds.) (2022). Open Dialogue for Psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning. New York: Routledge.

Martin Novák

Editorská dvojice Brian Martindale a Nick Putman spolu s několika desítkami autorek a autorů přinášejí nejobširnější a nejucelenější publikaci o otevřeném dialogu, jaká dosud vznikla. Kniha vychází v nakladatelství Routledge ve speciální edici ISPS (Mezinárodní společnost pro psychologické a sociální přístupy k psychóze), která je věnovaná teoretickým i prakticky orientovaným textům na téma psychózy. Autorky a autoři představují otevřený dialog v obou jeho klíčových rovinách, tj. jako psychoterapeutický přístup a jako způsob organizace péče o duševní zdraví. Kniha je pestrá mozaikou textů prozkoumávajících obě tyto roviny v mnoha zemích a v rozličných organizačních kontextech. Důležitá je také mnohost perspektiv: některé texty píšou lidé s odborným vzděláním v psychologii, psychiatrii apod., jiné zase lidé, kteří mají s otevřeným dialogem zkušenost v klientské pozici – ať už jako lidé v centru pozornosti pro psychické potíže, nebo jejich blízcí, tedy členky a členové podpůrné sítě. Kniha je rozdělena do šesti částí a celkem 47 kapitol.

První část knihy představuje otevřený dialog i jeho teoretické a praktické kořeny. Najdeme zde svěží pohled na otevřený dialog pramenící snad již z toho, že editorská dvojice má psychoterapeutické zázemí bližší existenciálnímu přístupu a psychoanalýze než například systemické rodinné terapii,



což je oblast, skrze niž se přístup dostal do povědomí v českém prostředí. Základní terapeutické a organizační principy otevřeného dialogu (bezprostřední pomoc, perspektiva sociální sítě, flexibilita a mobilita, zodpovědnost, psychologická kontinuita, tolerance nejistoty, dialogismus) vysvětluje text plynule a za pomoci mnoha příkladů. Kromě základních principů text zdůrazňuje také principy rovnosti, demokracie a respektu; transparentnosti; orientace na pro-

ces. Ty se tematizují především v posledních letech, kdy se stále častěji zdůrazňuje nedostatečné zaměření psychiatrické péče na lidská práva. Jedna z úvodních kapitol se pak věnuje psychotické zkušenosti, která je z pohledu dialogické praxe chápána nikoli jako nemoc či projev nemoci, ale výhradně jako reakce na extrémní stres.

Druhá část knihy přináší osobní zkušenosti s péčí na způsob otevřeného dialogu. Ze všech zúčastněných perspektiv zde vyplývá jako klíčové zaměření na vztahy, které se v biomedicínském modelu mohou ztrácet ze zřetele, zde jsou však nahlíženy jako klíčový aspekt procesu zotavení. Opakovaně v textu zaznívá, jak pro uživatelky a uživatele služeb a jejich blízké bylo důležité zažít prostor, kde je možné mluvit společně o náročných tématech. Ti, kdo z náročné vztahové, rodinné apod. situace vycházejí s psychotickou zkušeností, pak popisují jako zplnomocňující, že se jim dostalo podpory v hledání slov pro své zkušenosti, namísto expertního vysvětlení toho, co zažívají. Stejně tak je pro ně důležité podílet se na společném rozhodování o další léčbě.

Třetí část se zaměřuje na výcvikové programy otevřeného dialogu v různých profesních a regionálních kontextech. Formální vzdělání v medicíně či pomáhajících profesích jistě přináší řadu užitečných zkušeností a dovedností, autorky a autoři však upozorňují na to, že některé předpoklady vrývané nám pod kůži během studia a často také v praxi, je potřeba nechat být. Nebo se je dokonce odnaučit. Jde například o předpoklad, že jako odborníci bychom měli udržovat patřičnou vzdálenost od lidí, s nimiž pracujeme. Ten je zde nahrazen důrazem na autentické *bytí* s. Dále je to předpo-

klad, že naším úkolem je řešit problémy nebo alespoň nabízet možná řešení. Otevřený dialog se od této pozice odklání a jako prioritu ukazuje naši schopnost vytvářet prostor pro dialog, společné hledání a společné rozhodování. Nakonec je potřeba se vzdát předpokladu, že díky odbornému vzdělání víme vše potřebné o povaze utrpení těch, s nimiž pracujeme. Nevíme. Jedna z autorek, Olga Runciman (která se po mnoha letech psychiatrické léčby rozhodla sama stát psycholožkou a terapeutkou), píše z druhé strany o možnosti odnaučit se skrze výcvik v otevřeném dialogu „generalizovanou nedůvěru“, kterou dříve tak silně pociťovala vůči psychiatrické péči. Výcvikové programy v otevřeném dialogu dávají možnost to vše pochopit nejen teoreticky, velký prostor je v nich věnován také sebezkušenostním modulům – účastnice a účastníci je opakovaně hodnotí jako nejprínosnější část výcviku. Nezbytnou součástí je vždy také supervize. Protože jde o týmový způsob práce, je důležité, aby co nejvíce členek a členů týmu mělo možnost absolvovat alespoň základní výcvik a následně se kontinuálně vzdělávat a účastnit supervizí. Výcvikové programy proto často vznikají „na klíč“ pro konkrétní týmy a organizace.

Čtvrtá část knihy se věnuje systémům psychiatrické péče a tomu, jak je možné do nich začlenit praxi v duchu otevřeného dialogu. Jednotlivé kapitoly se vypořádávají s výzvami, jako jsou kulturní odlišnost a obecně specifika regionu, kde otevřený dialog vznikl, nebo financování služeb. Pozitivní zkušenosti z různých zemí dokládají, že je možné otevřený dialog v obou jeho rovinách aplikovat také v jiných kulturních kontextech, je možné pro takovou praxi nalézt financování z externích zdrojů a je možné

dokonce vyjednávání o financování z veřejných zdrojů v rámci místního systému péče o duševní zdraví. V jednotlivých kapitolách se dočteme o otevřeném dialogu ve specifických službách, jako jsou týmy včasné intervence pro lidi s psychózou nebo týmy pracující s rodinami migrantek a migrantů. Jedna z kapitol je věnována specificky roli peer konzultantek a konzultantů (tj. lidí, kteří sami mají psychiatrickou zkušenost) v multidisciplinárních týmech otevřeného dialogu. Dvě kapitoly se věnují zavádění otevřeného dialogu v nemocnicích, v jednom případě jde specificky o uzavřené oddělení pro léčbu psychóz – ano, zdá se, že i na takovém místě je možné pracovat dialogicky a s primárním zaměřením na podporu přirozených sociálních vazeb klientek a klientů.

Pátá část se věnuje interakcím otevřeného dialogu s jinými psychotherapeutickými školami a přístupy. Otevřený dialog vystupuje do velké míry jako přístup integrativní – nabídnout různé druhy intervence podle potřeby je ostatně jednou ze zásad na potřeby zaměřeného přístupu, finského předchůdce otevřeného dialogu. Autoři a autorky se v knize odvolávají na již klasické studie společných faktorů účinnosti psychotherapeutických přístupů. Není tedy moc překvapivé, že styčných ploch s různými školami se nachází celá řada. Mezi blízkými příbuznými se pochopitelně objevuje systemická rodinná terapie, multirodinná terapie, muzikoterapie nebo britská tradice psychiatrických terapeutických komunit. Snad o něco překvapivější je příbuzenství s kognitivně-behaviorální terapií či psychoanalýzou. Pozoruhodná je pak kapitola Sandry Steingard, která se pokouší rozplést souvislosti otevřeného dialogu s neurobio-

logickým modelem – zůstává tedy spíše u konfliktních rovin, vysvětluje však jazykem neurobiologického modelu, proč má z dlouhodobého hlediska smysl nevyužívat antipsychotickou medikaci jako výchozí léčbu v případě psychotických potíží.

Šestá a závěrečná část se věnuje výzkumům otevřeného dialogu. Úvod této části se vymezuje vůči předpokladu, že jediným způsobem, jak ověřit účinnost určité intervence, jsou randomizované kontrolované studie – otevřený dialog se totiž dlouhodobě potýká s kritikou, že dosavadní studie nenabízejí patřičnou evidenci pro účinnost přístupu. Obávám se však, že v knize předložené argumenty nepřesvědčí zastánce RCT studií o tom, že za otevřeným dialogem již stojí dostatečná evidence. Pozornost si však právě proto zaslouží kapitola věnovaná britskému výzkumnému projektu, který trvá již přes 5 let a jeho jádrem je právě velká RCT studie účinnosti otevřeného dialogu. Dvě kapitoly přinášejí přehled skandinávských výzkumů účinnosti na potřeby zaměřeného přístupu a otevřeného dialogu. Je zde kapitola věnovaná nástrojům vyvinutým k vyhodnocování věrnosti praxe vůči principům otevřeného dialogu. Několik kapitol se pak zabývá výzkumnými projekty ověřujícími účinnost otevřeného dialogu v lokálním kontextu. Za pozornost z mého pohledu stojí kapitola věnovaná etnografickému studiu terapeutického procesu v kontextu otevřeného dialogu a kapitola věnovaná teoretickému pátrání po konceptuálních kořenech otevřeného dialogu a jejich překryvech se současnou kognitivní vědou.

Osobně jsem četl knihu máje na myslí spolupráci s konkrétními rodinami v nedávné době, protože sám pracuji v týmu, který se snaží řídit principy otevřeného dialogu.

Při čtení jsem reflektoval naši práci a všiml jsem si, jak se tato reflexe proměňuje. Nejdříve trochu zádumčivě narážím na to, co všechno se nám nedaří, kde má naše práce limity vůči ideálnímu uplatnění principů – například kvůli izolované pozici v systému péče. Postupně se ale přikláním k optimistickému pohledu, když se dozvídám, že na jiných místech také nejsou věci ideální, problémy je možné kreativně řešit a práce může vést ke smysluplným výsledkům. Zdá se mi pak snazší nahlížet stávající limity jako ještě otevřené příběhy než jako symboly nemožnosti. Knihu považuji za užitečnou a potřebnou také proto, že uvádí na pravou míru různá před-porozumění vůči otevřenému dialogu na straně odborné veřejnosti. Zažitý je například předpoklad, že jde o přístup vhodný jen ve specifických situacích – třeba pro lidi s první epizodou psychózy, kteří mají dostatečné sociální zázemí apod. Některé týmy však s úspěchem nabízejí podporu třeba specificky tzv. *revolving door patients*, tedy lidem, kteří se opakovaně vracejí do lůžkových zařízení, mnohdy po celá desetiletí. Kniha je zaměřena na oblast psychóz, přesto již úvodní

kapitoly uvádějí na pravou míru před-porozumění, že jde o přístup zaměřený právě a především na péči o lidi procházející psychotickou krizí. V Západním Laponsku i na jiných místech, kde je otevřený dialog integrovaný do regionálního systému péče o duševní zdraví, nabízejí tutéž péči v duchu otevřeného dialogu lidem procházejícím jakoukoli psychickou krizí.

Celkově vzato kniha nabízí komplexní úvod do otevřeného dialogu jako integrativního a integrovaného přístupu k péči o duševní zdraví. Široký záběr knihy je z mého pohledu jak její silnou stránkou, tak také největší slabinou. Čtenářky a čtenáři získají dobrý přehled o tom, co je otevřený dialog, kde se využívá, kde a jak se zkoumá apod. Řada textů především ve druhé polovině knihy však zůstává na povrchu, argumenty jsou jen naznačeny a je potřeba hledat v dalších zdrojích. Některé kapitoly přinášejí pouze krátká shrnutí článků publikovaných či připravovaných k publikaci samostatně. Kdo se tedy tématu věnuje dlouhodobě, může být zklamán. Přesto mám za to, že jde o potřebný text, který může posloužit jako skvělý rozcestník pro další studium.

