Kapitola 2

Používání procesu reflektování při práci s rodinami s problémem násilí a týrání dětí

Eva Kjellberg
Margaretha Edwardsson
Brigitta Johansson Niemelä
Tomas Öberg

Překlad: Branislava Vargová

V této kapitole bychom rádi popsali to, jak se náš tým, pracující v běžné psychiatrické klinice s ambulantními klienty, setkal s výzvou jak pracovat s pacienty, kteří pocházejí z odlišného kulturního prostředí. Naše zaběhané teorie a praxe nám neposkytovaly nezbytné nástroje pro práci s nimi. Pokud jsme použili některé námi běžně používané metody jako základ pro klinickou práci, zjistili jsme, že pro pacienty mohou být v některých složitých případech dokonce zraňující. Naše teorie a praxe, založené na zkušenosti střední třídy městského obyvatelstva nás zavedly do slepé uličky, a proto jsme se obrátili přímo na klienty, aby nám poradili s tím, jaký druh pomoci přesně potřebují a jak bychom jim ji měli poskytnout.

Kulturní kontext

Gällivare, místo kde žijeme a pracujeme, se nachází za polárním kruhem , v nejsevernější části Švédska, Laponsku. Tato oblast je velice rozlehlá a pokrývá zhruba 1/8 celkové plochy Švédska. Krajina je konstituována vysokohorskými masivy, subarktickou divokou přírodou a rozlehlými močály. Podnebí je drsné –

země je 8 měsíců v roce pokryta sněhem a ledem. Uprostřed zimy slunce vůbec nevychází nad horizont a během krátkého léta nezapadá. Populace je nízká. Žije zde něco přes 60 000 obyvatel, kteří jsou soustředěni zejména ve dvou městech, Gällivare a Kiruna, které vznikly před sto lety okolo dvou dolů na železnou rudu. Původními obyvateli zde byli Laponci a finskými osadníky, kteří se živili především chovem sobů, lovem, rybolovem.

Proto, aby mohla být železná ruda vyvážena, byla v pustině postavena železnice vedoucí až k pobřeží Norska. V této době se začaly využívat obrovské vodopády v pohořích pro výrobu elektřiny. Pro všechny tyto projekty bylo potřeba pracovní sílu a tak se zde sešli dělníci z jižních částí Švédska a přilehlých oblastí Finska a Norska. A tak současnou kulturu laponska vytvářejí lidé z různých zemí s rozdílnými tradicemi a zcela odlišnými jazyky.

Tato oblast je bohatá i chudá zároveň. Bohatá v jejích přírodních zdrojích jako je železná ruda, vodní energie a dřevo, což tvoří solidní základ pro ekonomickou prosperitu. Po dlouhou dobu byli horníci velmi hrdi na jejich profesi a dovednosti a byli nejlépe placenými dělníky v zemi. S příchodem ekonomické recese se ale mnohé změnilo. Nezaměstnanost je zde vysoká a mnozí, zejména mladí lidé byli nuceni odsud odejít. Laponci museli bojovat o vlastní existenci, protože moderní společnost narušila oblasti pastvin sobů a tím ohrozila základy jejich kultury. Díky těmto rapidním změnám zde proběhlo dlouhé období frustrace v rozvíjení alternativních způsobů přežití a čelení moderním technologiím.

Statistiky ukazují, že zneužívání alkoholu je v této oblasti nejvyšší *per capita.* Mladiství v této oblasti mají dvojnásobný počet záznamů v trestním rejstříku a násilné trestné činy jsou běžnější než v ostatních částech Švédska. Míra sebevražednosti je vyšší než švédský průměr a mnoho lidí je diagnostikováno jako schizofrenici. Lékařské statistiky také ukazují vysoká čísla nehod a násilných smrtí.

Značná část zdejších obyvatel se velmi zajímá o politiku a také se v ní aktivně angažuje. Unie jsou zde nejsilnější a nejnezávislejší v celé zemi. Rodiny jsou obvykle velké, s blízkým kontaktem všech generací. Závislost na příbuzných, sousedech a spolupracovnících je zde přirozenou součástí života. Ortodoxní náboženské hnutí, *Laestadinaism,* zde má mnoho členů, kteří sdílejí společné hodnoty. Tato oblast je také známá jako ráj pro dobrodruhy a další lidi, kteří jsou fascinováni jednoduchým životním stylem v divoké přírodě. Obyvatelé jsou zde k přistěhovalcům a nově příchozím velice přátelští a pohostinní. Hovoří se zde 3 jazyky: švédštinou, laponštinou a finštinou. Na jihu si lidé o laponcích myslí, že jsou tiší, spolehliví a přímí.

Klinický kontext

Ještě tak před 20 lety byla psychiatrie v této oblasti známa pouze v kontextu ústavu pro choromyslné, který byl situován 200 kilometrů na jižně, a kam byli duševně nemocní lidé odsud odváženi. Tito lidé byli často vnímáni jako „živé mrtvoly“, protože v tomto ústavu často zůstávali až do smrti, zcela odříznuti od svých rodin a blízkých. V této oblasti se tedy můžeme setkat s dlouhou historií nedůvěry a strachu z psychiatrie, vedoucí k tradičnímu zacházení a starání se o „ bláznivé“ a držení a řešení závažných problémů v rámci rodiny. Rodiny tak raději udržují svá tajemství a schovávají jejich „problémové členy“, než aby je společnost schovala v uzamčených ústavech pro choromyslné.

V 70.letech byla v Gällvare postavena moderní nemocnice s psychiatrickou klinikou a před 10 lety začala fungovat ambulantní péče v oblasti dětské a adolescentní psychiatrie. Náš tým má 8 členů – 4 psychology, 3 sociální pracovníky a 1 psychiatra. Mimo naši společnou práci v centrální oblasti pracujeme na pravidelné bázi v párech v dalších 3 oblastech a tak neseme odpovědnost za péči ve všech 4 oblastech. Naše práce zahrnuje diagnostická ohodnocení a terapii běžného spektra poruch jako poruchy příjmu potravy,

autistické a jiné neuropsychiatrické poruchy, sebevražedné chování, záškoláctví, psychózy, agresivní chování, posttraumatické stresové poruchy, atd. Jsme také povinni vyšetřit a případně stanovit diagnózu na základě vyžádání soudu. Další činnost zahrnuje konzultace se sociálními pracovníky, školním personálem a kolegy ve zdravotnictví.

Nezbytná výzva

Všichni členové našeho týmu žijí v místě a mají každodenní kontakt s našimi klienty, kteří jsou našimi holiči, pokladními v supermarketu, učiteli nebo přátelé našich dětí. V profesním životě s nimi počítáme jako se spolupracovníky. To znamená, že jim musíme nabídnout takovou pomoc, která by neohrozila vzájemný respekt.

Mnoho let jsme se cítili znepokojeni vědomím, že mnoho dětí a dospívajících v naší komunitě vyrůstá a žije ve velmi nesnadných psychosociálních podmínkách a vykazuje známky narušeného chování. V naší snaze být nápomocni jsme byli úspěšní jen zřídka. Většina rodin vyhledávala naši pomoc až na základě doporučení sociálních úřadů, téměř nikdy nepřicházeli dobrovolně. Bylo jasné, že potřebujeme vytvořit takový model spolupráce, který by nám umožnil naplnit naše různá očekávání a povinnosti.

To, že máme k dispozici jen málo profesionálů na velmi velkém území, nás nutilo k systémovému přístupu. Museli jsme být pro ostatní důvěryhodní, schopni řešit problematické případy, být dostupní a jasně vymezit, jako pomoc a podporu jsme komu schopni poskytnout. Také jsme museli být opatrní, abychom nepřebírali odpovědnost za žádné části problému, které mohou vyřešit jiní odborníci, případně rodina sama a tím je činit méně schopnými. Tak mohou využívat naši odbornost tak, jak oni sami nejvíce potřebují a je pro ně nejužitečnější. Být dostupný znamená nemít čekací listiny. Musíme být připraveni setkat se s těmi, kteří nás potřebují co nejdříve.

Nejtěžší dilema pro nás bylo to, jak být na jednu stranu zdrojem pomoci pro sociální úřady – dohlížitele, kteří mají moc vážně zasahovat do soukromého života klientů – a zároveň zdrojem pro klienty těchto autorit. Protože jsme chtěli být nápomocni ohroženým dětem, myslíme si, že obojí je velice důležité. Většinou je tato otázka řešena tak, že jsou úlohy rozděleny mezi dva různé psychiatrické týmy, které jsou odděleny „vzduchotěsnou zdí“. Jeden tým má za úkol vyšetřit, jak se věci skutečně mají – jaká je způsobilost rodičů, zda se chovají násilně, zda jsou schopni se o děti postarat, zda bylo dítě zneužito, zda můžeme chápat syndromy jako následek traumatu, jak silné je pouto mezi rodiči a dětmi – a doporučit přímé kroky řešení problému a způsob terapie jednotlivých členů rodiny. Terapeutickou práci se členy rodiny má na starost už druhý tým a to proto, že se předpokládá, že vyšetřování prováděné prvním týmem může narušit až zničit nezbytnou důvěru a víru, které formují terapeutickou alianci.

Zpočátku bychom podporovali pracovat v rámci takovéto struktury. Ale protože jsme byli „odborníky“, jak klienti, tak sociální autority (včetně soudu a dalších profesionálů pracujících s dětmi) se obraceli na nás. A my jsme neměli k dispozici žádné jiné kolegy, které bychom mohli požádat o radu a pomoc, jen sami sebe. A tak jsme nacházeli cestu jak dělat „to i ono“.

Další dilema, kterému jsme čelili bylo způsobeno tím, že pracujeme ve zdravotním systému malé komunity, sdílíme kolektivní „představy“ a „známe“ historii a osudy celých generací mnoha rodin. Z pohledu sociální dědičnosti nás tato znalost může lehce vést k tomu pohledu, že příběh bude pokračovat tím, že se bude opakovat, což není zrovna nápomocné v případě, pokud cílem je právě prolomení takovéhoto modelu. Abychom se mohli osvobodit od těchto představ a domněnek, museli jsme najít takovou formu práce, která by nám pomohla vyvodit porozumění na základě současné reality, ne té odvozené z minulosti.

Vstříc nové praxi

V polovině a na konci 80. let jsme se cítili zdrceni velkým množstvím sexuálně zneužívaných, které vycházelo najevo jak v naší komunitě tak i v jiných částech světa. Cítili jsme se rozpačití a rozzlobení na pachatele a jaksi determinováni zachraňovat děti. Pokoušeli jsme se vytvořit přesné modely spolupráce mezi námi a různými úřady a vymezit, jak by se měly jednotlivé případy řešit (např. kdo bude odpovědný za co, kdo by měl hovořit s kým, v jakém pořadí atd.). Cíl pro dosažení spravedlnosti byl vytvořen: pachatel byl odsouzen, matka *back in charge*, a odpovědná za ochranu dítěte a díti byla poskytnuta individuální psychoterapie, aby jim pomohla překonat to, co jim bylo způsobeno a aby byli schopni žít opět normální život. Bylo to velmi dobře myšleno, ale nebylo jednoduché toho dosáhnout. Realita ukázala, že je to mnohem složitější než jen „dobro a zlo“, „zločin a trest“ a „pomoc obětem“. Čím víc jsme se snažili, tím větší byla rezistence těch kterým jsme se snažili pomoci. Spíše více než méně často členové rodin mohutně bojovali a mařili naše pokusy pomoci jim. Vždy jsme se setkávali s určitou mírou neochoty v případech klientů. kteří k nám byli posláni soudem nebo úřady a nebyli jsme si úplně jisti, jestli byl náš příspěvek k řešení problému z dlouhodobého hlediska skutečně kladný, protože často vedl ke „ztrátě“ rodiny. Prošli jsme si mnoha hádkami s úřady, když jsme se snažili o co největší osamostatnění naší práce od jejich kontrolních mechanismů, abychom se mohli skutečně věnovat terapeutické práci s klienty. Co se tohoto týče, nepomohli nám ani úřady,ani klienti.

Světlo na konci tunelu pro nás znamenalo, když jsme se dozvěděli o práci irského týmu Nollaiga O’Reilly Byrna, Imelda McCarthyho a Philipa Keareyho (1988). Rozpracovali ideu volného prostoru, *fifth dominion,* pro konverzaci,které se stejným dílem účastnili jak členové rodin, ve kterých došlo k incestu tak jejich „pomocníci“. Irský tým se zajímal o pohyblivé a silné loajality mezi všemi zainteresovanými osobami, které, jak se zdálo, udržovaly stabilitu systému. Neviděli své role v hodnocení toho, co je dobré a co je špatné, nebo

kdo mluví pravdu a kdo lže, což jim umožnilo vést „otevřené rozhovory“. Jejich názory nám velmi pomohly v naší situaci, která se zdála bezradná a příliš složitá. Poté jsme se setkali s Tomem Andersenem a jeho kolegy z Tromsö (Norsko), kteří pracovali s reflektujícím procesem. Všichni členové našeho týmu se zúčastnili jejich dvouletého vzdělávacího programu. Tento trénink v systemické práci a reflektujícím vedení rozhovoru nám pomohla v naší další práci. Naším průvodcem se stala neustálá připomínka Toma Andersena, abychom se vždy ptali sami sebe i klientů: „Pro koho je tato konverzace užitečná. Kdo chce hovořit o čem, kdy, kde a jaký, způsobem.“

Používání *demarkace* jako předpokladu pro reflektování

Pokud k nám úřady, které jsou znepokojeny sociálním zabezpečením a prostředím, ve kterém dítě vyrůstá, pošlou rodinu, žádají nás o odborné vyjádření z hlediska psychologie a psychiatrie, zatímco oni zahájili všechny další kroky, např. právní atd. V současné době žádáme osobu, která k nám klienta, příp. rodinu odeslala, aby byla přítomna první schůzky rodiny s týmem. Před tímto setkáním obdržíme seznam otázek, na které by úřady potřebovaly znát odpověď. Tento seznam ukážeme klientovi, a tak jsou všichni zúčastnění před zahájením sezení obeznámeni s tím, o co v prvním sezení půjde.

Při prvním setkání se jeden z nás dotazuje klientů a ostatní členové týmu jsou přítomni jako reflektující tým. Když probíráme předpoklady pro naše setkání, dáváme si pozor, abychom se těch, kteří se cítí nejméně pohodlně nebo nejustrašeněji, co by jim pomohlo aby se cítili bezpečně. Nejdříve hovoříme se sociálními pracovníky, protože ona/on je tím, kdo k nám rodinu poslal a doporučil toto setkání a tak je tím, kdo vlastní problém. Práme se jich, co je v daném případě znepokojuje a co očekávají od nás. Rodina a reflektující tým naslouchají a poté jsou vyzváni ke komentáři. Snažíme se zjistit zda členové rodiny se sociálním pracovník v nějaké míře souhlasí a v čem nesouhlasí. Velmi často můžeme najít alespoň nějakou oblast, ve které spolu souhlasí. Pak

vyzveme sociálního pracovníka, aby objasnil rodině co se stane, pokud se rodina rozhodne nespolupracovat. Někdy jsou tak znepokojeni situací dítěte, že pokud rodiče odmítnou spolupracovat, vyžádají si naše vyjádření a navrhnout sítě z rodiny odebrat. Nebo mohou říci, že se můžeme vyhnout některým problémům, ale musíme zjistit, zda má dítě suicidální tendence. Potom se ptáme členů rodiny, zda mají pocit, že je něco dalšího, co ještě nebylo řečeno, způsobuje jim to obavy a myslí si, že bychom o tom měli vědět. Snažíme co nejvíce vyjasnit, komu který problém patří. Může se také stát, že se vyskytne problém, který náleží nám, jako „psychiatrickým odborníkům“. Například můžeme v průběhu rozhovoru objevit určité problémy či obtíže, o kterých si myslíme, že si zaslouží další pozornost. Členů rodiny se také ptáme, zda chtějí do rozhovoru zahrnout ještě někoho dalšího (příbuzné, učitele, přátele či právníka). Snažíme se také o to, aby sezení byla co nejpohodlnější a scházíme se buď na klinice nebo doma. Děláme časový rozvrh a vyhrazujeme si, že nebudeme probírat případ s úředníky bez přítomnosti rodičů nebo aniž by o tom byli informování.

Sezení je skončeno, když se domluvíme a všichni souhlasí s tím, jaké jsou hlavní body, na kterých bychom měli pracovat, jak a v čím zájmu, kdo z rodiny je více méně nucen s tímto souhlasit a pro koho je to dobré. Za rozhodující považujeme, že se každý věnuje stanovení svého vlastního problému a nenutíme rodinu, pokud nechce, přijmout problém sociálních pracovníků za vlastní.Je také velmi důležité, že klienti velmi jasně vědí, čemu mohou říci ne a co nemohou odmítnout.

Toto je stabilní rámec, který jsme shledali velmi důležitým pro to, aby se každý cítil při projednávání a rozebírání důležitých okolností tak bezpečně, jak je to jen možné.Rodinu vždy informujeme o tom, co si myslíme a co děláme.Ptáme se jich na jejich názor a bereme ohled na to, jak bychom mohli naplnit jejich odlišné představy a přání. Vnímáme je jako spolupracovníky a to i v situacích, které jsou ohraničeny pojmy sociální moci a kontroly.

Průběhu celé konverzace se zbytek týmu zaujímá „naslouchající pozici“, aby mohl systému poskytnout podpůrnou reflexi. Tento proces nabízí příležitost k tomu, aby byly probrány i další témata. V tomto smyslu jsou i členové rodiny vyzváni, aby se účastnili reflektujícího procesu mezi tazatelem a osobou v reflektující pozici.

Pokud je požadováno vyšetření dítěte, hodnotíme emocionální stav dítěte a jeho kognitivní funkce použitím běžných metod a nástrojů. Mluvíme s rodiči za i bez přítomnosti dítěte a kontaktujeme další relevantní osoby, spojené s rodinou. Hovoříme s rodiči o tom, co jsme si mysleli, když jsme s dítětem pracovali a jak by to mohlo být rozuměno ve vztahu k tomu, co je hlavní řešený problém.

Je důležité získat pohled rodičů a jejich porozumění současné situaci a pokus jsme dotázáni, ohodnotíme jejich schopnosti naplnit potřeby jejich dětí a jaká pomoc či podpora by pro ně mohla být užitečná. Tyto kousky informací jsou poslouchány a reflektovány a poskytují účastníkům schopnost ještě jemnějšího porozumění problému. To často osvobodí rodiče a podpoří je v tom, aby našli nové způsoby chování a to i v průběhu velmi těžkých životních krizí, zahrnujíc společenskou kontrolu. Často se v evaluační fázi původní problém rozpustí. A i tehdy, kdy problém přetrvá i po evaluační fázi, sociální pracovníci nám po našich setkáních referují mnohem lepší a snadnější spolupráci s rodinou. Evaluační fáze dokončujeme sepsáním závěrečné zprávy. V tomto bodě je náš kontrakt splněn.

Někdy se k nám rodiče vrací, abychom spolu mohli ještě něco probrat, nebo dítě může potřebovat další pomoc při řešení určitého problému. V takovém případě je zformulován nový kontrakt. Tato fáze je charakteristická dobrovolnou spoluprací a přáním pracovat na speciálních aspektech problematických okruhů nyní definovaných samotnými členy rodiny. V posledních letech byl naším hlavním cílem přechod od kooperatvního přístupu k přístupu více kolaborativnímu.

Klinické ukázky

Případ první

Sociálními pracovníky k nám byla odeslána matka se dvěmi dětmi – sedmiletou dívkou a pětiletým chlapcem. Byla požadována psychiatrická léčba matky i dětí. Před dětmi byla brutálně týrána manželem. Otec napadal matku po dobu několika let, zvláště silně v době těhotenství a v případech, kdy se žena snažila vyjádřit svou potřebu nezávislosti.

Léčba matky a dětí začala tradiční cestou – zaměřili jsme se na trauma a symptomy matky a dětí. V průběhu jednoho roku léčby vykrystalizovaly dvě hlavní témata: ochrana a informace.

Za prvé žena a děti potřebovali v každodenním životě ochranu před otcem. Ještě dlouho po traumatických událostech se ho velmi báli. Po určitou dobu se rozhodli žít anonymně, utajeně před otcem. V této době byl otec odsouzen a umístěn do střežené psychiatrické léčebny vzdálené několik kilometrů.

Za druhé, matka potřebovala informace o postojích jejího muže k tomu, co udělal, jak se choval a o jeho záměrech do budoucna. Tyto informace nemohla získat od zaměstnanců léčebny, protože se jim nepodařilo s jejím manželem navázat žádný kontakt. Jiným slovy, cítila se uvězněna mezi nedostatkem ochrany a nedostatkem informací. Matka řešila tento problém každodenními telefonáty s manželem. Zařídila, aby jí muž mohl telefonovat, aniž by znal jejich současnou adresu. Toto vnímala jako velmi důležité proto, aby je nemohl najít a znovu pokračovat v násilnickém chování. Stávali jsme se stále vetší oporou této ženě při její snaze získat nezbytné informace k orientaci sebe i dětí v budoucnosti. Vzhledem ke komunikaci mezi matkou a otcem jsme

byli v reflektující pozici, zatímco děti zůstávaly v naslouchající pozici (Andersen, 1991). Tyto telefonáty byly zpočátku pro matku velmi stresující, protože muž se k ní choval stále zastrašujícím a agresivním způsobem. Žena vytrvala v komunikaci a po několika měsících se muž přestal chovat destruktivně a změnil svůj postoj vůči matce na více odpovědný a respektující. Začal se ptát na to, jak se mají děti, což neudělal za celou dobu odloučení. Když jsme ukončili léčbu, primární symptomy matky a dětí vymizely a už nebyly definovány jako problém.

Nový požadavek

Po dvou letech jsme od stejného sociálního odboru obdrželi nový požadavek. Otec se začal zajímat o jeho práva na styk s dětmi a na nás bylo zhodnotit jeho rodičovské schopnosti.

Ve srovnání s naší předešlou prací s matkou a dětmi, která sama definovala zaměření a rozsah léčby, byli jsme nyní povinni předložit dostatek informací na základě kterých by sociální odbor mohl rozhodnout, zda by se otec měl nebo neměl stýkat s dětmi. Tento požadavek pro nás znamenal dilema. Jak jsme měli zaujmout nestrannou pozici v ohodnocení či podpoře otcovy potřeby stýkat se s dětmi, přičemž děti se s ním stýkat nechtěly (ještě se ho pořád bály) nebo vyhnout se přístupu otce k dětem?

Když nám byl předložen tento úkol, otec byl už téměř tři roky na psychiatrii a byl před propuštěním. Bral psychotropní medikaci a byl diagnostikován jako paranoidní schizofrenik. Bylo nám jasné, že naše rozhodnutí a ohodnocení nikdy nemůže garantovat, že otec nebude pokračovat v jeho násilnickém chování. To nás ještě více znejišťovalo v tom, jak celou záležitost uchopit.

Rozhodli jsme se začlenit do práce s touto rodinou reflektivní procesy (Andersen, 1991). Rovněž nám velmi pomohl způsob, jakým matka vyřešila svůj problém, když se ocitla lapena mezi potřebami ochrany a informací. Tento

projekt jsme zahájili setkáním všech zúčastněných úřadů a členů rodiny (otec docházel zvlášť). Hlavní myšlenkou bylo vytvořit takový kontext, který by zaručil nezbytnou a pokračující komunikaci bez toho, aby se zúčastněni cítili stresováni. Zde je několik ukázek z rozhovorů se členy rodiny:

MATKA: Chápu, že má právo vidět své děti, ale oni se ho pořád bojí. Co se týče mě, potom co mě téměř zabil, nesešla bych se s ním za žádných okolností.

DCERA: Nechci ho vidět, ještě ne, potom co udělal máme.

(Syn neříkal nic, jen se ustrašeně díval na matčin obličej).

MATKA: Řekl mi (syn), že se otce bojí. Bojí se, že mu táta ublíží, protože se mě snažil bránit tu noc, kdy mě jeho otec téměř zavraždil nožem.

(S otcem jsme se sešli zvlášť)

OTEC: Chci hned vidět své děti, jim jsem neublížil. Nechápu, proč se mě bojí.

Jak jsme pracovali

Nahrávali jsme rozhovory na video a zeptali jsme se otce, zda můžeme tuto kazetu ukázat ženě a dětem (na společném sezení s námi) a naopak. Všichni souhlasili s tímto experimentem. Sociální odbor souhlasil také, ale požadoval průběžnou zprávu. Pokračovali jsme v této „trvající komunikaci“ (Anderson, Gooloshian, 1988) se stejným úmyslem jako matka, když se pokoušela vyřešit své protichůdné potřeby ochrany a informací. Zatímco matka nechtěla, aby jí otec viděla na videokazetě, děti požadovaly, aby jim matka v průběhu setkání zůstala nablízku. Chtěli, aby je viděl. Otec se chtěl setkat s dětmi co nejdříve. Zaranžovali jsme tuto komunikaci speciální cestou. Jak jsme byli rozesazeni před kamerou je popsáno na obr. 2.1.

Tazatel hovořil s dětmi před kamerou poté, co společně s matkou shlédli nahrávku otce s tazatelem. Matka a reflektující osoba naslouchali této

konverzaci. Dvakrát v průběhu rozhovoru se tazatel obrátil k reflektující osobě a žádal ji o komentář, zatímco matka s dětmi poslouchali.

Další sezení s otcem, poté, co s terapeutem shlédli nahrávku dětí, byl pořízen další záznam rozhovoru otce s terapeutem. Několikrát se terapeut obrátil na reflektující osobu s prosbou o komentář, zatímco otec naslouchal,atd.

Zde je ukázka z nahraného sezení, které bylo ukázáno otci.

MATKA: (k dětem) Řekněte o telefonátu s otcem.

TERAPEUT: Co otec říkal?

DCERA: Ptal se na školu….

TERAPEUT: A dál?

DCERA: Chce nás vidět….Jednou řekl, že bych měla říct, že ho chci taky vidět…..

SYN: Mě také.

TERAPEUT: Co k tomu chcete říct?

MATKA: Syn se začal hrozně bát a ptal se mě:"Mami, opravdu musím? Mami, bojím se."

DCERA: Řekla jsem mu, že to je moje rozhodnutí, jestli ho chci vidět nebo ne. ….a potom se zeptal," To ten strach nikdy neskončí?….Co mám říct? …..Já nevím."

TERAPEUT: Bojíte se ho víc nebo míň než před tím?

DCERA: Trošku méně.

(V průběhu sezení děti detailně hovořili o traumatu. Na konci sezení se terapeut obrátil na reflektující osobu.)

TERAPEUT: Jaké jsou Vaše postřehy?

REFLEKTUJÍCÍ OSOBA: Děti si pamatují detaily…Matka jim říká, aby si pamatovali….vyjadřují jak zlost tak obavu z toho, co jejich otec udělal.

(Další sezení bylo s otcem, který viděl nahrávku).

TERAPEUT: Co si myslíte o tom co jste viděl a slyšel?

OTEC: Moje žena i děti se mě stále bojí.

Zpočátku jsme se scházeli s matkou, dětmi a otcem jednou měsíčně. Nyní stačí 4 setkání za rok. Po roce jsme změnili způsob konverzace z komunikace přes video na konverzaci přes jednostranné zrcadlo.

Feedback od členů rodiny

Zde je feedback členů rodiny o probíhající konverzaci, na které se podílejí 2 roky.

MATKA: Děti se na něj začaly dívat….nevypadá tak strašně, jak si ho představovaly…..měli o něm dlouho takovou představu, ale teď, když ho vidí přes zrcadlo, říkají, že nevypadá tak nebezpečně….Tak si myslím, že tohle pro nás bylo dobré…Vypadají po tom tak klidně, chtěly mu i namalovat obrázek… přestože to bylo těžké…bylo dobré to vzít takhle pomalu….vypadá (otec), že to chápe, že to bude ještě nějaký čas trvat.

TERAPEUT: (k synovi) Líbilo se ti něco z toho, co jsme tady dělali?

SYN: Možnost vidět tátu přes zrcadlo…

TERAPEUT: Jak to, že jsi v tom mohl pokračovat, přestože jsi se bál?

SYN: Mám byla vedle mě.

TERAPEUT: (k dceři) Co se tobě líbilo nejvíc?

DCERA: Dívat se na něj. Nevypadá tak nepříjemně, potom co jsme se na něj dívali.

TERAPEUT: (k matce) Jak dlouho bychom měli v tomto pokračovat?

MATKA: Děti nás vedou.

(S otcem jsme mluvili zvlášť)

TERAPEUT: Co si myslíte o našich setkáních?

OTEC: Nevím….malý progres, ale velmi pomalý.

TERAPEUT: Komu takováto forma vyhovuje?

OTEC: Je to dobré pro děti.Vidím, že se mě teď bojí míň, to je dobré.

V současnosti se děti několikrát setkaly s otcem v jedné místnosti. Po tolika letech si mají hodně co říct.

Diskuse

Tento případ ilustruje prosec, který prošel několika stádii. Rozvoj této formy práce byl doprovázen příležitostmi, které se vyskytovaly v každém novém sezení.

Pohonnou hmotou pro tyto pokračující rozhovory byla flexibilita účasti. Každý měl příležitost zaujmout obojí pozice – jak hovořit tak poslouchat. Vytvořit prostor pro pokračování rozhovorů byl i samotný cíl. Slovy Andersona a Goolishiana (1988), „ je terapeutova role v tom, účastnit se systémového procesu tvoření jazyka a významů a udržování dialogu vstříc rozpuštění problému a systému samotného“ (str.372).