

Systemicky orientovaná terapie

MARCO VANNOTTI, LUIGI ONNIS, MICHÈLE GENNART
Čtvrtek 25 máje 2006 napsali [Vannotti Marco](#), [Onnis Luigi](#)

Obsah

- SYSTEMICKY ORIENTOVANÁ TERAPIE
- 1. Socio-historický kontext
- 2. Teoretický koncept zakladatelů
- 3. Psychické zdraví a patologie
- 4. Terapeutický cíl
- 5. Psychoterapeutický proces a techniky
- 6. Role psychoterapeuta
- 7. Zpráva z jedné psychoterapie - kasuistika
- 8. Indikace a kontraindikace
- 9. Modifikace metody
- 10. Institucionalizace metody
- 11. Výzkumy postupů a účinků psychoterapie
- 12. Vzdělání
- 13. Budoucnost metody

Systemicky orientovaná terapie

Marco VANNOTTI, Luigi ONNIS, Michèle GENNART

[1]

1. Socio-historický kontext

Systemicky orientovaná terapie tkví v psychoterapeutické teorii a praxi, které se zaměřují na interpersonální vztahy trpícího člověka.

Vycházejíce z reakcí na individualismus, který celý mentalistický psychoanalytický proud nepřestává rozdmýchávat, systemicky orientovaná terapie se zrodila z úsilí přiblížit se psychiatrickému pacientovi v celém jeho kontextu a ne jen v jeho psychické funkci.

Umístění duševní poruchy do mezisubjektového prostředí, ve kterém ho pacient rozvíjí, připravilo cestu pro nové terapeutické perspektivy.

Jeden z historických pohledů je, že rodina byla prvním a privilegovaným polem pro intervenci systemicky orientované terapie, z čeho vychází dnešní často restriktivně používané označování „rodinná terapie“.

Je jí vlastní hledat působení v rovině interpersonální. Tato psychoterapeutická orientace nachází však možnosti uplatnění v různých formách lidské pospolitosti.

I když systemická psychoterapie důrazně věnuje pozornost přímým vztahovým aspektům života, nemůže se mlčky pominout zájem, který obzvláště nedávno rozvinula propojujícím způsobem, a to pohledem na dimenze stejně tak důležité, jako jsou na jedné straně jednoduché, neredukovatelné zvláštnosti subjektů, na druhé straně anonymní obraz pozadí vztahů, kultury a historie společenství.

Systemické paradigma, které vzniklo ve Spojených státech amerických ve 40. letech 19. století a od 60. let došlo k bouřlivému nárůstu trendů a škol (cf. Elkaïm, 1995 ; Salem, 1987), vyvolalo zájem a diskuse v prostředí psychiatrie, ale taky v humanitních a sociálních vědách a dalo podnět ke vzniku obdivuhodného množství vědeckých prací. Z historického hlediska, zmíníme tři velké proudy, které mohou být považovány za kulturní matrice.

1.1 Teorie systémů

Systemická terapie vznikla v návaznosti na vědeckou revoluci, která od konce 30. let 19. století, v různých oborech vedla k zpochybnění tradičního vědeckého analyticko-redukcionistického paradigmatu.

Tváří v tvář krizí zapříčiněným prudkým nárůstem specializací, měl tento obnovující pohyb za cíl vytvoření paradigmatu, které by jasně podporovalo dialog mezi vědou a vývojem směřujícím k porozumění víc vázanému na realitu. Toto nové paradigma bylo pojmenováno „teorie systémů“.

V souhrnu lze říct, že jeho plánem bylo vypracovat metodu umožňující studovat organizovaný komplexní systém – fenomenologický rejstřík, na kterém jsou postaveny všechny živé systémy.

1.2 Psychoanalýza

Většina pionýrů systemické terapie byla formována psychoanalytickou školou a bohatě ji v sobě obsahují.

Freudovská psychoanalýza se vskutku zajímala o rodinné konstelace a o civilizační aspekty, kde by mohla úspěšně zasáhnout v genezi psychopatologických problémů. Přesto zůstala rozpolcená v důležitosti, jakou přisoudila těmto vlivům. Ve své klasické podobě se vždycky rozhodla zaměřit se na způsob, jakým jednotlivec zpracovává své „vnější“ motivy ve své vlastní psychické konstituci.

Po mnoha letech otevřené opozice, živené jak úzkoprsým antipsychoanalismem Watzlawicka tak vyhraněným antisystemismem některých francouzských psychoanalytiků, psychoanalytické a systemické proudy směřovaly k pochopení jejich konvergence z jedné i druhé strany, nebo alespoň jejich možnosti doplňování se, a to z jedné strany důležitostí „vnitřního světa“ jednotlivce, dynamiky jeho fantastických vyobrazení a emocí, které jsou jim přiřazené, z druhé strany interpersonálními a

sociálními vztahy jednatelce, co konkretizuje jeho příslušnost k více sociálním skupinám.

Ve studii dynamiky systémů, s ohledem na jejich historii, stejně jako historii jednotlivců, kteří ji vytvářejí (porovnej přínos „kybernetiky druhého řádu“), stejně jako psychoanalytický objev nevyhnutelného vlivu, který vyjadřuje u jednatelce jeho aktuální příslušnost k různým životním prostředím, to všechno hodně přispělo k dialogu mezi těmito dvěma proudy.

Pro aktuální informace o vývoji a aktuálním stavu vztahů mezi těmito dvěma přístupy, porovnej [Jacques Miermont](#), je to autor, kterého bez pochyb je nejlépe prostudoval (např. *Le Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques*. Paris : Payot, 1987 ; nebo *Ecologie des liens : Essai*. Paris : ESP, 1993). (N.D.)

Dva velké proudy psychoanalýzy však pozitivně ovlivnily zakladatele systemické terapie.

- První z nich čerpá z psychoanalýzy dětí a zájmu, který jeho průkopníci (jako A. Freudová) projeví rodinným vztahům, pravidelně signalizujíc vliv některých rodičovských postojů na klinický průběh onemocnění dítěte.

I když je několik výjimek, nicméně psychoanalytická péče zůstala vyhrazena pro jediné dítě.

- Jiný zdroj, z kterého systemická terapie čerpala, sídlí v kulturalistické post-freudovské psychoanalýze (Fromm, Sullivan).

Tento proud živý rozvojem sociální antropologie má tendenci směřovat psychoanalýzu k přikládání větší váhy faktorům situačním a kulturním. Zdůraznil také hlavní roli interpersonálních vztahů na utváření osobnosti i duševních poruch (3). Přesto tento kulturalistický proud nevyústil do radikálně odlišné terapeutické praxe. [2]

1.3. „Ekologický“ přístup k duševnímu onemocnění

Potřeba pocíťovaná průkopníky systemické terapie experimentovat s novými metodami péče pramení především z neúspěchu a zklamání, které se objevili na psychiatrii v léčbě těžce nemocných pacientů (dětí i dospělých) a to navzdory bohatým příspěvkům psychoanalýzy.

Obzvláště čelí obtížím v léčbě schizofrenie. Někteří praktici, jako [Whitaker](#), [Bowen](#), [Jackson](#), [Haley](#), inspirovaní výzkumy [Batesona](#) v oblasti komunikace (1972), experimentovali s tím, jak „nesmyslné“ chování těchto pacientů může získat smysl, pokud ho dáme do vztahu s konkrétními podmínkami charakterizujícími vztah mezi pacientem a jeho sférou konstituční příslušnosti, jeho rodinou.

Vyvinuli taky formu „domácí antropologie“, kde byly poprvé pozorovány a přesně a v duchu analogického výzkumu, podle jeho principů až po právě vznikající vědeckou etologii popsány formy komunikace subjektu, nositele psychiatrického problému, ve svém rodinném kontextu. V ní také naformulovali první hypotézu, co se týče vztahů pout mezi vznikem a rozvojem psychopatologických problémů a fungováním rodinných systémů. [3]

2. Teoretický koncept zakladatelů

2.1. Rodina jako systém

Systemicky orientovaná rodinná terapie se opírá o specifické porozumění rodině, stejně jako systému.

První myšlenka základního systemického paradigmatu je, že nic v živém světě neexistuje v izolovaném stavu. Každá živá jednotka je komplexním systémem, rozložitelným do subsystémů a ty jsou součástí většího celku, na kterém se aktivně podílí a které utváří své okolí.

Co se týče rodiny, ta se představuje jako forma specifické sociální organizace, která se zachovává v průběhu času, a to cyklickým obnovováním narození a úmrtí. Příbuzenské pouto je definováno dvěma základními parametry: manželství a rodičovství. Tyhle dva typy vazeb tvoří základní síť, přitom vše ostává diferencované. I když se manželské pouto může přetrhnout, rodičovské pouto se symbolicky přetrhnout nemůže.

Tato pouta zahrnují velmi specificky biologickou dimenzi („pokrevná pouta“), citová připojení zvláštní intenzity, společný obytný prostor („obývací prostor“, „dům“), sdílení a přenos „dědictví“ zahrnující konkrétní i symbolická dobra, jejichž součástí je příjmení (porovnej. Salem, 1987).

Rodina je nakonec jedno z míst nejvýraznějšího otiskování sexuality, ve své dvojité formě naplnění a zákazu.

Rodinné struktury jsou jistě velmi heterogenními obzvlášť ve vztahu k příslušnosti k sociální třídě a pokračují ve svém transformování (např. v průmyslových společnostech snížení důležitosti porodnosti, signifikantní zvýšení rozvodovosti a znovu vytvářené rodiny, objevení občanského paktu solidarity, náhradní početí potomků v rámci asistované reprodukce, atd.).

Bez ohledu na tyto změny, rodina jako obdařená entita antropologické a sociální síly, nezmizela. Zůstala zároveň zdrojem podpory i konfliktů, solidarity a nejuniverzálnějšího násilí.

Rodina se definuje i jako společenství, které zachovává konstitutivní výměnu se širším společenským životem nebo socio-kulturním „ekologickým systémem“, ve kterém se ona podepisuje; jednotlivec se nemůže vyvíjet, ani rodina se nemůže zachovat bez překročení svých vlastních limitů a vytváření nových spojení.

Rodina se tedy představuje na jedné straně jako přijímající ze socio-kulturního kontextu se kterým vyměňuje, každý z členů odlišným způsobem, na druhé straně jako sama sebou ohraničená, obdařena jistou autonomií a vlastním stylem vznikajícím z opakujících se modelů interakce jejich členů v průběhu společné minulosti.

Tvrzení o rodinné „entitě“ nám neumožňuje se k ní, jako k homogenní realitě, více přiblížit. Rodinná jednota spíše vyžaduje, abychom jí vnímaly jako „soužití“ heterogenních prvků, jednotlivců a podsystémů, které svými propojeními odlišností a výměnami tvoří strukturu vlastní rodinné dynamiky: manželského páru, sourozenců, ženských/mužských členů, atd. Rodina se může dále definovat jako organizace, jejíž pravidla fungování v podstatě překračují hranice těch, kteří řídí své jednotlivé členy, kteří jsou její součástí.

Z pohledu systemické reality se rodina neredukuje na pouhé „sdílení“ nebo součet osobností, které ji tvoří.

Stejně, jako jednotlivec, je ve své vlastní psychické integritě ohraničen ve svém JÁ svým nevědomým životem, rovněž jako člen rodinného systému čerpá z „rodinného života“ ve smyslu, jak uvažuje, cítí a koná bez toho, aby si byl všeho plně vědom, nebo měl pod kontrolou jak apriorní tak cílová rodinná pravidla.

Studie lidských systémů fakticky umožnily prokázat, že společenství mají tendenci se organizovat do komplexních struktur, kterých vlastníctví a pravidla výměny, nevyvoditelné na principu sommativity (všechno lze redukovat na součet částí), pochází v zásadě z vytvoření, nebo z improvizace mezi subjekty.

Tyto vlastnosti spadají do toho, co nazýváme vznikající vlastnosti systému (stejně jak „duch“ skupiny nebo rodinná „atmosféra“, atd.).

Lidský systém se tedy prezentuje jako neviditelný vztahový systém, ve kterém chování jediného subjektu je značnou funkcí stylu a dynamiky celku interakcí, uvnitř kterého má subjekt své místo.

V počátečních fázích rodinné terapie, byl kladen důraz na to, co by se dalo nazvat lidským chováním podmíněným systémem. Vzhledem k tomuto redukcionismu, došlo k rychlému vypracování nových trendů. Aby se lépe zaintegroval neredukovatelný aspekt iniciativy jednotlivce vůči systémovým pravidlům interakce, [Selvini-Palazzoli](#) (1988) s kolektivem navrhli uvažovat o vztazích prostřednictvím metafory hry. Pojem rodinné hry tak byl posunut dopředu, aby se myslelo na dialektiku mezi

póly zároveň opozičními a doplňujícími se. Příkladem jsou: individuum/systém, pravidla/improvizace, kooperace/konflikt, autonomie/závislost. Svým odkazem na konstitutivní dimenzi času, metafora „rodinných her“ navrhuje také uvažovat o původu jejich pravidel. Jejich pohyblivost je někdy tuhá, svévolná nebo nesmyslná. Tato pravidla řídí interakci v rodině. Metaforou „rodinných her“ se snaží zrekonstruovat základní sekvenční rámec, podle kterého každý prvotně koná způsobem plným smyslu, snaží se nalézt schéma chování, kterým se pokusí zneškodnit úder, nebo postupně destabilizovat druhého.

Další škola se snaží ukázat, že pokud je možné na úrovni chování popsat fungování páru, nebo rodiny pomocí interaktivních vzorů relativně redundantních a typických, tato společenství se tvoří na jejich úrovni čistě lidské reality a tím jsou méně objektivizovatelné na absolutní vztah ([Ph. Caillé](#)), nebo na mýtickou úroveň (L. Onnis), což dává důvod k jejich existenci a jejich jedinečnosti.

Tyto rodinné mýty – komplexní konstelace intra- a intergeneračních motivů kondenzují v sadu sdílených reprezentací, do značné míry implicitních, které rodinu bezkonkurenčně zapisují do historie a etiky.

2.2 Rozměr připojení v rodinných vztazích

Systemické myšlení vždy svědčilo o zájmu o studia etologie vztahující se ke kompetencím a k vrozeným biologickým regulacím komunikace u člověka a u zvířete.

Tento obor byl inspirací především pro výzkumy připoutání. Jasně ukázaly hlavní životní a emoční vklad intersubjektových vazeb. [Bowlby](#) vskutku ukázal, do jaké míry vývoj dětí, velmi závislý od momentu narození, se mění v závislosti na přítomnosti, selhání nebo nepřítomnosti pečující osoby poskytující možnost bezpečného připoutání.

Připoutání se uskutečňuje nejprve prostřednictvím doplňkových forem chování matky, otce a dětí (Fivaz - Depeursinge & Corboz - Warnery, 2001), kde rodiče garantují dítěti ochranu a potvrzují ho v jeho právu na existenci, v právu pociťovat přání a právu být milováno.

Vzájemně připoutávající chování, díky kterému se dítě cítí ochraňováno a zahrnuto péčí u něj vytváří pocit bezpečí. Tato základní báze mu umožňuje postupně přijmout schopnost se lišit, prozkoumávat nové prostory a nová pouta a vydržet bez trvalého poškození zkoušky odloučení, ztráty nebo agrese, se kterými je konfrontováno.

V našich společnostech jsou rodiče jaksí vtáhnutí do povinnosti pečovat, ochraňovat a vzdělávat, která zajišťuje vývoj jejich dětí. Samotné dítě dostává svou vlastní potřebu ochrany. Ví, že bez přítomnosti ochraňující osoby nemůže růst.

Nicméně pokud ona pečující osoba neplní svou úlohu dostatečně, dítě samotné může dospět k přijetí doplňkového chování ochrany svých rodičů, k chování, které označujeme „nápravné“.

Praxe rodinné terapie ukazuje, že děti se cítí často silně pobízené k tomu, aby reparovali své rodiče, pokud tito jsou nemocní nebo psychicky zranitelní. Děti zvláště citlivé na jejich zranění se cítí povinny o ně pečovat, často bez toho, aby si jich rodiče alespoň malinko všimli. V situaci, která je, sebe prezentují jako ty, kteří nemůžou nic žádat přímo pro sebe.

Tehdy mluvíme o [parentifikaci](#) dítěte (nebo-li posunutí se dítěte do rodičovské role).

2.3. Etická dimenze vztahů

Výměna (výměna gest, majetku, emocí, významů, atd.) ve společenství je základem pro porozumění rozvoje a údělu individua a taky samotné skupiny.

[Boszorményi-Nagy](#) (1986) ukázal zejména, jak je důležité zabývat se otázkou spravedlivosti a nespravedlivosti v zakládajících vztazích pro pochopení mentálního utrpení a vytvoření nejvhodnějších terapeutických strategií.

Podle něj, jedině respekt k etickému principu rovnováhy a vzájemnosti ve výměnách vytváří pojivo pro všechny blízké vztahy a umožňuje udržovat nebo restaurovat důvěru mezi členy rodiny napříč generacemi. Ve skutečnosti, pokud rodiče dávají dětem, děti taky dávají a snaží se zaplnit někdy prohozením rolí, generaci svých předků. Jemný odstín mezi tím, co je vyjádřeno a pocitem být v rovnováze s tím, co bychom měli dát, a dostat sehrává významnou roli v spolehlivosti vztahů. A obráceně, nerespektování pravidel výměny může způsobit významné utrpení a živit pošmourné pocity nespravedlnosti, které vybuchnou do přání pomsty nebo autodestrukce.

3. Psychické zdraví a patologie

Systemická epistemologie se v oblasti duševního zdraví postavila proti k tendenci spočívající ve vykrystalizování utrpení nebo nemoci v podobě individuálních vnitřních morbidních jednotek.

Problém chování nebo psychologické dysfunkce nemůže být z jeho vlastního hlediska oddělený od vztahového kontextu, do kterého je pacient vepsán, ani od zkušenosti, kterou ve své situaci prožil.

Zdůraznění sociální dimenze konstitutivních psychiatrických poruch jistě vedlo k vyústění do extrémních podob, jako anti-psychiatrie, která prohlašovala, že šílenství neexistuje. Tíha psychického a vztahového utrpení se usměřňuje/upravuje stejně těžko prohlášením jako exkluzivní redukcí do psychopatologických kategorií.

Porozumění symptomu, na kterém je založena systemicky orientovaná terapie se vyvíjelo a kompletovalo. Můžeme ho představit v pěti etapách.

1. Základní pozorování bylo zaměřeno na skutečnost, že symptom zapadá do nadbytečné komunikační sekvence nebo jistého typu chování určeného předchozím a následujícím. Symptom se taky objevuje, jakoby sám měl statut chování, které vzniká a formuje se v horizontu interakce. Může odstranit jeho význam jen dekodováním celku vztahů a kontextu významů zvnitřa kterého se objevil. Ve svém inovativním textu nazvaném K teorii schizofrenie, Vers une théorie de la schizophrénie (1956, v Bateson, 1972), Bateson uvádí příklad mladého člověka, vycházejícího z akutní exacerbace schizofrenie. Jeho matka ho přišla navštívit do nemocnice. Když jí uviděl šťastnou, objal ji kolem ramen, na co ona ztuhla. Mladý muž proto přestal s objetím. Matka se ho pak zeptala, jestli ji přestal milovat, načež on zčervenal a řekl, že se nesmí nechat vyděsit svými pocity. Zahlcen neudržitelnými rozpaky, syn rychle opouští matku a podléhá klastické (úlomkovitě) krizi z agresivity vůči ošetřovateli. Takový výbuch se nedá pochopit, pokud si ho člověk nepojí s předchozí emočně intenzivní patovou situací, bez možného východiska. Bateson analyzuje tuto situaci označenou double-bind (dvojná vazba nebo paradoxní dvojité omezení).

Tento způsob přístupu k symptomům určitě relativizuje pojmy normální a patologický, ve smyslu atributu individua nebo „osobnosti“ a inklinuje k jejich vzájemnému přiblížení jako vlastností interpersonálního systému.

Zajisté, v počátečním období historie systemické terapie byla tendence označit za „příčinu“ nemoci individua rodinu. Symptomatický předmět byl považován za ten, který převzal fatální zodpovědnost a ztělesnil nepohodlí z nefunkčního rodinného systému. Jeho kvalifikování na „označen za pacienta“ by mohlo naznačovat, že byl nositelem nevinnosti a stal se obětí nefunkčnosti rodiny. Pokud to bereme v úvahu, dostáváme se k novému principu lineární závislosti, jako skutečnému patogennímu faktoru.

2. Jako další, dáváme předem důraz na vnitřní dvojznačnost symptomu. Z jednoho pohledu se pokus začít diskutovat o dysfunkčních pravidlech interpersonálního systému jako vyjádření požadavku na změnu, jeví jako bolestivý a temný. Z druhého pohledu posiluje vytváření opakujících se obvyklých řešení, která jsou již do značné míry prokázána jako nevhodná. V tomto smyslu brání vývoji jednotlivých členů rodiny podle měnících se podmínek jejich vývojového cyklu.

Když se tedy vrátíme k předchozímu příkladu, můžeme říct, že mladý člověk byl uveden do krize dvojitým příkazem své matky, která požaduje, aby jí na jedné straně měl rád a na druhé straně jí projevovat své pocity lásky. Vyjadřuje to od protichůdných požadavků přes osobní a projektivní čtení chování a citů vůči ní, než ve svém vlastním jménu.

Ale v tom zmatku, kde se nachází, místo aby vrátil matce nepřijatelnou zprávu, kterou mu ona poslala, biť s komentářem, což by vyžadovalo extrahovat z ní jakkoliv málo a přistoupit na „meta-komunikaci“, nebo když bude na řadě vůči ní, aby jí ukázal, alespoň to nejmenší zlo, které mu tím ona způsobuje. Místo toho zasahuje bláznivým způsobem z třetího směru a tak nedobrovolně potvrzuje, že se stal šilencem, odděleným od vlastních pocitů a neschopným autonomie, pro kterého má milující matka všechny důvody, aby jej chránila pod svými křídly jako malého, kterého třeba ochraňovat a „pomáhat mu“ v chápání sebe sama.

Tato aktivní implikace pacienta ve „hře“, nebo rodinném dramatu, stejně jako dvojí význam a ambivalentní symptom, nás pobízejí, abychom překročili myšlenku lineárně redukované kauzality, podle které je rodina odpovědná, nebo dokonce viněna za nemoc pacienta. Není tady ani viník ani nikdo patogenní, všichni spolupracují, nebo udržují dysfunkční situaci a všichni jsou zachyceni v síti stejného utrpení.

3. Na vyřešení nebo zmobilizování smyslu pojmenovat vnitřní příznaky rozporu, si systemický přístup stále více uvědomuje nutnost přemístit jej do diachronního (studující daný jev v různých časových úsecích) pohybu celku: do historie rodiny, uvnitř které by bylo možné rozpoznat klíčovou pozici.

Dialog s vývojovými paradigmaty byl v tomto ohledu význačným přínosem. Systemicky orientovaní terapeuti se pokusili rozpoznat příznak a jeho celkové kritické zhoršení až do krize, která nejčastěji motivuje rodinu, aby se nechala vést plně vývojovým významem.

Krize se tedy jeví jako obzvláště úrodná situace, jako moment vysoké nestability, jako začátek možné skutečné strukturální změny, za předpokladu, že daný lidský systém – individuální, rodinný,... – obsahuje rámec, nebo možnosti dostatečně ochranné, aby ke změně mohlo dojít.

4. V oblasti rodinné terapie se více autorů pokoušelo najít kritéria umožňující identifikovat funkční a dysfunkční rodinné styly. Bylo zmiňovaných mnoho kritérií týkajících se komunikačních poruch ohraničených endorodinně (uvnitř...) nebo périrodinně (okolo...) s dialektickou (umění vést rozhovor se schopností odhalovat protichůdnosti v řeči druhého) schopností individuace-příslušnosti, atd. (porovnej Salem, 1987).

Pohled terapeuta zůstává jistě rozhodujícím při posuzování těchto kritérií. Cokoliv to je, „zdravé“ fungování subjektu se nedefinuje jako absence utrpení, zlomů nebo krizí, ale svou schopností zapojit se spolu s dalším do příběhu, kde může on sám v rámci svých možností uvidět svou vlastní cestu a měnit svou vlastní rovnováhu, jako vývoj byť i průchodem přes nestabilní stavy.

Zdá se, jak to zdůrazňuje Kaufmann (1983), že lidské systémy musí pro zachování zdraví svých členů projevovat na jedné straně stabilitu a vnitřní koherenci, která

bude schopna zachytit východiskový bod a bod identifikační a podporovat pocit sounáležitosti a zodpovědnosti a na druhé straně jistou pružnost pravidel fungování, co umožní diferenciaci osob a změnu příběhu společenství samotného.

5. Ať se to týká pochopení patogeneze nebo rozpracování projektu péče, systemická terapie dnes inklinuje ke vztahování se k paradigmatu komplexnosti (Morin, 1990 ; Onnis, 1985), kde rozměry lidské konstituční podmínky zdraví a nemoci, biologické fungování, psychodynamický, intersubjektivní a enviromentální proces, jsou považovány ne za externí entity jedna vůči druhé a nejsou viděny vzájemně se vylučující, ale jako ve svém základu se doplňující.

Podle metafory od Morin, inspirované latinským výrazem *complexus*, by tyto dimenze mohly být vetkané mezi ně jako části osnovy stále hlídající jistou autonomii nebo vlastní texturu. Paradigma komplexnosti umožňuje překročit výlučnou logiku typu *bud/anebo* kde psychogeneze je v opozici k organogenezi v konfliktu, který psychiatr a psychoanalytik J. Schotte (1990) právem kvalifikuje jako etio-ideo-logické, k prospěchu logiky dialektických artikulací typu *stejně dobře jako*.

Tato změna systemické epistemologie připustila nové formy vyšetřování a péče, které se jeví obzvlášť plodně. (Onnis, 1985).

[4] Systemická terapie odmítala po mnoho let uchýlit se ke klasickým psychopatologickým kategoriím a pro představu i k diagnostice. Tento protest, pokud by měl několik dobrých důvodů k bytí, je nepotvrzuje dnes v celé své radikálnosti. V konstruktivistické optice přináší zajisté poznání, že **pozice** diagnostiky (která v psychiatrii může jen zřídka operovat s abstraktními **jevy** klinického setkání), se zapisuje do seznamu neredukovatelných interakčních dimenzí.

Navíc, sociální konstrukce normálního a patologického, která podléhá kritériím klasifikace psychopatologie je komplexní proces, který překračuje hranice oboru psychiatrie a dává do hry **komplex** současné kultury.

Ptát se na samotný původ „psychického problému“ a hledání ohraničení jeho hlavních forem zůstává důležitým krokem.

Je důležité, že diagnostické kategorie pomáhají pochopit osobité druhy utrpení pro každý jednotlivý typ vybrané poruchy, co se týče trans-subjektivnosti a typickosti (především v její vyléčitelnosti).

Stručně řečeno, psychopatologická diagnostika je konstrukce, ale jako taková se vztahuje k realitě. Zanedbání této reality vytváří obrovské ztráty, zejména co se týče možnosti **vykročit** k specifické terapeutické blízkosti, jejíž význam je prokázán.

4. Terapeutický cíl

Účelem systemické terapie může být popis, jako to, co pochopí utrpení a zúčastní se ho, jako dimenze osobního setkání s cílem podpořit změnu opatrovaného systému k lepšímu ([Vannotti & Célis-Gennart, 1998](#)).

Zejména v léčbě rodin se intervence zaměřuje na rozvoj změny v komplexu emocí, kognicí a chování, které podporuje výuku nových implicitních relačních znalostí (Stem, & coll., 1998). Jinými slovy řečeno symptomatický pacient není sám, kdo se má měnit pro to, aby došlo k uzdravení nebo úlevě.

S respektem a pozorností k individuálnímu utrpení spojujeme pokus o jeho integraci v společném nepohodlí v jemu příslušícím prostředí s využitím metod intervence, které jsou přímo orientované na celý komplex interpersonálních vztahů.

Cíl, který řídí průběh léčby, odráží mlčky setkání mezi žádostí o změnu klienta (osoba, pár, rodina nebo jiná forma společenství) a cíli, které terapeut určuje na základě svého pověření, svého modelu vztahování a svých vlastních etických norem.

Žádost osoby míří často k zmírnění svého vlastního bezprostředního utrpení vázaného na zlom v předtím existující rovnováze, na vakuum, které se vytvořilo v jeho sféře příslušnosti, na konflikt, který se stal nesnesitelným, na tíhu nepříznivé životní události, na trauma nebo násilí, které trvá nebo trvalo. Zatlačen tíhou utrpení, ne vždy vnímá její původ a už vůbec nepomyslí na změnu, kterou by měl udělat, aby si odlehčil.

Rodinná skupina často žádá zachování nebo zrestaurování maximální vnitřní konzistence z pohledu vlastní auto-ochrany. Kdo vlastně rozhoduje o cílech? Etika, která podtrhuje klinické vztahy implikuje ve skutečnosti kontinuálně obnovované vyjednávání mezi záměrem terapeuta, rodiny (aby došlo k některému z očekávaných záměrů) a každého z členů. Taková konfrontace vyžaduje relativní stabilitu terapeutického rámce. *Citujeme příklad z rodiny Sor. Rodiče přišli na konzultaci kvůli poruše chování jejich dvou adolescentů. Otec, Marius (48 let), trpí chronickým selháním ledvin od mladého věku. Jako adolescent byl léčen hemodialýzou. Přežil to jako obzvláště traumatizující událost. Později podstoupil transplantaci ledviny, kterou dobře toleroval 18 let. Před třemi léty došlo k náhlému odmítnutí. Bylo to období, v průběhu kterého celá rodina prošla důležitou krizí. Lékařské a psychosociální následky tohoto odmítnutí byly tak tvrdé a fyzická a mentální degradace kvůli selhání ledvin tak významná, že se Marius rozhodl „zastavit náklady“, víc o sebe nepečovat a nechat se zemřít. Nechtěl znovu zažít trauma, které vytrpěl v adolescenci. Oznámil, že dospěl k tomuto rozhodnutí po dohodě s manželkou Nelly, se svou starší 14letou dcerou a svým synem 10letým synem. Po uplynutí několika týdnů v paliativním centru, Marius se vrátil k svému původnímu rozhodnutí a rozběhl se nový program dialýzy. Když se Mariusovo zdraví stabilizovalo, obě děti začaly v následujících měsících předvádět problémy s chováním stále více a více zřetelné a vyvstávaly vážné konflikty. To vedlo rodiče k vyhledání terapeutické pomoci. Na základě tohoto příběhu si terapeuti vytvořili hypotézu, že přestože to není „problém“ přinesen do*

rodiny, je důležité dotknout se utrpení, které nemoc vyvolala nejen u Mariuse, ale taky jiným způsobem u každého z jeho blízkých. Zejména smutek a vzpoura dětí vztahující se k očekávané smrti otce skrze „pasivní sebevraždu“, zdůraznily, jak byli do všeho hluboce zatáhnuti všichni. Dotkli jsme se taky myšlenky, že očekávat od blízkých povolení nechat se zemřít, snižuje jejich respekt víc než jejich zatížení vlastní úzkostí a nerozhodností. Pokud by se terapie mohla v průběhu několika měsíců ukázat jako účinná, bylo by to zejména díky příchozímu a odcházejícímu, které bylo provozováno mezi původním požadavkem konzultantů („péče o děti“) a pracovní hypotézou, která zahrnovala uznání utrpení a vzpoury skrytě svázané s nemocí otce, jeho přání umřít a očekávání smutku.

Vypracování terapeutického konceptu zahrnuje, že účastníci začínají společně znovu číst situaci, přičemž uvolňují emoce a znovu nacházejí příběh, který ztělesňuje bolestivou přítomnost. Počínajíc nenuceným významem, jedná se o podporování nových emočních a vztahových zkušeností vzájemně mezi členy rodinného systému a mezi nimi a terapeutem, což umožňuje vymyslet alternativní modely chování.

Spoluvytváření léčebných cílů zahrnuje, že tyto budou postupně identifikovány v průběhu procesu, nebo že budou modifikovány taky někdy v průběhu uvědomování si situace, která se běžně vyskytuje.

Toto spoluvytváření má podobu sdíleného terapeutického procesu, protože umožňuje rodině a terapeutovi spolupracovat v rámci setkání, vidět a respektive posilovat jejich kompetence.

S tímto vědomím se terapie točí kolem výměn, které mají za cíl dosáhnout nejvyšší možné míry pro klienty a terapeuta.

[Piaget](#) popisuje tuto výměnu jako „navýšení“, protože po výměně se každý nachází na vyšší úrovni fungování. Tedy utrpení, které původně motivovalo terapii, může najít smysl v navýšené transformaci, nutně navýšené, kterou vyvolalo mezi klienty a terapeuty.

5. Psychoterapeutický proces a metody

Chceme představit několik velkých fází léčebného procesu, se zdůrazněním, že nejsou striktně v sérii za sebou, ale jsou všechny chápány jako podstatné dimenze procesu, nebo pro terapeuta, jako osy akce, které jedna po druhé jsou mobilizovány nebo upřednostněny do první linie. Společně zmíníme techniky, které podporují léčebný proces a to až po samotné jádro rozlišení technik samotného procesu.

Před nadefinováním rámce je třeba poznamenat, že klienti musí sami oprávnit terapeuta, aby začal s intervencí. Průzkum důvodů, které má osoba nebo rodina pro to, aby přišli nebo nepřišli do terapie, musí předcházet, ne následovat, zaměření pozornosti na obsah požadavku. (Tilmans-Ostyn, 1987).

Kdo opravňuje osoby, aby se šli poradit? Kdo se staví proti? Jaké jsou konflikty loajality, se kterými jsou konfrontovány a které mohou mít původ v neúspěších předchozí léčby?

5.1. Definice rámce. Systemická terapie může přijmout rodinu, pár, osobu samotnou nebo síť (v kontextu instituce, například skupinu osob signifikantně se vztahujících k symptomatickému pacientovi).

Obecně platí, že situace a samotné procesy řídí návrhy terapeuta v zadaném rámci s ohledem na možné změny v průběhu léčby. Tedy při jisté individuální terapii mladý člověk trpí z problematického vztahu se svým otcem a terapeut se po čtyřech letech rozhodl pozvat na společnou konzultaci otce i syna. Jediné setkání tohoto druhu bylo nutné i postačující k zahájení procesu truchlení vůči nerealistickým očekáváním, které syn živil vůči svému otci a paradoxně došlo i k zlepšení vztahu.

Ať tvoří tento rámec jeden, dva, nebo více osob, systemická terapie zahrnuje jako klíčový faktor léčení práci na sobě. Zdůrazňuje, že každý klient může znovu vzít do svých rukou svůj příběh a objasnit, jako některé výrazné aspekty pokračují v zasahování do současných problémů a působí v možných eventuelních nových výběrech, pro klienta výhodnějších.

Nicméně, pokud se práce na sobě prezentuje jako nevyhnutný rozměr systemické terapie, zkušenost ukazuje, že je často nezbytné, aby subjekt byl živě konfrontován s protagonisty jeho příběhu, aby opravdu „pochopil jinak“ a „choval se jinak“.

Reálná intersubjektivní konfrontace umožňuje se méně soustředit na sebe (ve smyslu slabší projekce) od aktuálního k minulému chování ostatních členů interpersonálního systému. Tedy společná přítomnost členů jedné rodiny má výhodu, že umožňuje otevřít možnost pro každého, aby ukázal své vnímání situace, své rozpominání na fakta, svá očekávání, s odevzdáváním emocí, které se k tomu vážou, s vyslechnutím a vnímáním každého ze svých blízkých a s novou orientací na základě takových intersubjektivních sdělení.

Terapeut je v podstatě aktivátor tohoto procesu, intrarodinné vazby jsou považovány za důležitější než vazby mezi klientem (klienty) a terapeutem. [5] „Práce na sobě“, protože odsud začne vliv na ostatní, není způsobena výplodem fantazie v procese mluvení, jak to tematizuje freudovská psychoanalýza, ale vzájemným poznáním, ke kterému dochází při výměně mezi partnery interakce.

Přivlastnění si sebe sama, se tedy může realizovat za pomoci různých terapeutických logik. I v individuální systemicky orientované terapii je subjektivní konfrontace jedním z důležitých terapeutických nástrojů.

Může se to provést v nepřítomnosti členů rodiny, nebo s nimi mimo terapeutického prostoru, ale s přípravou v jeho vnitřku. V tomto ohledu odkazujeme na uchvacující

článek M. Bowena, který popisuje svou ambulantní práci s členy své vlastní rodiny rozptýlené ve čtyřech rozích USA (porovnej. Anonymous, « A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille). Francouzsky : Thérapie familiale, 1992,15,99-148). (N.D.)

Technika: definice rámce a jeho modifikace v závislosti na procesu a cílech léčby.

5.2. Formulování hypotéz

Ve svém článku z roku 1980, Selvini-Palazzoli a kol. zdůrazňují potřebu, aby si terapeut vypracoval počáteční pracovní hypotézy založené na prvních informacích, které shromáždí při vyšetřování a léčbě. Tyto hypotézy nejsou a priori ani pravdivé ani nepravdivé, ale ukazuje se, že svým „potenciálním“ charakterem více nebo méně mobilizují změny pacienta nebo rodiny. Terapeutovy hypotézy budou také čelit dialektickým způsobem sebeporozumění samotné rodiny, které zároveň dodává důležitost.

Hypotézy jsou většinou postaveny na trojici základů:

- 1) teorie vztahů a klinické zkušenosti terapeuta
- 2) vzetí v úvahu množiny informací poskytnutých klienty, nebo v některých případech sítí (například zanedbávání zjištěné sociálními pracovníky)
- 3) tendence formulovat dané skutečnosti s transgeneračním příběhem, ve kterém jsou klienti zapsaní.

Je jasné, že vícero hypotéz se může ukázat relevantních a že terapeuti musí být připraveni z nich odmítnout ty, které nedávají smysl nebo neposkytují žádnou odezvu u klientů. Samotná povaha klinické situace, stejně jako setkání mužů a žen, kteří si „nejsou podobní“ nás vybízí ke skromnému, kritickému, neuctivému postoji se zřetelem na předem stanovené postoje, z kterých vycházely naše hypotézy.

Ale taková neúcta neznamená, že se můžeme obejít bez teorie.

Vytváření hypotéz umožňuje teď spolu s klienty postupně vytvořit obraz porozumění utrpení, kterým procházejí, promítnout terapeutický cíl a vyhodnotit, v závislosti na něm, mnohdy bouřlivý pohyb v léčebném procesu.

Technika: formulování a testování hypotéz

5.3. Terapeutický svazek/spojenectví/vztah

Systemická terapie je koncipována jako proces, v němž jsou terapeut a klient společně zaangażováni ve spolupracujícím modu. Takový společný pohyb

předpokládá pracovní spojení. To stojí na emočním vyladění, ale taky trvalém jednání o protikladných pohledech.

[Duruz](#) (1994) navrhuje definovat spojení jako interakční proces ve kterém klient a terapeut „vyjadřují kognitivně, emočně i chováním své shody i neshody co se týče terapie a jejího průběhu“.

Uvědomění si nesouladu se jeví jako základ spojení. Vzájemná investice do terapeutické práce je fakticky možná jen pokud podílející se protagonisty mohou vysvětlit jejich rozdíly a vyjednat pravidla výměny, které se vztahují jak k přáním klienta (klientů) se záměrem toho nejlepšího pro něj (ně), tak k principům a požadavkům terapeuta (zejména finančním). Pro budování vzájemné důvěry nevyhnutelné pro terapii je konsenzus na této úrovni nevyhnutelný.

Emoční vyladění hraje jinak zásadní roli v terapeutickém spojení a nepřestává ji hrát v celém procesu léčby. Nicméně se proměňuje ne jen verbální výměnou, ale taky v širším rozsahu a infra-jazykovou komunikací (Fivaz-Depeursinge a Corboz-Warnery, 2001).

Aby se terapeut emočně vyladil se svými klienty, musí nejdřív dokázat rozpoznat momenty, kde on sám prožívá svůj vlastní výrazný emoční stav. Je tedy dovedený k tomu, aby věnoval pozornost svému vlastnímu emočnímu stavu, ve kterém jedna vrstva vyzdvihuje klinické setkání a události, které ji zdůrazňují a druhá vyzdvihuje „rezonance“, které tato situace probouzí v horizontu své vlastní historie. Je také důležité, aby si dokázal uvědomit významné klinické projevy emočního stavu konzultanta, i když je spontánně neverbalizuje a aby mohl přivést k taktnímu popsání tohoto emočního zážitku, všechno v kontextu události a významu, kterého se týká.

Je důležité, aby emoce takto přivedené k vyjádření byly terapeutem odůvodněné a aby terapeut poznal své přednosti v závislosti na kontextu a primární historii pacienta. Tento vztah osoby k osobě, kde se partneři emočně vyladují nad svými výraznými signifikantními reflexy a jejich legitimitou, je podle našeho názoru nejhlubší aspekt terapeutické aliance.

Technika: vzájemná investice pacienta a terapeuta ve výměně, v závislosti na jejich specifické roli, rozvíjení a legalizace emocí.

5.4. Mnohospměrná neobjektivnost

Úkolem systemicky orientovaného terapeuta je zaměření na zlepšení stavu nejen osoby, ale i životního společenství, kde různí členové mají nejčastěji protichůdná očekávání a utrpení každého hluboce zasahuje postoj ostatních. Proto se terapeut nemůže postavit na individuálním základu nebo jednostranně po boku pacienta na úkor ostatních, co by například mohlo vést k odpovědnosti za neštěstí prvních.

Z etického hlediska, které jí je vlastní, si systemicky orientovaná terapie klade za cíl zlepšení života „které je prospěšné pro všechny zúčastněné, ať už fyzicky či nikoli [...]“.(Guntem, 1986) z toho vyvozuje, že zlepšení pro jednoho z protagonistů neznamená z principu ztrátu pro ostatní. V tomto duchu bude terapeut stejně dobře vnímavý jak k utrpení a vlastním touhám každého tak k odpovědnosti, která mu připadne ve vztahu k ostatním členům jeho sféry příslušnosti. [6]

Pro přehlednost výše uvedených třech argumentů, stručně nadefinuujeme etiku jako vědu o regulaci lidského chování, zejména vztahů, o regulaci, která musí garantovat každému jednotlivci jeho uznání a jeho hodnotu lidského člověka usilujícího o štěstí.

- Za prvé, důraz systémového přístupu na vztahy mezi jednotlivci, tyto chápány stejně tak v jejich pragmatické a existenciální hodnotě jako jejich komunikační dosah, zejména vyzývá terapeuta přemýšlet o místě a roli, kterou účastník sociální situace může mít ve vztahu. V tomto smyslu je jádrem model rodinného terapeuta maďarského původu Boszormenyi-Nagy. (viz podkap. 2.3). Pro něj se autonomie jednotlivce získává jedině prostřednictvím vztahu Já-Ty, vztahu důvěry podle pravidla etiky, založené na spravedlnosti a vzájemnosti.
- Za druhé, přihlídnutí k základní sociální podstatě identity člověka (za použití výrazů ekosystém nebo příslušnost) vylučuje koncepci individualistického projektu existence ve společnosti. Pravidelná prohlášení Batesona o technovědou řízeném nadbytku, si zaslouží, aby byla tady zmíněna.

Konečně, kybernetika druhého řádu, se svým a priori konstruktivismem a ve vztahu k nedeterminismu, který umisťuje ve jménu komplexnosti do srdce každého vyvíjejícího se živého systému, trvale připomíná, že je vlastním životním nasměrováním člověka, když je odevzdaný deterministickému modelu, aby byl konfrontován s realitou výběru. Více k těmto tématům porovnej Y. Rey, & B. Prieur : *Systèmes, éthique. Perspectives en thérapie familiale. (Etické systémy. Perspektivy v rodinné terapii)* Paris : ESF, 1991. (N.D.)

Koncept mnohospěrné neobjektivnosti, který ukoval Boszormenyi-Nagy označuje tuto formu zvláštní smlouvy, kterou se terapeut snaží dát prostor střídavě každému. Zaměřuje se tedy ve svém úsilí o pochopení a empatii na různé členy systému, kterého se to týká a podporuje každého, aby vyjádřil svůj postoj s ohledem na důsledky, jaké to má pro ostatní.

5.5. Objasnit a zpracovat etickou dimenzi vztahů

Když vzájemná výměna posílí rodinné vazby, častěji se zrodí utrpení v dysfunkčních rodinných stylech, z nedostatku porozumění činů, darů nebo obětí učiněných jedněmi ve prospěch druhých. Tento nedostatek znalostí zanechává výměnu ve virtuální dimenzi a neumožňuje její změnu a skutečnou výměnu. (Piaget, 1946).

Terapie je zaměřena na zviditelnění chvályhodných prvků chování některých vůči druhým, které by ale mohli zůstat skryty pod rouškem symptomů nebo autodestruktivního chování.

Také se snaží zviditelnit prvky pomstychtivého chování, nevyhnutné etapy, aby mohlo dojít ke znovuvytvoření nového kontextu spolupráce a plodné výměny. Pro podporu přechodu z virtuálního do reálného se terapeut zajímá v první řadě o pragmatiku výměny, přitom se znovu obrací na určený postup. Zatím co stejně dlouho jak dluhy a pohledávky zůstávají virtuální, nemůžou se ve skutečnosti rozhodnout ani na úrovni symbolické reprezentace ani v činnosti subjektu (Vannotti a Real, 1990).

Terapie pracuje tedy zároveň na reprezentování i „dělání“ (8), přičemž toto poslední je z pohledu psychogenetického je nepostradatelný úvod od aktu se prezentovat. (8). Je to příležitost zmínit, že mezi mnoha existujícími systemickými školami, terapeutické přístupy více zaměřené na „dělání“ než na zpodobení, například Watzlawickovo krátké interakční přiblížení, Minuchinovo strukturální přiblížení, Haleyovo strategické přiblížení. (N.D.)

Technika: různé typy postupů (viz Miermont, 2001).

5.6. Umístit rodinný systém ve své transgenerační historii

Pozornost, jakou systemicky orientovaná terapie věnuje interpersonálním strukturám, se týká taky současných vztahů mezi různými členy postiženého systému jako konstitutivní rámec vztahů, které vyznačovaly původ života a životní cestu každého z nich. Práce tedy probíhá jak na ose synchronní (současnost), tak na ose diachronní (proměna v čase).

Za základní uzdravující faktor považujeme rekonstrukci vývoje vztahů v čase a to nejen v životě subjektů, ale taky napříč generacemi. Selvini-Palazzoli a kol. (1988) zejména sledují, že pro pochopení symptomů a utrpení, do kterých se vztahy zapsaly, je nutno se pohybovat v třígenerační perspektivě.

V tomto ohledu příkládají systemicky orientovaní terapeuti velký význam vypracování rodokmene a její přepis do podoby genogramu. Rodinná historie skrývá vždy i šedé zóny nebo mlčení, ke kterému se členové spontánně nevyjadřují. Rodokmen poskytuje rámec, který umožňuje umístit tyto zóny a postupně je zpracovat.

V tomto smyslu může být přiblížen jako „geografie“ nevědomí rodiny. Není to terén samotný, ale umožňuje terapeutovi se orientovat a doprovázet klienty až na hranici k nejvýznamnějším komplexům z jejich vnitřní historie. Rodokmen může také určit z generace na generaci osudové konstanty chování a poskytuje, pokud jsou vypracovány, možnosti předcházení jejich zopakování. A nakonec umožňuje dávat

smysl tomu, co z hlediska striktně synchronního se může jevit jako absolutní, absurdní, svévolné nebo závratně drahé „řešení“.

Technika: rodokmen, rekonstrukce historie pomocí narativní techniky.

5.7. Vysvětlit utrpení

Utrpení, které zažil každý z členů jedné rodiny, zůstává často skryté a neznámé. Může to být v důsledku nedbalosti, násilí, nebo absence podpory uvnitř rodinného systému.

Toto utrpení dává vědět o obtížích, které člověk zažil od rodičů jako dítě v době formování jejich vztahu a následně v péči a vzdělávání, kterou poskytuje svým vlastním dětem. Takový zákryt utrpení mezi rodiči vede ke zmatku v generaci dětí s ohledem na jejich vlastní potřeby nebo vnímání. Zúčastňují se pak současně minimalizace utrpení a nepoznání prokazatelné skutečnosti.

Rodiny, které mají tyto vlastnosti, neskrývají nebo neposilují skutečné události, přes které prošli, ale mají tendenci k oslabení emocionální zkušenosti, která se k nim váže, tím spíše pokud se jedná o utrpení vázané na traumatické události (Selvini, 1995). Toto nepoznání vyústí v idealizaci a štěpení namířenému na odhalení ztrát a traumatických situací, které do aktuálního času zůstaly nevyslovitelné – štěpení, které sestávají z oddělení faktů od emocionálního dopadu, který měly.

Technika: pracovat na emocionální dimenzi událostí a traumat, potvrdit všechny prožité emoce, projevit empatii k utrpení druhého.

5.8. Použití metaforického jazyka

Největší inovace co se týče metody v systemicky orientované terapii jsou podle našeho názoru ty, které pracovaly na samotné terapeutické scéně, přičemž do ní odhodlaně vnášely metaforické prvky a tím zesilovaly „herní pole“. Metaforický prvek je sice přechodný stav mezi dvěma typy myšlení: myšlením sémantickým, logickým a analytickým na jedné straně a myšlením analogickým, které je rozporu s myšlením smyslovým, s představivostí a se symbolismem.

Metafora pochází z tvůrčí činnosti, jejíž povahou je vytvářet propojovací body a přechody mezi dvěma systémy. Jako taková generuje stejně dobře mnoho nových obohacení významů jako nových vnímání reality. Z hlediska pocitů sdílených a potkávajících se otvírá v systemicky orientované terapii použití metaforického jazyka z přesvědčení, z ideálů, pocitů „vnitřní svět rodiny“. Tato úroveň reality, které se členové jednoho společenství intenzivně zúčastňují, ale které zůstává do značné míry neverbalizovaná, může být kvalifikována jako „mýtická“ (Onnis, 1985).

Vícero slavných terapeutů využilo evokující moc metaforického jazyka a uvedli rodiny do atmosféry velké emoční intenzity dlouho předtím, než se rozvinuly a strukturovaly různé současné techniky.

Nelze je prezentovat jako celek, zmíníme jen rodinné sochařství. Je založeno na převažujícím způsobu analogických a neverbálních vyjadřovacích prostředků. Sochařství umožňuje vyjádřit to, co není přijatelné přes slova, podporuje vyvěrání nevysloveného nebo toho, co je etymologicky (vývoj slov a změny jejich významu) ekvivalentem, rodinný mýtus (například. mýtus, že se má chránit jednota rodiny za každou cenu. Mohlo by to být doprovázeno zrcadlovými fantaziemi o katastrofických selháních nebo smrti).

Je to právě proto, že má sám metaforický rozměr. Symptodem může vzniknout dvojí a paradoxní požadavek říct nebo neříct, změnit nebo nezměnit. Přiblížení jako metafora rodinného utrpení umožňuje, aby terapeut přijal vizi situace, která nebude zaměřená na nedostatky, ale taky na rodinné zdroje.

- Včetně schopnosti svých členů porozumět samým sobě „co u nich nejde“

Terapeut může tedy pracovat s jednoduchou metaforickou scénou, která mu je nabízena, respektujíc její charakter, používat narážky, a její možných vyústění vůči novým budoucím horizontům.

Technika: sochařství (Onnis, 1985), systemické příběhy, plovoucí předměty. (Caillé a Rey, 1994).

6. Role psychoterapeuta

Již uvedené změny, které poznamenaly vývoj systemicky orientované terapie se týkají taky pochopení role terapeuta. Pohyb, který nastal pod vlivem von Foerster (1991), považovaný za „kybernetiku druhého řádu“, zdůraznil, jak pozorovatel tvoří integrovanou součást sledovaného systému.

Jak již fenomenologie zdůraznila, pozorovat, popisovat a tím spíše pečovat jsou činnosti, které spočívají na jedinečném a zároveň konstitučním činu *vztahování se k...* nebo *v bytí ve vztahu s...*. Samotná objektivita je zvláštní způsob komunikace subjektu s objektem.

Co se týče definice role terapeuta, tato epistemologické pozice obsahuje důležité důsledky. Když opustíme mýtus neutrality, nemůže více požadovat striktní objektivní znalost problémů nebo dysfunkcí vyskytnutého systému.

Je potřebné si uvědomit svou účast v tom, co se stane „terapeutickým systémem“, v němž se integruje on sám, klient(i) a zřeknout se, za uvědomění ctižádosti, kontroly průběhu léčby a plánování jejích výsledků.

Toto vzdání se je nicméně spojeno s větším uznáním samostatnosti a tvůrčí schopnosti jednotlivců nebo interpersonálních systémů (autonomie ve smyslu schopnosti produkovat své vlastní normy a zákony vývoje).

To, že se terapeut začne považovat za spolutvůrce klinických situací a jejich vývoj mu přiřazuje novou etickou odpovědnost (viz Doherty, 1995).

Uznání intersubjektivního rozměru vytváření reality, daleko od zrušení potřeby etického smyslu naopak vyžaduje, abychom neustále znovu vyhodnocovali kritéria a ideály, které jsou základem naší činnosti.

Vzorovým příkladem potřeby, kdy terapeut konfrontoval etický rozměr odpovědnosti, spočívá v případech domácího zlého zacházení (zanedbávání, násilí nebo zneužívání).

Tváří v tvář takovým situacím, intervenující osoba může stejně dobře hrát důležitou roli v ochraně oběti a zejména mladistvých, stejně tak jako může ve své nevidomosti pomáhat udržovat utrpení. V tomto ohledu extra pozornost, kterou klade systemický přístup „kauzální cirkularitě“, nemůže být v rozporu s primární etickou odpovědností, která zahrnuje ochranu nejoslabenějších členů interpersonálního systému, vůči kterému probíhá intervence. (Cirillo a Di Blasio, 1989).

Aby se dítě aktivně zapojilo do vidění a slyšení, terapeut se nemůže vyhnout zkušenosti nerovnováhy moci: zanedbávané nebo zneužívané dítě, bez ohledu na jeho zapojení, je především obětí a rodiči, který ho trýzní, ať je to z jakýchkoli důvodů, uzurpuje roli autority.

Toto tvrzení není v rozporu s principem konstruktivistického paradigmatu, ale zabraňuje přijmout jen jeho části. Uznání relativity vnímání, poznatků, systému aktuálních hodnot, atd. Neznamená, že terapeut pozastavil etické rozhodování (ve smyslu schopnosti rozlišovat prospěšné od škodlivého) s ohledem na činy vykonané svými klienty nebo jejich blízkými.

Pokud ho napadne empatický postoj zbavený všeho souzení vzhledem k osobám, napadne ho taky mobilizovat svou kapacitu vyhodnocovat skutky, z hlediska specifického aspektu mezilidských důsledků.

Říct, že jasné vyjádření odpovědnosti a případných vyplývajících opatření, není kompatibilní s aliancí, kterou jsme povinni vůči našim klientům, by znamenalo prokázat nedostatek odpovědnosti na samotném terapeutickém poli. Takový koluzní (s obavou, že naruší) a klamný argument, upřednostňuje vlastní hodnotu spojenectví, na úkor sdílené odpovědnosti. Pokud chce udržet spojenectví za každou cenu tak, že neumožní konfrontaci, může také naznačit, že ze strany násilníka je dobré pokračovat v jednání stejným způsobem. Je to daleko od toho, co by klinická zkušenost potvrdovala.

Zde obhajované etické hledisko má samozřejmě vliv na získání potřebných terapeutických dovedností. Strach z utrpení konzultujících (zejména těch, kteří zneužívají své příbuzné) a předtucha o jejich zdrojích předpokládají silné citové zapojení, ve střetu člověka s člověkem. Terapeut musí být schopen prokázat odhodlání řešit problémy, které vnímá jako citlivé, přestože se zdá, že se jim klienti chtějí vyhnout a přinést do rozhovoru prospěšné i škodlivé vlastnosti jejich aktérů nebo jejich voleb. Za jistých okolností přestává na sebe brát pozici nesouhlasu.

Konečně je důležité, aby stejně tak jako další živé bytosti, byl schopen užít si autenticitu, způsob jakým rodina nebo společenství, které potkává, formují každého s jeho podílem na změně a nepřízni, připoutání a konfliktu, jeho vlastním stylem „přátelství“.

7. Kazuistika

Uvádíme příklad, kde se setkává somatická, behaviorální a mentální objednávka. Již několik měsíců a bez zjevného důvodu Michal, 14letý adolescent s lehkou růstovou retardací, znepokojuje své rodiče svým anorektickým chováním. Jídla (ve smyslu snídaně, oběd, večeře) mají konfliktní charakter a bolestivé klima je umocněno váhavým postojem rodičů. Nepohodlí všech roste každý den, protože adolescent očekává od rodičů na základě přesvědčení a z důvodu jejich minulosti to, co mu nemůžou poskytnout, dostatečně silný rámec. V poslední době se Michal rovněž zdá být posedlý myšlenkou na smrt a sebevražedné myšlenky. To děsí rodiče i ošetřujícího lékaře, který navrhuje rodinnou konzultaci. Rodičovská zakázka míří nejdřív k pochopení důvodů chování svého syna a nalezení způsobu jak jej podnítit k jezení. Po několika sezeních se dozvídáme, že každé setkání se starými rodiči z matčiny strany je příležitostí vzpomínat na matčina bratra, který tragicky zemřel ve věku 7 let, a pro kterého je u slavnostního jídla rezervované místo u stolu. Michalova matka Annie, která působí taky zlehka deprimovaně, hluboce trpěla ve svém dětství, když viděla své rodiče ztrápené a moc zaměstnané vzpomínkou na smrt, než aby se dostatečně dobře věnovali jí (jeden z motivů nepřekonatelného truchlení babičky z matčiny strany pocházelo z toho, že dostala od svých vlastních rodičů úkol mít mužského dědiče). Ale Annie trpěla především tím, že nedostala uznání za úsilí, které jako dítě projevovala ve snaze uvolnit smutek svých rodičů. Toto utrpení bylo Michalovi skryté, stejně jako bylo skryté prarodičům.

Pro vyvolání vzpomínky na klíčovou událost, udržuje rodina absurdní rituál. Kdykoliv prarodiče s žalem připomínají smrt svého syna, Michalovi rodiče se střídavě cítí být zranění a frustrováni, ale neodvažují se to projevit.

Tváří v tvář tomuto neukončenému zármutku mají terapeuti hypotézy, že existuje souvislost mezi Michalovy aktuálními symptomy a smrtí jeho strýce. Zdá se, že projevy adolescenta přinášejí na scénu odmítnutí života, východisko ze skrytého utrpení, ale taky paradoxně, tichý požadavek, aby mu jeho právo na život bylo potvrzeno. (viz kap. 3).

Příznak má vícero podob. Nejprve má všechny znaky „delegace“ (Stierlin, 1977). Tento termín se odkazuje na skutečnost, že dítě vnímající s neudržitelnou silou signály, které odrážejí obavy, touhy a fantasie svých rodičů, se může cítit pověřeno „misí“, kterou pro ně má naplnit. Při naplnění své mise, kterou prožívá jako naléhavou a odpovídajíc loajálně na přesvědčivé zmocnění, dítě doufá, že se naplní jeho potřeba být milován.

Zpomalení růstu a anorexií oživuje Michal jistým způsobem dítě, jehož smrt ponořila do smutku dětství jeho matky. Ale tahle regenerační funkce nenaplňuje význam symptomu. Terapeuti vytvořili hypotézu, že latentní deprese u matky se projevila u syna – a obsahuje taky i část hostility.

Hostilita Annie s ohledem na vlastní rodiče, kteří ji prohlíželi bez toho, aby mohla vyjádřit svou frustraci nebo svůj hněv ze strachu, že trvale ztratí možnost připoutání, kterou prodloužený smutek jejích rodičů již oslabil.

Michalova hostilita, tváří v tvář své matce, která stejně jako její vlastní rodiče nemůže dát svému dítěti jasné signály svého přání žít, ale taky tváří v tvář svému otci, který se nerozhoduje ukončit obtěžující zpřítomňování fantomu mrtvého strýce v mateřské linii. Michalův symptom tady má dimenzi mise, kterou lze přeložit slovy „chcete mít smrt, budete ji mít“.

V počáteční fázi léčba pozůstávala z vymezení emocí dospívajícího a rodičů a rekonstrukce historie rodiny přes generace a konkretizování bolestí a nespravedlností, které v ní vznikly. Počáteční hypotéza byla, že proces budování autonomie a separace byly u Michala zbrzděny posláním, které dostal. Aby byl uvolněn z transgeneračních projekcí a očekávání, které ho tížily, terapeuti se snažili objasnit utrpení rodičů samotných a vyhnout se jejich vlastní úzkosti ze separace, projevující se zejména u otce. Terapeutický proces zviditelnil alternativní vodítka a příznaky zejména ve třech oblastech:

- Podpora rodičovského vedení a ujištění mezigeneračních hranic

Při hledání zatím nevyužitých zdrojů, terapeuti povzbuzovali rodiče, aby převzali funkci zarámování, kterou až doteď značně odmítali vykonávat, částečně kvůli svým pochybnostem o jejich rodičovské kompetenci, částečně z obavy, že by se bezpodmínečně zaangažovali u dítěte, které může umřít (stejně jako se to stalo s bratrem matky, nejstarším ze sourozenců). Rodiče se tajně obávali takového úmrtí, v souladu s „rodinnými scénáři“ (Bing Hall) nebo „neviditelnou loajalitou“ (Boszorményi-Nagy), které se přenáší z generace na generaci, poznačující přesvědčení a chování rodin. Skutečnost, že otci a matce Michala se podařilo představit si a zrealizovat alternativní rodičovské chování, jiné než předtím, umožnilo ostatním členům rodiny lépe se najít a diferencovat se.

- Rozvinutí smutku

Terapeuti se pokusili umístit do nového horizontu evokace smyslu klepání smrti ze strany prarodičů. Navrhli hypotézu, že utrpení a shromažďovaná bolest naléhaly na přeživší, aby chtěli zastavit čas a rozvoj každého z nich, co by jim umožnilo zůstat spolu. Proto vyzývali rodinu, aby zašla ke hrobu mýtického a idealizovaného strýce aby se s ním definitivně rozloučili, pohřbili jeho ducha. V této subtilní hře na delegování, míra, do jaké se Michal sžil s mýtem mrtvého strýce, byla ceremonie doprovázena slavnostním prohlášením rodičů, podle kterého bylo jejich přáním, aby Michal pokračoval v žití a růstu.

- Zaměřit se na nové vytvoření „etické rovnováhy“. Obnovení spravedlivé výměny mezi generacemi znamená, že pracujeme na jedné straně na objasnění a deaktivování překroucených skutků odplaty nebo nevědomých projevů pocitů a na druhé straně, že aktivujeme rozeznávání předtím nepovšimnutých významů. Tak si Michalova matka uvědomila přímé souvislosti a nepřiznané spory, které stáli proti jejím rodičům a které její syn převzal do svých záhadných symptomů. Terapeuti také zdůraznili povahu solidarity, která existovala v rodině a která, pro to, aby se stala skutečně průkaznou, vyžadovala, aby její význam přijatý dítětem, přes dvě generace, v úsilí utěšit rodiče byla výslovně potvrzena. Tato osa intervence usnadnila maximální výměnu mezi Michalem a rodiči, výměnu, ze které i samotní prarodiče profitovali.

Na konci 11měsíčního léčebného období začal Michal přibírat na váze a začal růst. Jeho staří rodiče přestali mít vyhrazené místo pro mrtvého, jeho rodiče ho byli schopni lépe určit hranice. Rozpuštění terapeutického systému neproběhlo bez obtíží, obnovilo separační úzkost otce, která byla provázána s jeho osobní minulostí (kterou tady nezmiňujeme).

Terapie je zahrnuta do kategorie interpersonálních setkání, kterých emoční aspekt přiradil procesu svůj styl a jedinečný vývoj. Hlavní zmiňované problémy v toku rodinného vyprávění byly vázané mezi sebou do protichůdné hry na téma individuace, rodičovství a smrt, v útrobách terapeutického spojení, kde intervenující byli autenticky dotčeni utrpením rodiny. Evokace smrti matky a její nekonečný smutek zvlášť rezonoval u jednoho z terapeutů, u kterého oživil osobní zkušenost.

8. Indikace a kontraindikace

Všechny formy psychických poruch mohou být řešeny prostřednictvím systemického přístupu v míře, ve které každý pacient vyžaduje být pochopen v kontextu svých konstitučních vztahů nebo na druhé straně tato orientace poskytuje pružný pracovní rámec zahrnující v zásadě různé formy konzultace (individuální, rodinnou, síťovou,...). Přístup k systemicky orientované terapii může mít zajisté hodně různou podobu. Lidé mohou trpět zejména pro své mezilidské vztahy, paradigmatický vzorec je, že manželé požádají přímo o párovou terapii. Rodiče, kteří se vážně obávají o symptomatické dítě, můžou rovněž požádat o rodinnou terapii, bez toho, aby „pacient“, o kterého se jedná, chtěl nebo byl ve stavu schopného konzultování ve

vlastním jménu. Je taky velké množství situací, kdy „požadavek“ na terapii vyplývá ze systému samotného.

Tak je to například v případě psychosomatických poruch, těžkých duševních onemocnění nebo chronických nemocí s ohrožením života (Vannotti, Célis-Gennart, 1998). Počátečním úkolem je posoudit jestli indikace, kterou představuje referent, umožňuje vytvořit skutečné pracovní spojení, kde se klienti investují pro sebe sama a potvrzují, že zamýšlená léčba není kontraindikovaná z více kontextových důvodů. (viz kap. 5). Jakmile je pozice psychoterapeuta stvrzena klientem, intervence se zaznamenává především v rámci síťové práce.

Mnohé výzkumy (Henggeler, 1999) skutečně prokázaly klinickou účinnost síťových systemických zásahů, kde jsme se obávali vzít v úvahu více aspektů a rozhraní zapojených do nemoci. Snažit se léčit symptomy zanedbávajíc kontext je strategie, která může být efektivní v krátkodobém horizontu, ale v dlouhodobém horizontu těžko odolává tlakům, které společně formují, nebo udržují příznak.

Naopak, snažit se ovlivnit patologické dynamické kontexty (intrapsychické, interpersonální...) zanedbáním vtělení a „tloušťku materiálu“ příznaku může zdůraznit utopii, která se jeví slepá tvář v tvář reálným a každodenním podmínkám vytvářejícím tvář nouze, která nezmenšuje utrpení.

Systemický model byl na rozhraní systému péče a práva, stejně jako v případě zneužívání, použit pro hodnocení terapeutické hodnoty. Z hlediska kontra-indikací, je nutno poznamenat, manželské nebo rodičovské násilí může být řešeno ze systemického pohledu až poté, co dojde k jeho zastavení, pokud je to nutné, i za pomoci prostředků sociální kontroly. Nemělo by smysl si představovat, že terapie samotná může ochránit oběti. Opět platí, že terapeutický přístup se často musí zapojit do širší sítě zahrnující třetí strany v systému členství, sociálních pracovníků a představitelů zákona.

Právě tak, jak vnitřní kritéria samotné systemické praxe (týkající se rámce, techniky, etických norem,...) budou respektovány, není, v přísném slova smyslu kontraindikace pro systemický přístup.

To může být přirozené, že jeho základní orientace, která ho definuje především jako krátkodobou terapii orientovanou na zdroje a mobilizující relativně efektivní život, neodpovídá očekávání některých klientů. V tomto smyslu, jak poznamenává Schiepek (1999), úplně konkrétní kontraindikace spočívá v požadavku klienta [7].

Vztah subjektu ke svému příznaku se tedy neděje v rovině mít příznak, ale v rovině „být příznakem“, se kterým je subjekt v rodinném systému identifikován (strana. 9). V tomto smyslu, jedním z prvních úspěšných výsledků léčby páru nebo rodiny bude často, že se jeden z jejích členů bude moci skutečně zapojit do individuální terapie.

Takto zahájená změna ve skupině, do které přináležejí, ho udělá více nezávislým z hlediska požadavku na individuální změnu. (N.D.)

9. Modifikace metody

Různé směry systemicky orientované terapie jsou inspirované konstruktivismem, sociálním konstruktivismem a narativním přístupem (viz Elkaïm, 1995). Ačkoli výhradní použití těchto přístupů vyvolává spoustu kritiky (riziko absolutního relativismu mezi radikálními konstruktivisty, neznalost účinnosti „tvrdé reality“ a riziko nivelizace základní etické polarity postavené na správném vůči nesprávnému), tyto modely nicméně přispěly k obnově systemického paradigmatu.

Shrňme ve třech bodech hlavní změny, které ho charakterizují.

1) Pozornost se více nezaměřuje na pragmatiku pozorovatelných interakcí, ale se široce otevírá sémantice chování, to znamená, motivaci, cílům a subjektivnímu „dávání smyslu“, které stojí v pozadí lidského chování.

2) Spíše se počítá se schopností pochopit a modifikovat „léčený“ interpersonální systém se zaměřením na jednu čistě synchronickou perspektivu. Klade se větší důraz na historii vývoje systému a historii života každého z členů v tom, že má vlastní zvláštnost. V tomto směru, reinterpretuje především některé koncepty pocházející z psychodynamického dědictví, jako například deprivace a trauma.

3) Vzdalujeme se od modelů, které dávali důraz na homeostázy a „odpor ke změně“ interpersonálního systému. V zdůrazňování schopnosti jednotlivce a rodiny nalézat směry a oblíbené formy jejich budoucího rozvoje se terapeut jeví méně direktivním a ochotnějším pracovat s nepředvídatelným, přičemž se zapojuje do společně naplňovaného běhu, kde sám předem nezná meandry ani výsledky.

Ve vlastním vývoji byla systemická terapie konfrontovaná s problémem sladit protikladné požadavky:

- Zabezpečit její počáteční požadavek věnovat maximální pozornost tomu, co se v řečených a vykonaných interakcích mezi členy rodiny děje „tady a teď“, co bychom mohli nazvat starost o bdělost pro aktuální rozměr setkání, mnohem bohatší než jednoduchý rozměr „řečeno“
- Najít přístup „do hloubky“ jak v utrpení, z této strany individuálních dysfunkcí a pozorovatelných vztahů, tak ve vnitřních zdrojích, které jsou posléze možno právě blokové nebo nekultivované, ale které jsou nejvhodnější, aby se objevily a vykonaly zlepšení pro jednotlivce a rodiny (Ausloos, 1995). [8]

Na vyjádření dynamiky systémů jsou tady nezbytné pojmy autoorganizace a autopoiesis, které používá Bertalanffy, von Foerster, Varela, a další (porovnej kapitola 13, poznámka 5)

Co se týče změn metody, jsme nyní svědky obnoveného zájmu o terapeutické zásahy týkající se jednotlivce samotného (individuální systemická terapie) a to částečně kvůli značným problémům vázaným na kolektivní sebe prezentaci členů jedné rodiny.

Systemický přístup zaujal taky důležité místo ve smyslu několikanásobných služeb pomoci a péče (pomoc školní, vzdělávací, sociální, právní služby,...). Teorie a praxe vyplývající ze systemické terapie byly přepracovány podle těchto specifických oblastí. Zejména v závažných, nebo více problémových situacích, nemůže být psychoterapie jediným nástrojem změny. Je důležité, aby systemickým způsobem terapeuti spolupracovali s ostatními službami podpory nebo sociální kontroly. V tomto smyslu síťové intervence, vzdálené od samostatných pomocných kroků můžou tvořit integrální součást samotného terapeutického procesu (Onnis, 1980).

Budoucí rozvoj systemického přístupu, jak v oblasti praktické, tak ve vzdělávací a výzkumné, musí striktně klást důraz na komplexnost pro podporu pozitivních vývojových trajektorií člověka a rodiny.

10. Institucionalizace metody

Systemicky orientovaná terapie je dnes široce institucionalizovaná. Například ve Švýcarsku Švýcarská lékařská asociace ji považuje spolu s psychodynamickou a kognitivně-behaviorální terapií za jednu ze třech z nejuznávanějších psychoterapeutických metod.

Je pravdou, že některé trendy, seskupeny pod jejím jménem, jsou více reprezentované a institucionalizované než jiné (ty, které aktivně pracují na vyjádření psychoterapie jinými metodami, jako metody péče bio-medikální, psychoedukativní, ...)

Různé národní a mezinárodní asociace osvědčují důležitý rozvoj systemické terapie ve světě. Na našem kontinentu [l'European Family Therapy Association \(EFTA\)](#), která shromažďuje členy a vzdělávací instituce z téměř celé východní a západní Evropy, široce přispěla k šíření systemického paradigmatu do oblasti psychoterapie.

Mezi hodně početnými časopisy, které existují v této oblasti, citujeme v USA Family Process, ve francouzštině Thérapie Familiale (Genève), Générations (Paris) a Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux (Bruxelles); v němčině Familien dynamik; ve španělštině Redes (Barcelone); v italštině Psicobiettivo a Terapia Familiare (Rome).

Švýcarská asociace založila multidisciplinární akademii výzkumu a vědy o rodině a na univerzitě (Neuchâtel) interdisciplinární systemické studium.

11. Výzkumy postupů a účinků psychoterapie

Za 30 let nashromážděná značná část výzkumů ukazuje účinnost systemické psychoterapie (pro přehled, viz Pinsof a další. 1996; Schiepek, 1999). Tyto výzkumy ukazují navíc to, že u značného počtu psychických problémů a u hlavních psychických poruch, metody spočívající přímo v terapii dalších členů rodiny symptomatického pacienta, je vyšší stupeň účinnosti, než je použití ostatních metod, jako například samotná meditace, individuální nebo párová terapie.

Tyto studie účinnosti shromažďují zároveň řízený výzkum (s kontrolní skupinou) a nekontrolovaný výzkum, kde je účinnost hodnocena porovnáním míry pre- a post-léčebné působení nebo retrospektivní anketu (katamnestické studie). Na poli systemicky orientované terapie jsou předloženy dva typy výzkumu charakteristické vysokou externí nebo „ekologickou“ validitou. Probíhají ve stávajících zdravotnických zařízeních a ne v umělých podmínkách (Schiepek, 1999).

Je pravdou, že současný stav výzkumu stále vyžaduje důkladný rozvoj (specifičtější definování analyzovaných problémů, větší výzkumný vzorek, přesnější diferenciací použitých systemických metod,...). V současném kulturním trendu, který upřednostňuje medicínu založenou na důkazech, musí být posouzení kvality prioritou pro výzkum v oblasti psychoterapie. V této souvislosti se ze současných spíše parciálních slibně vyvíjejí přesné a reprodukovatelné evaluační programy.

Na druhou stranu, výzkumem povzbuzena systemická terapie obecně v oblasti péče (hodnocení účinnosti integrovaného přístupu k nemoci) pomáhá navrhnout nejvhodnější léčbu a podporovat dlouhodobé zlepšení zdravotního systému ekonomicky a sociálně akceptovatelnými prostředky. V oblasti výzkumu procesů používaných v terapii, je daná obšírnost témat, dovolujeme si odkázat klienta na nedávno vydané dílo (Kerig a Lindahl, 2001), které informuje o různých metodách používaných do současnosti k „pozorování“ nejspolehlivějšího způsobu tohoto nanejvýše fluidního, dynamického a míjivého fenoménu oproti ideálu fixace objektivistického ducha, který tvoří realitu skutečného mezilidského života.

12. Vzdělání

Na evropské úrovni zdůrazňujeme význam vzdělávací činnosti v systemické terapii. Pokud mnoho jednotlivců, párů a rodin, pro které byly takové intervence indikovány, z nich nemůžou profitovat, je málo vyškolených profesionálů.

Mezi různými formami vzdělávání můžeme rozlišit dva velké proudy, tedy vzdělání v systemické psychoterapii a intervenci (tento druhý výcvik je přístupný i profesionálům, kteří nepůsobí jen ve specifické oblasti zdraví). Vzdělání v systemicky orientované psychoterapii je postgraduální vzdělání s trváním minimálně 5 let.

Předpokládá znalost psychopatologie a klinické kompetence nabyté v předchozím základním profesním vzdělávání (jako psychiatrie nebo psychologie). Vyžaduje víceletou psychoterapeutickou praxi, která pokrývá širokou paletu situací týkajících

se psychického zdraví. Dohled na klinickou praxi je jeden ze základních principů vzdělání. Poskytuje zvláštní možnost vyjádřit se přímým způsobem prostřednictvím jednosměrného zrcadla nebo videonahrávání.

Tato přímá supervize má několik výhod:

- 1) zajišťuje kandidáta/uchazeče v procvičování od jeho prvních terapeutických aktivit,
- 2) umožňuje supervizorovi zasáhnout v průběhu seance, aby nastavil směr, přičemž rozšiřuje terapeutický systém
- 3) poskytuje citlivý přímý přístup ke komplexnosti komunikačních struktur, umožňuje kritický přístup ke klinické realitě, nejen že by analyzovala k čemu se terapeut vztahuje

Konečně vzdělání obsahuje sebezkušenost, cílem je, aby vyškolení specialisté identifikovali a správně řídili své osobní rezonance a prožívání, které psychoterapeutický proces v nich vyvolává.

13. Budoucnost metody

Systemicky orientovaná terapie je silný směr pro psychiatrii a podporu duševního zdraví v současném světě. Nabízí teoretický celek, který ulehčuje integraci humanistických věd s vědami biologickými. Paradigma komplexity, které se používá nejen v oblasti psychoterapie, ale v širší oblasti podpory zdraví je bez pochyb nejnynějším současným postupem systemického myšlení.

Systemické myšlení se touto epistemologií, z pohledu všech redukcionismů velmi kritickým způsobem, fakticky často začíná dominovat v biologické psychiatrii a v současnosti se stává stále více agresivním a dogmatickým. Pokud systemická orientace beze sporu poznává důležitost lidského biologického fungování a užitečnost farmakologie, odmítá aby utrpení lidské bytosti bylo redukováno na sadu molekul nebo chemických reakcí. Ze svého pohledu je klíčovým slovem multidimenzionalita a v praxi má za důsledek interdisciplinární spolupráci. Ve skutečnosti je to uvědomění si, že každý vztažný model je nutně omezený a parciální, z čehož vyplývá potřeba plurality přístupů.

Z jejich i jediné vzájemné konfrontace může vzejít lepší pochopení reality.

Respektujícím přístupem k různému a vícenásobnému může systemické myšlení plnit etickou funkci. Bude pokračovat v pravidlu Batesona, podle kterého „jedině rozdíly a konfrontace mezi různostmi jsou nositeli informace a poznání“.

Literatura

1. Ausloos, G. (1995). Les compétences de la famille. Paris : Erès.

2. Bateson, G. (1972). Vers une écologie de l'esprit. Trad. franç., tomes 1 et 2, Paris : Seuil, 1977-1980.
3. Boszormenyi-Nagy, J., & Krasner, B.R. (1986). Between give and take. A clinical guide to contextual therapy. New York : Brunner & Mazel.
4. Caillé, P., & Rey, Y. (1994). Les objets flottants au-delà de la parole en thérapie systémique. Paris : ESF.
5. Cirillo, S., & Di Blasio, P. (1989). La famille maltraitante. Trad. franç. Paris : ESF, 1992.
6. Doherty, W.J. (1995). Saoul searching. Why psychotherapy must promote moral responsibility. New York : Basic Books.
7. Duruz, N. (1994). Psychothérapie ou psychothérapies ? Neuchâtel -Paris : Delachaux & Niestlé.
8. Elkaïm, M. (sous la direction de). (1995). Panorama des thérapies familiales. Paris : Seuil.
9. Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2001). Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé. Paris : Odile Jacob.
10. Foerster, H. von (1991). Ethique et cybernétique de second ordre. In Y. Rey et B. Prieur (Eds). Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale. Paris : ESF.
11. Guntern, G. (1986). Eco-anthropologie systémique : une nouvelle image de l'homme. Thérapie familiale, 7(1), 15-40.
12. Henggeler, S.W. (1999). Multisystemic therapy : An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. Child Psycholog' & Psychiatry Review, 4(1), 2-10.
13. Kaufmann, L. (1983). L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique. Archives Suisses de Neurologie, de Neurochirurgie et de Psychiatrie, 133, 119-129.
14. Kerig, P.K., & Lindahl, K.M. (Eds). (2001). Family observational coding systems. Resources for systemic research. Mahwah, New Jersey & London : Lawrence Erlbaum Associates.
15. Miermont, J. (sous la direction de). (2001). Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Paris : Payot (2ème éd. revue et augmentée).
16. Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris : ESF (Coll. Communication et complexité).
17. Onnis, L. (1980). La thérapie familiale dans les institutions et dans les services territoriaux : utilités et limites. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2, 39-49.
18. Onnis, L. (1985). Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques. Trad. franç. Paris : ESF, 1989.
19. Piaget, J. (1946). Etudes sociologiques. Paris : Droz.
20. Pinsof, W.M., Wynne, L.C., & Hambright, A.B. (1996). The outcomes of couple and family therapy : Findings, conclusions and recommendations. Psychotherapy, 33(2), 321-331 . 21. Salem, G. (1987). L'approche thérapeutique de la famille. Paris-Milan-Barcelone : Masson, 2001 (3eme éd.).
22. Schotte, J. (1990). Comme dans la vie en psychiatrie. Les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. In Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle (pp. 173-212). Bruxelles : De Boeck-Université (Bibliothèque de pathoanalyse).

23. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothétisation - Circularité - Neutralité. Guide pour celui qui conduit la séance. Trad. franç. *Thérapie Familiale*, 1982,3,117-132.
24. Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). Les jeux psychotiques dans la famille. Trad. franç. Paris : ESF, 1990.
25. Selvini, M. (1995). Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité. *Thérapie familiale*, 16(2), 131-144.
26. Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie -Praxis - Forschung*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht . 27. Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P. et al. (1998). Non-Interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The« something more » than interpretation. *J : Psycho-Anal.*, 79,903.
28. Stierlin, H. (1977). *Psychoanalysis and family therapy*. New York : Jason Aronson.
29. Tilmans-Ostyn, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*, 8(3),229-246.
30. Vannotti, M., & Real del Sarte, O. (1990). Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget. *Thérapie Familiale*, II, 295-308.
31. Vannotti, M., & Célis-Gennart, M. (Eds). (1998). *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. Genève : Ed. Médecine et Hygiène.
32. Watzlawick, P. (1978). *Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique*. Trad. franç. Paris : Seuil, 1980.

Ouvrage de références :

- Elkaïm, M. (sous la direction de). (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Seuil.
- Miermont, J. (sous la direction de). (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques*. Paris : Payot (2ème éd. revue et augmentée).
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie -Praxis -Forschung*.

Gottingen : Vandenhoeck & Ruprecht.

[1] (1) extrait du livre : « *Traité de psychothérapie comparée* », sous la direction de N.DURUZ et M.GENNART, Genève : Médecine et Hygiène, 2002, chapitre 12.

[2] (3) Quelques décades plus tard, l'orientation de la psychothérapie interpersonnelle, assez connue aux USA, s'y référerà. Cf. supra, chap. 3, note 4, p.

[3] (4) On le sait, ce sont les recherches sur le double lien (injonction paradoxale à double contrainte) conduites par Bateson à Palo Alto dès les années 50, qui ont ouvert la voie à plusieurs autres études sur l'étiogenèse communicationnelle des troubles psychiques. Sur ce point, cf. les ouvrage de synthèse de Pierre Angel, & Philippe Mazet : *Clinique et psychopathologie de la famille*. Paris : PUF (à paraître) ; Theodor Jacob : *Family Interaction and Psychopathology*. New York : Plenum Press, 1987 ; Luciano L'Abate : *Family Psychopathology. The Relational Roots of Dys.fùncional Behavior*. New York : Guilford Press, 1998. (N.D.)

[4] (5) Cf. supra, chap. 4, note 5, p. .(N.D.)

[5] (6) On voit ici explicitement la spécificité du processus thérapeutique engagé par la thérapie systémique se centrant sur les relations intersubjectives.

[6] (7) De toutes les méthodes présentées dans cet ouvrage, c'est sans doute celle de la thérapie systémique qui fait le plus fréquemment référence à l'éthique. Cela n'est pas trop

surprenant, car en plusieurs des points qui la constituent, la systémique est en prise directe sur l'exigence éthique.

[7] (9) Formellement, Robert Neuburger, dans son ouvrage *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale* (Paris : ESF, 1984), pense que l'indication à une thérapie de couple ou de famille doit être posée lorsque le client n'est pas lui-même sujet de sa demande, c'est-à-dire que celle-ci se diffracte selon trois modalités, souvent dispersées dans le groupe familial : « l'un supporte le symptôme, un autre ou d'autres en souffrent, un troisième allègue ces symptômes pour demander de l'aide.

[8] (10) L'approche systémique qui est à ranger sans hésitation parmi les thérapies ressource-orientées propose des éléments théoriques solides pour fonder le travail clinique avec les ressources et les compétences des clients.