

Povolání: rodinný terapeut*

David Skorunka

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Abstrakt:

Příspěvek se zabývá specifickými rysy rodinné terapie. Autor se zamýšlí nad tím, k jakým specifickým aspektům terapeutického procesu musí být pozorný terapeut, který se odváží pracovat s párem a/nebo rodinou. V této souvislosti je příspěvek věnován dovednostem, které jsou pro rodinnou terapii nezbytné. Jsou uvedeny příklady klíčových dovedností pro praxi rodinné terapie, jak jsou uváděny v zahraniční odborné literatuře a rozvíjeny v příslušných vzdělávacích programech a supervizi. Součástí textu je zamýšlení nad významem životních zkušeností, potřebou tzv. sebe-zkušenosti a působením těchto vlivů na práci rodinného terapeuta.

Klíčová slova:

rodinná terapie, systemická perspektiva, dovednosti, aliance, zkušenost, vzdělávání, supervize

Profession: family therapist

Abstract:

The article focuses on specific attributes of family therapy. It is argued that family therapy process brings unique challenges for and demands on the therapist, who dares to work with couples and/or families. Thus the article reviews competencies that are essential for family therapy practice. The review is drawn on the international discussion in the field including debates about training standards recommended by professional bodies. Significance of life experience, professional experience, and personal therapy and their influence on family therapist's professional development are discussed.

Key words:

Family therapy, systemic perspective, competences, alliance, experience, training, supervision

* Text vychází z přednášky, jež byla přednesena na 5. ročníku Mezinárodního psychoterapeutického symposia v Brně, 21-23.5.2015.

Úvod - zvláštnosti rodinné terapie

Před tím, než se budeme věnovat dovednostem, jež jsou nezbytné pro praxi rodinného terapeuta, musíme věnovat pozornost zvláštnostem rodinné terapie. Jedinečnost rodinné terapie spočívá v prostém faktu, že terapeut se v jedné místnosti ocitá s několika lidmi najednou. Více lidí účastnících se terapeutických konverzací znamená více podnětů. Dochází k interakcím na verbální i neverbální rovině, mnohé z neverbálních signálů jsou během konverzace snadno přehlédnutelné, ale jejich potenciální významy se mohou projevit v následujících fázích terapie nebo jsou zpětně viditelné při sledování videonahrávky sezení. V interakcích mezi samotnými členy rodiny a mezi některými členy rodiny a terapeutem dochází často k emotivním „výměnám“. Klidný rozhovor s vysokou mírou doprovodné reflexe všech zúčastněných není samozřejmostí.

Ve více či méně otevřeně vyjádřených emocích se odrážejí konflikty, dilemata a příběhy jednotlivých členů rodiny. Během postupné práce může (a často dochází) k tzv. přenosovým fenoménům, které jsou běžnou součástí komunikace obecně a terapeutické práce zvlášť, bez ohledu na to, jestli jejich existenci terapeut „věří“ a vědomě s nimi pracuje (Dallos, Draper, 2015). Všechny tyto zjevné i méně zřetelné roviny komunikačních a meta-komunikačních procesů představují bohatou dynamickou směs podnětů, již není snadné pro jednoho terapeuta vnímat, bezprostředně zpracovat a následně terapeuticky (ve prospěch rodiny) využít. Rozmanitost a intenzita podnětů může být zahlcující nejen pro začínajícího rodinného terapeuta. Není proto divu, že právě v oblasti rodinné terapie došlo k rozvoji takových forem terapeutického aranžmá, jako je ko-terapie či využívání reflektujícího týmu (Friedman, 1995).

Terapeutická práce s několika lidmi najednou se odehrává i v případě skupinové terapie, ale při práci s rodinou se terapeut setkává s několika lidmi, kteří mají mezi sebou navzájem specifické vazby (Carr, 2010). Jde o různé formy tzv. citové vazby (*family attachments*), ať již jsou součástí vztahů biologické či nebiologické povahy. Dále jde o vztahy partnerské, rodičovské, sourozenecké a další, jejichž síla spočívá v emočním náboji, citových potřebách, očekáváních apod. Jak připomíná Ugazio (2013) „*Lidé v individuální (pozn. nebo skupinové) terapii také hovoří o svých manželkách, partnerech, sourozencích nebo rodičích, kteří se od nich často tak liší, ale jejich vyprávění jsou pouhým popisem. Je to něco zcela jiného, když jste v přímém kontaktu s jejich manželkami, partnery, sourozenci a rodiči během rodinné terapie.*“ (Ugazio, 2013, s. 21).

Náročnost práce s rodinou se může projevit hned v prvním setkání s rodinou. Důvodem je rozdílná ochota a motivace ke spolupráci mezi jednotlivými členy rodiny, odborně vyjádřená pojmem tzv. připravenosti ke změně (Prochaska, Norcross, 1999). O těchto rozdílech mezi členy rodiny, jež se účastní rodinné terapie, budeme hovořit podrobněji v části věnované terapeutické alianci. Zde jen uvedme, že ochota a motivace k terapii je ovlivněna již tím, jaká očekávání a představy o terapii jednotliví členové mají. To může částečně ovlivnit ten, kdo rodinu (a jakým způsobem) k rodinnému terapeutovi doporučuje. Do některých zařízení, v nichž je rodinná terapie nabízena, docházejí také rodiny, které se k tomuto kroku nerozhodli dobrovolně. Může jít o doporučení nebo nařízení ze strany sociálních služeb (například orgán sociálně-právní ochrany dítěte) nebo soudu, v jiných případech „tlak“ na docházení do párové či rodinné terapie přichází od samotných členů rodiny. Tyto vlivy předcházející prvnímu setkání s rodinným terapeutem mohou komplikovat rozvíjení terapeutické aliance a výsledek spolupráce.

V následující tabulce uvádíme ve zkratce možná očekávání rodin nebo některých členů rodiny v souvislosti s návštěvou rodinného terapeuta, která zmiňují Rivett a Street (2009). Z vlastní zkušenosti je možné doplnit očekávání některých rodin spojené s potřebou zkušenosti svědectví: „*Potřebujeme to někomu říct!*“ Každé očekávání spojené s jinými okolnostmi, jež předcházejí první návštěvě rodinného terapeuta, představuje pro terapeuta mírně odlišné nároky a rizika. Jejich detailní zpracování přesahuje zaměření a možný rozsah textu.

Cesta rodiny k rodinnému terapeutovi

(upraveno podle Rivett, Street, 2009)

- **Zdráhající se rodina:** „*Přišli jsme jen proto, že nás sem poslali.*“
- **Očekávání akce:** „*Mysleli jsme si, že byste s tím mohli něco udělat.*“
- **Hledání názoru:** „*Chceme slyšet váš názor na to, co je špatně.*“
- **Hledání rady:** „*Chceme, abyste nám řekl, co máme dělat.*“
- **Hledání teorie:** „*Chtěli bychom rozumět tomu, proč...*“
- **Zájem o terapii:** „*Mysleli jsme si, že kdybychom si o tom promluvíli, možná bychom s tím pak mohli něco udělat.*“

Terapeutická aliance v rodinné terapii

V psychoterapeutickém výzkumu je za hlavní faktor ovlivňující výsledek terapeutické spolupráce považován terapeutický vztah neboli tzv. terapeutická aliance (Wampold, Imel, 2015; Horwath, Bedi, 2002). Výzkum v této oblasti a výsledná zjištění se až do relativně nedávné doby týkaly individuálních psychoterapeutických směrů. K podobnému zjištění, co se týče významu terapeutického spojení mezi rodinným terapeutem a členy rodiny, dříve

nebo později dojde každý terapeut v praxi. A v současné literatuře je dostatek tzv. vědeckých důkazů, z nichž je klíčová práce autorů Friedlander, Heatherington a Escudera (2006), kteří se výzkumu terapeutické aliance v rodinné a párové terapii věnovali dlouhodobě let. Vytvořili systém na pozorování a posuzování terapeutické aliance v rodinné terapii (SOFTA; *System for Observing Family Therapy Alliances*). Lze ho využít jak ve výzkumu, tak v klinické praxi a je jedním ze současných nástrojů zkoumání procesu rodinné terapie.

Nejprve je třeba říci, že stejně jako v předchozí části diskutovaná specifika rodinné terapie, i terapeutická aliance je v mnohém odlišná od terapeutického vztahu v individuálních psychoterapeutických směrech. Tuto odlišnost lze shrnout větou: při práci s rodinou je terapeutická aliance komplexnější. Ale v čem? Friedlander (2006) na toto téma uvádí: a) terapeutická aliance v rodinné terapii je komplexnější, protože její součástí je i vztahování se ke vztahu mezi členy rodiny; b) jednotliví členové rodiny mají různá očekávání, různou motivaci a různé potřeby ve vztahu k terapii; c) každý člen rodiny se obvykle k terapeutovi vztahuje v různé formě tzv. citové vazby (*attachment patterns*), což platí i ve vztazích mezi členy rodiny navzájem; c) mezi členy rodiny je různá míra moci ve vztahu k dění v rodině; d) členové rodiny jsou v různé fázi individuálního vývoje a životního cyklu rodiny; e) gender a pohlaví členů rodiny a terapeuta/terapeutů hrají významnou roli a nelze se vždy vyhnout vzniku tzv. vztahových trojúhelníků a triangulace.

Terapeut má rozhodující vliv na vytváření a udržování „dost dobré“ kvality terapeutické aliance, včetně předcházení a případného „ošetřování“ nevyhnutelného narušení terapeutického spojení (*alliance ruptures*) v určitých fázích terapeutického procesu. Ale zodpovědnost a vliv v této věci mají i členové rodiny, i když samozřejmě každý v jiné míře a také v různé dimenzi. Friedlander, Heatherington, a Escudero (2006) rozlišují čtyři hlavní dimenze terapeutické aliance v párové a rodinné terapii: a) angažovanost v terapeutickém procesu; b) emoční vztah s terapeutem; c) sdílený pocit sounáležitosti v rodině; d) bezpečí v terapeutickém systému. Angažovanost v terapeutickém procesu a emoční vztah s terapeutem ovlivňují postoj a motivaci jednotlivých členů rodiny ke spolupráci. Emoční vztah s terapeutem a pocit bezpečí v terapeutickém systému ovlivňují míru „afektivního“ zapojení členů rodiny do terapie. Angažovanost v terapeutickém procesu a sdílený pocit sounáležitosti v rodině ovlivňují míru „kognitivně-behaviorálního“ zapojení členů rodiny do terapie. A sdílený pocit sounáležitosti v rodině spolu s pocitem bezpečí v terapeutickém procesu jsou klíčové dimenze pro „dostatečnou“ terapeutickou alianci.

Terapeut může ovlivnit vytváření terapeutické aliance různými způsoby v různých dimenzích. Například může mít vliv na zapojení rodiny (zajímá se o to, o čem potřebují

jednotliví členové mluvit; zjišťuje, zdali jsou ochotni provést nějaký interakční experiment nebo realizovat nějaký úkol). Afektivní zapojení členů rodiny do terapie může terapeut ovlivnit tím, že podporuje přiměřené vyjádření a sdílení prožitků, jejich regulaci a porozumění. A také tím, že přijímá a sdílí úsměvné momenty nebo humornější aspekty setkání s rodinou. K vytvoření pocitu bezpečí v terapeutickém systému přispívá terapeut například upozorněním, že terapie může zahrnovat i rizika, např. diskusi o citlivých tématech. Dále pak tím, že pomáhá členům rodiny hovořit otevřeně a zároveň aktivně mírní a pomáhá zvládat projevy hostility, obviňování, emoční necitlivosti apod. S jistou nadsázkou lze říci, že terapeutická aliance v rodinné terapii je (stejně jako v jiných psychoterapeutických směrech, základnou pro využívání rozmanitých terapeutických dovedností, intervencí a technik. Jejich využívání je navíc úzce spjaté s terapeutovými hypotézami tom, co se v rodině děje, co může být příčinou prezentovaných potíží apod. Poetičtěji řečeno: „*Je-li terapeutické spojení motorem, který pohání terapeutický proces, pak formulace hypotéz je mapou, která nám radí, jakým směrem se vydat*“ (Carr, 2010, s. 271).

Prožitky a myšlenky terapeuta

S dynamikou rozmanitých interakcí odehrávajících se při práci s rodinou nevyhnutelně souvisí bohatý tok prožitků a myšlenek terapeuta. Jak již bylo zmíněno, setkání s několika členy rodiny představuje expozici mnoha podnětů najednou, z nichž některé jsou velmi intenzivní, někdy konfliktní, často vyžadující přiměřené vyladování terapeuta na jednotlivé členy rodiny. Představme si například konzultaci, při níž se terapeut setkává se zástupci tří generací najednou, nebo spolupráci s různými částmi více rodin prolínajícími se např. v péči o děti. V systemické praxi není výjimkou společné sezení s členy rodiny a zástupci tzv. třetích stran (např. právní zástupce, sociální služby, zaměstnavatel atd.). Může jít o dlouhodobě problematické, někdy bezvýchodné, situace, kdy se nedaří dosáhnout nějaké změny nebo zvolit jednoznačný postup. Je zřejmé, že takové situace terapeut nějak prožívá a přemýšlí o nich, což ovlivňuje jeho působení v rámci terapeutické spolupráce s rodinou, ale i se zástupci tzv. třetích stran. Ti navíc nemusí mít povědomí o systemickém uvažování a mohou od terapie očekávat jednoznačný verdikt nebo rychlou změnu.

V některých fázích vývoj rodinné terapie nebylo prožívání a myšlenkové pochody rodinného terapeuta v centru pozornosti. Ta byla soustředěna na rodinný systém a jeho různé atributy (např. komunikační vzorce, systémy přesvědčení). Terapeut byl považován za

pozorovatele a experta, jehož cílem je posoudit dění v rodině a iniciovat změnu prostřednictvím terapeutické intervence. Pohled na interakci terapeuta s rodinou a terapeutický proces obecně se postupně proměňoval a pozornosti se dočkal i tzv. vnitřní svět terapeuta. Podle různých prací věnovaných prožitkům rodinného terapeuta jsou nejčastějšími emocemi, jež terapeut prožívá před a během setkání s rodinou, strach a zlost (Rober, 2011). Dalšími uváděnými prožitky jsou pocit bezmoci, rozhořčení, rozpaky apod. Není to tak překvapivé, uvědomíme-li si, že rodinný nebo systemický terapeut se setkává převážně s rodinami, v jejichž „vztahovém poli“ často strach, zlost a pocit bezmoci převažují. Mnohé z rodinných příběhů zahrnují rozmanité (a někdy těžko pochopitelné) formy utrpení, jehož původci jsou v některých případech samotní členové rodiny. Zachovat si nezúčastněnou pozici a odstup a neprožívat s některými členy rodiny empatické souznění a s jinými naopak pocit rozhořčení, může být v některých situacích náročnou výzvou i pro zkušeného terapeuta. Je nesporné, že terapeutovo prožívání ovlivňuje i jeho přesvědčení a pohled na rodinu a její situaci. Koncept tzv. neutrality v této souvislosti navrhovaný milánskou školou (Jonesová, 1996) byl předmětem kritických diskusí. Jako jeden z prvních kritiků, Boszormenyi-Nagy (1981) hovořil o tzv. stranění všem (*multilateral caring*), dále se ke konceptu neutrality z různých pozic kriticky vyjadřovali např. Luepnitzová (1992) nebo někteří terapeuti hlásící se k teorii sociálního konstrukcionismu. Sám Cecchin et. al (1993), jeden z členů milánského týmu, se později k radikálnímu pojetí tzv. neutrality vyjádřil kriticky a nabídl jiný pohled.

Pro mnohé rodinné terapie může být uklidňujícím názorem Robera (2011), podle kterého je zažívání tzv. negativních emocí (např. zlost, strach) nevyhnutelnou součástí komplikovaného a nepředvídatelného procesu terapie a nejde o projev toho, že terapeut je nezkušený nebo že dělá svou práci špatně. Náročnost práce s rodinou kromě těchto emocí někdy vede i k tomu, že terapeut pochybuje o svých dovednostech, o své práci. Součástí psychoterapeutické práce obecně a rodinné terapie zvláště je nejistota týkající se zvládnutí všech nároků a výsledku terapeutické spolupráce. V naladění rodinného terapeuta na začátku terapie (ale i před jakýmkoli dalším sezením s rodinou) může převažovat napjaté očekávání společně s neodbytnou otázkou: Jak zvládnu/přežiju toto sezení? Význam emočních prožitků (a myšlenkových procesů) dokládá i výzkum zaměřený na tzv. vnitřní konverzace terapeuta v průběhu terapeutických sezení s rodinou (Rober et al. 2008). Na základě videozáznamů terapeutických sezení, jejich prepisů a následné analýzy s pomocí metody zakotvené teorie autoři výzkumu rozlišili 282 kategorií ve čtyřech hlavních doménách – tematických oblastí terapeuta přemýšlení v průběhu terapeutického procesu. Nejvíce kategorií bylo zahrnuto právě do oblasti týkající se vlastního prožívání a pak také do oblasti týkající se ovlivňování

terapeutického procesu. S doménami uvedenými dle výzkumu v následující tabulce úzce souvisejí předpokládané dovednosti, jež jsou pro praxi rodinného terapeuta nezbytné.

„Vnitřní“ konverzace rodinného terapeuta

(zpracováno dle Rober et.al., 2008)

- **Pozornost věnovaná „procesu“ rodiny/klienta.**
Např. zjišťování, co klient/rodina potřebuje, o čem chtějí hovořit apod.
- **„Zpracování“ příběhu, který klient/rodina vypráví.**
Např. posuzování vážnosti situace
Např. hypotetizování o partnerském vztahu
- **Pozornost věnovaná vlastnímu prožívání. *****
Např. uvědomování si vlastních prožitků, regulace vlastních prožitků
Např. sdílení vlastní zkušenosti.
- **Ovlivňování a „zvládnutí“ terapeutického procesu. *****
Např. tzv. reflektování cílů spolupráce.
Např. využití konkrétní „intervence“.

Dovednosti/kompetence

Náročnost procesu rodinné terapie včetně rozmanitých výzev a nejednoznačných situací naznačuje, že k výkonu povolání rodinného terapeuta bude zapotřebí několika dovedností. Uvědomovali si to v minulosti samotní rodinní terapeuti, o čemž svědčí jeden z prvních důkladných textů na toto téma vydaný v sedmdesátých letech minulého století. V něm autoři Tomm a Wright (1974) rozlišili tři hlavní skupiny dovedností, jež byly podle nich nezbytné pro praxi rodinné terapie: a) dovednosti percepční/observační, b) dovednosti koncepční/teoretické, c) dovednosti exekutivní.

Percepční/observační dovednosti jsou nezbytné k tomu, aby byl terapeut schopen vnímat, co se děje během terapeutického sezení. Nejde jen o pozorovatelné dění mezi aktéry terapeutické konzultace, ale i o vnímavost k vlastním prožitkům v reakci na dění v terapeutické místnosti. Koncepční/teoretické „dovednosti“ jsou úzce spjaté se znalostmi, které v případě práce s rodinou mohou pocházet z různých oblastí poznání. Jedná se o znalosti z vývojové psychologie, tzv. rodinné psychologie, o znalosti různých teoretických modelů týkajících se tzv. etiopatogeneze problémů v rodině (např. systemická teorie, strukturální model S. Minuchina, feministická kritika, teorie sociálního konstrukcionismu, teorie citové vazby, narativní psychologie atd.). Vedle těchto znalostí je třeba zmínit poznatky o různých formách práce s rodinou a procesu rodinné terapie, přičemž ty mohou vycházet ze současného výzkumu zaměřeného na proces a účinnosti rodinné terapie (*process and outcome research*),

včetně aktuálního vývoje v oboru (Skorunka, 2015). Šíře teoretických poznatků, které mohou být pro rodinného terapeuta relevantní a přínosné, může zájemce o tento přístup odradit. Na druhou stranu podle Dallose a Draper (2015) právě tento intelektuální záběr rodinné terapie a systemické praxe činí tuto oblast poznání atraktivní. Případný „děs“ z přílišného studia teorie může zmírnit vyjádření zaslechnuté v komunitě rodinných terapeutů inspirovaných narativním přístupem: „*Teorie je pro rodinného terapeuta stejně důležitá, jako ornitologie pro ptáka*“. Odbornější diskuse na toto téma je k dispozici v mnoha publikacích, například v těch, jež se zabývají tzv. *not-knowing approach* a dialogickými přístupy v terapii (Skorunka, 2013; Anderson, Gehart, 2007; Guilfoyle, 2006; Goolishian, Anderson, 1993). Mezi exekutivní dovednosti podle Tomma a Wright (1974) patří základní psychoterapeutické dovednosti, budování terapeutického spojení, znalost nejrůznějších intervencí/ technik, jež vycházejí z různých modelů rodinné terapie, jakož i schopnost jejich adekvátního výběru a načasování v závislosti na dané klinické situaci. Samostatnou dovednostní kategorií by mohly být dovednosti experienciální, které ale citovaní autoři v té době nevymezili. Vzhledem k současným poznatkům a výzkumům z oblasti prožitkových terapií, výzkumu a neurovědy je zřejmé, že práce s vlastními emocemi a projevy emocí členů rodiny v průběhu terapeutického procesu je klíčovou součástí rodinné terapie. V podstatě je o schopnosti týkající se uvědomování/vnímání, významové atribuce, regulace a využívání emočních prožitků ku prospěchu rodiny (Rivett, Street, 2009).

Rozvíjející se poznání, výzkumné práce a dění ve společnosti vedlo na počátku nového tisíciletí k výraznému rozvoji v oblasti rodinné terapie a systemické praxe (Heatherington, et al., 2015). Pozornosti se dostalo i problematice terapeutických dovedností. V roce 2002 Americká asociace manželských a rodinných terapeutů (AAMFT) ustanovila pracovní skupinu, jejímž cílem bylo vypracovat seznam klíčových dovedností, jež je třeba v rámci vzdělávacích programů v rodinné terapii rozvíjet. O dva roky později byl zveřejněn seznam 128 různých dovedností, rozdělených do 6 domén, každá s 5 subkategoriemi, jejichž rozvinutí umožňuje rodinnému terapeutovi pracovat samostatně v rámci oprávněné profesionální licence. Jakkoli se tento vývoj může jevit absurdně, je dokladem nevyhnutelné institucionalizace oboru, důsledkem různých politických, společenských a profesních procesů. Je také projevem snahy o důkladné poznání toho, co se během terapeutické spolupráce může odehrávat a jaké postupy jsou na místě. V následující tabulce jsou uvedeny základní domény a jejich subkategorie, jak byly definovány v rámci pracovní skupiny AAMFT.

Kompetence rodinného terapeuta v 6 dimenzích (Gehart, 2010, s.4-5)

1. Vstup do terapie

- Započítí terapie

2. Klinické posouzení a diagnostika

- Diagnostika „fungování“ rodiny/jedince

3. Plánování „léčby“ a zvládnání „případu“

- Plánování a koordinace léčby s dalšími odborníky

4. Terapeutické intervence

- Podpora změny během terapie

5. Legislativa a etické standardy

- Znalost právních a etických aspektů praxe

6. Výzkum a hodnocení terapie

- Znalost relevantního výzkumu a schopnost posuzování výsledku terapie

Subkategorie v každé dimenzi

- a) Konceptuální
- b) Percepční
- c) Exekutivní
- d) Evaluační
- e) Profesionální

Projekt kompetencí AAAM rozšiřuje práci Tomma a Wrightové (1979). Konceptuální subkategorie zahrnuje teoretické poznatky, které terapeut získává v průběhu studia a vzdělávání. Percepční subkategorie zahrnuje schopnost vnímat a pozorovat dění v terapeutické místnosti (např. interakce mezi členy rodiny), ale také vlastní prožitky a úvahy, jež s děním v terapeutické místnosti souvisí. Dovednosti zahrnuté v exekutivní subkategorii se týkají aplikace nabytých poznatků a zkušeností v různých klinických situacích. Evaluační kategorie zahrnuje monitorování a posuzování průběhu a výsledku terapeutické spolupráce včetně posuzování vlastního působení. Profesionální subkategorie se týká schopnosti držet se profesních a etických standardů dle jejich definování odbornou společností. Třídění dovedností v dimenzích a kategoriích lze demonstrovat následovně: dovednost *hypotetizování* (schopnost rozvíjet hypotézy týkající se např. vztahových vzorců, jejich vlivu na prezentovaný problém, dále vlivu faktorů vně terapeutické místnosti na rodinu apod.) patří do kategorie *percepční dovednosti* v rámci dimenze *Klinické posouzení a diagnostika*. Pochopitelně *hypotetizování*, jako jedné z možných *percepčních dovedností*, může být využito i jako intervence v případě, že své hypotézy sdílíme s rodinou. Tím se dostáváme do kategorie *exekutivní* anebo rovnou do jiné dimenze - *Terapeutické intervence*. Z toho je zřejmé, že v reálné terapeutické situaci může být nesnadné ostře rozlišit v jaké kategorii či dimenzi se zrovna nacházíme, neboť např. tzv. *diagnostické posuzování* může působit jako intervence směřující k dosažení změny. A z jiného soudku, teoretické znalosti ovlivňují naše percepční schopnosti a profesně-etické mantinely zase možnosti terapeutické intervence.

Příklad americké asociace rodinné a manželské terapie (AAMFT), ukazuje, jak detailně je možné se problematikou dovedností v profesi rodinného terapeuta zabývat. S problematikou dovedností úzce souvisí otázka, jak má vypadat vzdělávání budoucích rodinných terapeutů. To je téma na samostatný článek. Zde je nutné zmínit, že Evropská asociace rodinné terapie (EFTA) v koordinované spolupráci se zástupci národních organizací rodinné/systemické terapie členských zemí vytvořila seznam minimálních výcvikových standardů, které schválili národní organizace včetně české Společnosti pro rodinnou terapii (SOFT). Přesto mezi evropskými zeměmi nadále v této věci existují rozdíly, které jsou dané mimo jiné tím, zdali je v dané zemi rodinná terapie samostatnou profesí (např. Velká Británie), nebo nikoli (např. Česká republika).

Životní zkušenost a/nebo sebe-zkušenost*?

Bez ohledu na míru rozvinutí terapeutických kompetencí, se rodinný terapeut ve víru terapeutického dění projevuje také jako člověk s osobitým terapeutickým stylem, se svou aktuální životní situací a osobní historií. Osoba terapeuta je jedním z významných faktorů, jemuž byla a je v psychoterapeutickém výzkumu věnována pozornost, zejména v souvislosti s vytvářením a rozvíjením terapeutického vztahu/spojenectví. Ve srovnání míry efektu různých faktorů ovlivňujících výsledek terapie není osoba terapeuta dle dostupných výzkumů nejvýznamnější, přesto slovy Wampolda a Imela (2015, s. 176) je „*osoba terapeuta ztělesněním esence psychoterapie*“. Neplatí to jen pro individuální psychoterapeutické směry.

Způsob práce terapeuta s rodinou kromě aktuálního naladění, prezentovaného problému a konkrétní rodiny ovlivňuje terapeuta rodinná historie a s ní související způsoby vztahování se, tendence k určité formě citové vazby včetně různé tzv. afektivně-kognitivní distorze v percepci a zpracování podnětů v terapeutické situaci. I rodinný terapeut má své potřeby, preference, předpojatosti, motivace, svůj temperament, různou frustrační toleranci a míru zranitelnosti. Kromě těchto vlivů v rámci tzv. terapeuta *Self* je důležitý i sociální a kulturní kontext, jehož je osoba terapeuta součástí. To vše nemusí být překážkou v praxi, pokud si terapeut vliv těchto faktorů na průběh terapie uvědomuje, je schopen ho průběžně reflektovat

* Pojem sebe-zkušenost není zcela výstižný, přesto je v psychoterapeutické komunitě hojně používán, často s různými významy. V anglicky mluvících zemích se v odborné literatuře v této souvislosti užívá zejména pojmu *personal therapy*. Britská *Association of Family Therapy* (AFT) pro osobní a profesní rozvoj (*personal and professional development*) považuje za důležité poznání (orig. *exploration*) toho, jakým způsobem aspekty terapeuta *Self* (jak osobní, tak profesní) ovlivňují klinickou práci s klienty a vše, co s ní souvisí.

a pracovat s ním tak, aby zdárný průběh terapie nenarušovaly. Ke zvýšení míry uvědomění, sebe-poznání včetně schopností být se sebou v souladu a zvládat své „problematičtější“ rysy je zapotřebí pravidelná práce „v doprovodu“ zkušenějších kolegů nejprve v rámci výcviku (tzv. sebe-zkušenost) a později v supervizi.

Tzv. sebe-zkušenost bývá v širší psychoterapeutické komunitě považovaná za nezbytnou součástí přípravy na psychoterapeutickou profesi a následného celoživotního vzdělávání. Je dokonce uváděná jako jeden ze tří hlavních zdrojů profesionálního rozvoje spolu s klinickou praxí a formální supervizí (Orlinsky, Ronnestad, 2005). Ale v otázce tzv. sebe-zkušenosti jako součásti výcviku rodinného terapeuta nebyla vždy shoda mezi předními reprezentanty rodinné a systemické terapie. Přesto se postupně tzv. sebe-zkušenost stala součástí odborného vzdělávání rodinných terapeutů i v zemích, kde na toto téma probíhala diskuse mezi hlavními lektory výcviků v této oblasti (Skorunka, Hajná, 2013). Přitom již v sedmdesátých letech minulého století se Murray Bowen domníval, že terapeut, který se „vypořádal“ s prožitými těžkostmi ve vlastní rodině, bude efektivnější v klinické práci s rodinami (Bowen, Kerr, 1989). Zatímco v širší psychoterapeutické komunitě bylo otázce tzv. sebe-zkušenosti a vlivu osobních zkušeností na klinickou praxi věnováno mnoho pozornosti, prací na toto téma není v rodinné terapii a systemické praxi mnoho. Někteří autoři se obecně zabývají osobou rodinného terapeuta ve vztahu ke klinické praxi (Lum, 2002), jiní přímo uvádějí, že ocitnutí se v tzv. slepé uličce v průběhu terapie (*therapeutic impasse*) je důsledkem podobnosti mezi situací rodiny a osobní situací a/nebo historií terapeuta (Carlson, Ericson, 2001).

Mezi ojedinělými texty na toto téma jsou výjimečné dvě práce. Autoři Woodcock a Rivett (2007) provedli zajímavý experiment, kdy do výcviku rodinné terapie zahrnuli požadavek na to, aby frekventanti výcviku zažili situaci v pozici klientů a absolvovali několik sezení se svou rodinou, blízkými osobami, či přáteli. Celých 70% procent frekventantů absolvovalo tato sezení se svou rodinou a diskutovalo o reálných problémech, které ve vztazích zažívali. Autoři článku a iniciátoři tohoto odvážného experimentu připouštějí rizika tohoto kroku a poukazují na nutnost dalšího zkoumání, přesto hodnotili tuto vzdělávací inovaci pozitivně. Rigoróznější přístup zaujali následovníci Williams, Carpenter a Timms (2015), kteří vystavili terapeuty-účastníky výzkumu podobné zkušenosti a vše důkladně metodologicky zpracovali s využitím interpretativní fenomenologické analýzy. Z výsledků je zřejmé, že takový unikátní způsob vzdělávání může být z hlediska osobního a profesního rozvoje velmi přínosný, zároveň může mít velmi nepříjemné důsledky nejen pro frekventanta, ale i jeho blízké. Podobný experiment zahrnující terapeutovy členy rodiny přináší etické otázky, které nesouvisí pouze s poměřováním míry rizika a potenciálního přínosu pro budoucí terapeuty.

S ohledem na klinickou praxi je zřejmé, že ani sebelepší zvládnutí systemických otázek, dialogických konverzací nebo externalizujících metafor nemůže být dostatečným obranným mechanismem vůči různé míře emoční angažovanosti, empatickém svědectví (Kleinman, 1988) a lidské účasti, které jsou součástí práce s rodinami v těžkých životních situacích.

Druhou věcí je, nakolik prostor k tzv. sebe-zkušenosti v rámci vzdělávání může nahradit životní zkušenost. I když je na místě udržovat přiměřenou hranici mezi profesním a osobním životem, vzájemnému ovlivňování těchto dvou základních dimenzí terapeutova života nelze zcela zabránit. Rodiny, s nimiž rodinný terapeut pracuje, totiž obvykle do terapie přinášejí témata takřka univerzální, jež jsou v různé míře a v různé životní fázi taktéž součástí terapeutova života. Kvalita citových vazeb s blízkými, intimita a sexualita, rodičovství, nemoc a smrt v rodině, smysl a naplnění života, to jsou typická témata, kolem kterých často bývá organizován příběh sdílený rodinou s terapeutem. Tato témata jsou hlavními těžišti, kolem nichž se může odvíjet životní příběh terapeuta ve stejném čase, kdy se setkává s danou rodinou. Terapeutův pocit zvládnání (nebo jeho absence), prožité úspěchy i nezdary, a obecně získané zkušenosti s různým emočním nábojem ve všech těchto oblastech ovlivňují míru využití specifických dovedností v terapeutické spolupráci s rodinami. Těmto okolnostem je v komunitě rodinných terapeutů věnována dlouhodobě pozornost v rámci již citovaného výzkumu, ale také v rámci konvergence rodinné terapie a současné psychoanalýzy, jež probíhá přibližně posledních 15 let. Na význam osoby rodinného terapeuta v terapeutickém procesu, včetně jeho myšlení, prožitků, osobní „zranitelnosti“ apod. neupozorňují jen autoři reprezentující současné psychoanalytické myšlení, ale i rodinní terapeuti zabývající se také výzkumem citové vazby (Crittenden, 2013) a rodinní terapeuti integrativně zaměřeni (Dallos, Draper; 2015; Dallos, Vetere, 2009).

Někteří odborníci v oblasti vývoje dítěte a rodiny dokonce naznačují, že profesi rodinného terapeuta by se měli věnovat lidé až s dosažením určité životní zkušenosti (Crittenden, 2013). Lze namítnout, že samotná životní zkušenost není zárukou „dost dobré“ terapeutické práce. Stejně tak není možné zažít všechny možné situace a rodinné scénáře, aby byl terapeut dostatečně připraven na práci se všemi rodinami. Na druhou stranu specifická zkušenost (nebo její absence) může hrát zásadní roli v tom, jakého vyladění a míry porozumění bude rodinný terapeut schopen, setká-li se s rodinou, jejíž problémy se odehrávají v některé z hlavních dimenzí lidského života (např. partnerský vztah, rodičovství, nemoc v rodině apod.). Domnívám se, že životní zkušenost a zejména schopnost reflektovat její dopad na vlastní postoj, prožívání a vztahování k rodině, s níž pracuji a jejíž problém se s touto životní zkušeností v různé míře prolíná, je stejně důležitým faktorem v terapeutickém procesu jako

jiné, snáze definovatelné terapeutické kompetence. Prolínání životních témat a problémů rodiny s životními tématy a dilematy terapeuta v různých fázích jeho života a profesní dráhy je nevyhnutelná a sebevětší šíře teoretických poznatků nebývá dostatečnou ochranou proti tomu, aby toto prolínání ovlivňovalo nebo přímo komplikovalo terapeutickou spolupráci.

Tím se dostáváme k tématu supervize a jejím variantám jako forem opory v rámci celoživotního vzdělávání. Stejně jako v jiných psychoterapeutických modalitách i v rodinné terapii může supervize sloužit různým cílům, např. jako forma opory, nabídnutí jiného úhlu pohledu, podpora sebe-reflexe jakou součástí sebe-poznání, podpora integrace, prevence syndromu vyhoření apod. (Trapková, 2013, Šikl, 2012; Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010). Jde o tak významnou součást psychoterapeutické profese a celoživotní osobního a profesního rozvoje v této profesi, že si jí všímají i kulturní média v zemích, kde má psychoterapie dlouhou historii a tradici (Skorunka, 2012). Supervize v rodinné terapii a systemické praxi je široké téma, které si zaslouží samostatný článek a je k němu v anglické literatuře několik publikací. Zde uvedu pouze pár osobních postřehů. Vlastní zkušenost s různými supervizory v oblasti rodinné/systemické terapie v Čechách i v zahraničí si dovoluji zdůraznit některé faktory, které přispěli k tomu, že jsem danou supervizní zkušenost vnímal jako přínosnou a podpurnou zároveň. Na prvním místě je to zkušenost supervizora s různými klienty, s různou problematikou a působením v různém pracovním kontextu. Za druhé, lidský přístup supervizora, který je vyjádřený mimo jiné opravdovým zájmem o způsob práce terapeuta, snahou podpořit ho v náročné práci s rodinou; schopnost vystihnout a posilovat dovednosti i v situacích, kdy si terapeut neví rady; schopnost citlivě upozornit na ty projevy a faktory, které mohou terapeutovi práci s danou rodinou komplikovat (včetně schopnosti věnovat adekvátní pozornost terapeutovým prožitkům, „zkreslením“ apod.).

Zjednodušeně řečeno, jde o to, aby terapeut odjížděl ze supervize s nějakým důležitým uvědoměním a s ním související představou o tom, jak s rodinou dále pracovat, na co se zaměřit apod. a nikoli s pocitem, že je všechno špatně a je třeba změnit profesi. Vnímavost a vyladěnost supervizora na situaci terapeuta včetně jeho osobních prožitků a zápasů je podle mého soudu důležitější, než další vrstva expertního pohledu na supervidovanou situaci rodiny a terapeutického procesu. Práce supervizora v podstatě vyžaduje některé z podstatných terapeutických kompetencí, mimo jiné schopnost pracovat v tzv. zóně proximálního vývoje terapeuta, jež supervizi navštěvuje. Jde o tu samou dovednost, která je potřeba při práci s jedincem, párem i rodinou, a kterou někteří současní rodinní terapeuti považují za zcela zásadní pro úspěšnou terapii (Dallos, Vetere, 2009). Je otázkou, zdali není výhodné, když je supervizor schopen integrovat různé modely v rámci praxe i supervize a neprosazuje

ortodoxně jen jeden model rodinné terapie. Může být přínosné, když je schopen nahlédnout situaci a prezentovaný „případ“ i jinou optikou než je systemická perspektiva. V supervizi rodinné může být výhodou integrativní přístup, v němž je vyvážený prostor pro afektivní, kognitivní, behaviorální, tělesnou, vztahovou a kontextuální dimenzi v terapeutickém procesu včetně supervize. Nepřímo se v tomto duchu vyjádřil Asen (2004) v diskusi o současném pojetí systemické terapie. Integrativní přístup může být výhodný zejména pro tzv. komplikované případy s dlouhou historií problému, s opakovaným a vícečetným kontaktem s různými tzv. pomáhajícími profesemi, s existencí více problémů/potíží na individuální i vztahové úrovni a v neposlední řadě i u dlouhodobých a závažných zdravotních potíží, jež komplikují život nemocnému i jeho rodině (McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013).

Závěr:

V textu jsme se zabývali specifiky rodinné terapie a systemické praxe. Detailně jsme popsali dovednosti nezbytné pro praxi rodinné terapie tak, jak o nich diskutovali rodinní terapeuti v minulosti a jak je o tomto tématu diskutováno v současné zahraniční komunitě rodinných terapeutů. Doplnili jsme také několik osobních postřehů k tématu supervize v rodinné terapii s využitím některých nedávno publikovaných textů na toto téma v zahraničí. Je zřejmé, že s ohledem na mnohé společenské a odborné faktory bude problematika kompetencí v psychoterapii a rodinné terapii i nadále věnována pozornost. A to i přesto, že rozlišování kompetencí, jejich nácvik a rozvoj a v neposlední řadě posuzování jejich reálného naplňování v klinické praxi představuje nelehký úkol pro odborné společnosti a samotné terapeuty (Stratton et al., 2011). Zároveň není třeba slepě podléhat dobovým trendům, jejichž popularita, zdánlivá pokrokovost a vliv mohou být součástí širších souvislostí a změn v pojetí vzdělávacích procesů. Ty vždy nemusí, navzdory proklamacím jejich propagátorů, znamenat obrát k lepšímu, jak upozorňuje ve své kritické rozpravě na téma narůstající nevzdělanosti ve společnosti rakouský pedagog a filozof Konrad Paul Liessman (2015). Podle něj má orientace na kompetence v současném vzdělávání kořeny v ekonomii a jejím cílem je učinit vše, zejména pracovní výkony, měřitelnými a tím optimalizovanými, což není žádnou zárukou lepší vzdělanosti a důkladnějšího vědění. Kde se ve vzdělávání zprostředkovávají kompetence, vyplňují se testy, studuje se v nejrůznějších modulacích a neustále se srovnává, nejlépe v mezinárodním měřítku, tam je praxe nevzdělanosti nejefektivnější (Liessman, 2015, s. 38-48). I když není důraz kladený na kompetence v přípravě na praxi rodinného terapeuta na místě bagatelizovat, postřehy založené nejen na zkušenosti, ale také na důkladné znalosti

historie a současných širších souvislostí, vybízejí k opatrnosti. Historie psychoterapie a rodinné terapie zahrnuje momenty, kdy nekritické vlivy z jiných oblastí poznání formovaly příliš jednostranně a úzce psychoterapeutickou teorii a praxi. Jedním z takových vlivů přicházel a přichází z biomedicíny a přínos tohoto procesu je minimálně rozporuplný (Wampold, Imel, 2015). Je otázkou, zdali vliv ekonomie bude mít větší úspěch.

Literatura:

1. Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Hove: Routledge.
2. Asen, E. (2004). Collaborating in promiscuous swamps – the systemic practitioner as a context chameleon? *Journal of Family Therapy*, 26: 280–285.
3. Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. S. Gurman, P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 159-186). New York: Brunner/Mazel.
4. Bowen, M. Kerr, M. (1989). *Family Evaluation. An approach based on Bowen theory*. New York: Norton.
5. Carlson, T.D., Ericson, M.J. (2001). Honouring and privileging personal experience and knowledge; ideas for a narrative approach to the training and supervision of new therapists. *Contemporary Family Therapy*, 23,199-220.
6. Carr, A. (2010). *Family Therapy; Concepts, Process, and Practice*. New York: Wiley-Blackwell.
7. Cecchin, C., Ray, W.A., Lane, G. (1993). *Irreverence: A Strategy for Therapist's Survival*. London: Karnac.
8. Crittenden, P. (2013). *Raising Parents; Attachment, Information Processing, and Treatment*. Hove: Routledge.
9. Dallos, R., Draper, R. (2015). *An Introduction fo Family Therapy, 4th Edition*. Berkshire: Open University Press.
10. Dallos, R., Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Hove: Routledge.

11. Dynáková, Š., Kožnar, J., Hermanová, M. (2010). Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Psychoterapie*, 6(3-4).
12. Friedlander, M. (2006). *New developments of SOFTA research. Therapist contributions to family therapy alliances and alliance-outcome links to conjoint treatment.* přednáška na konferenci SPR 2006, Edinburgh, 21-24.6.2006
13. Friedlander, M., Heatherington, L., Escudero, V. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy; an Empirically Informed Guide to Practice.* Sage Publications.
14. Friedman, S. (Ed.). *The Reflecting Team in Action; Collaborative Practice in Family Therapy.* New York: The Guilford Press.
15. Gehart, D. (2010). *Mastering Competencies in Family Therapy.* Belmont: Brooks/Cole.
16. Goolishian, H., Anderson, H. (1993). The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In S. McNamee, S., K.J.Gergen, (Eds.), *Therapy as Social Construction.* (s. 25-39), New York: Sage.
17. Guilfoyle, M. (2006). Using power to question the dialogical self and its therapeutic application. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 89-104.
18. Heatherington, L., Friedlander, L. M., Diamond, M. G., Escudero, V., Pinsof, M.W. (2015). 25 Years of systemic therapies research; Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 2(3), 348-364.
19. Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The therapeutic alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist relational contributions to effective psychotherapy* (s. 37–69), New York: Oxford University Press.
20. Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition.* New York: Basic Books.
21. Jonesová, E. (1996). *Terapie rodinných systémů.* Hradec Králové: Konfrontace.
22. Liessman, P., K. (2015). *Hodina duchů; praxe nevzdělanosti, polemický spis.* Praha: Academia.
23. Luepnitz, D. (1992). *The Family Interpreted. Psychoanalysis, Feminism, and Family Therapy.* New York: Basic Books.
24. Lum, W. (2002). The use of self of the therapist. *Contemporary Family Therapy*, 24,181-197.
25. McDaniel, S., Doherty, W, Hepworth, J. (2013). *Medical Family Therapy and Integrated Care, 2nd Edition.* Washington: APA.

26. Orlinski, D., E., Ronnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: DC: APA.
27. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.
28. Rivett, M., Street, E. (2009). *Family Therapy; 100 keypoints and techniques*. Hove: Routledge.
29. Rober, P., Elliot, R., Buysse, G, Loots, G., de Corte, K. (2008). Positioning in the Therapist's Inner Conversation: A Dialogical Model Based on a Grounded Theory Analysis of Therapist Reflections. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 406-421.
30. Rober, P. (2011). The therapist's experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 33(3), 233-255.
31. Skorunka, D. (2012). Psychoterapie očima televizní produkce. *Psychoterapie* 8(3-4).
32. Skorunka, D., Hajná, D. (2013). Family Therapy in the Heart of Europe. *Contemporary Family Therapy*, 35(2), 212-222.
33. Skorunka, D. (2013). Kdy(ž) se dialog nedaří. *Psychoterapie*, (9)1, 172-186.
34. Skorunka, D. (2015). Tisíc tváří rodinné terapie; současná teorie a praxe. In M. Lečbych, M. Friedlová (Eds.) *Symposium rodinné terapie; sborník příspěvků z konference*, (s.8-29), Olomouc: UPOL.
35. Stratton, P., Reibstein, J., Lask, J., Singh, R., Asen, E. (2011). Competencies and occupational standards for systemic therapy and couples therapy. *Journal of Family Therapy*, 33,123-143.
36. Šikl, J. (2012). Supervize jako rituál péče o změnu a tradici. *Psychoterapie*, 8(3-4).
37. Tomm, K. M. Wright, L.M. (1979). Training in family therapy: perceptual, conceptual and executiv skills. *Family Process*, 18(3), 227-250.
38. Trapková, L. (2013). Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. *Psychosom*, 11(2), 17-27.
39. Ugazio, V. (2013). *Semantic Polarities and Psychopathology in the Family. Permitted and Forbidden Stories*. Hove: Routledge.
40. Wampold, B., Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. Hove: Routledge.
41. Williams, B., Carpenter, J., Timms, J. (2015). Family and systemic psychotherapists' experiences of personal therapeutic consultations as a tool for personal and professional development in training. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 563-582.

42. Woodcock, J., Rivett, M. (2007). Bringing the self into family therapy training: personal and professional consultations with trainee families. *Journal of Family Therapy*, 29, 351-354.

Autor je psychiatr a psychoterapeut s preferencí systemické a narativní perspektivy a s občasnou snahou o integraci poznatků z jiných směrů. Je odborným asistentem na LF UK v Hradci Králové a externím lektorem na FSS MU v Brně. Kontakt: skor@lfhk.cuni.cz