

Tisíc tváří rodinné terapie; současná teorie a praxe

David Skorunka

Abstrakt:

Článek je věnován rodinné terapii a systemické praxi s důrazem na současný vývoj v této oblasti. Nejprve je stručně uveden přehled vývoje rodinné terapie v druhé polovině dvacátého století. Dále je pozornost zaměřena na současné dění v oboru, zejména na výzkum rodinné terapie, integrativní trend a nové inspirace z oblasti vývojové psychologie. Část textu je věnována specifickým aspektům procesu rodinné terapie a jeho odlišnostem od individuálních psychoterapeutických směrů.

Klíčová slova: rodinná terapie, systemická praxe, výzkum, integrace, terapeutický proces

Abstract:

The article discusses family therapy and systemic practice with particular emphasis on contemporary development in the field. First, brief overview of family therapy development in the second half of the 20th century is provided. Second, the attention is focused on current trends such as family therapy research, integration with other fields, and new inspirations coming from developmental psychology. Part of the article deals with specific aspects of family therapy process and its differences in comparison with individual psychotherapeutic modalities.

Keywords: family therapy, systemic practice, research, integration, family therapy, therapy process

Historie

Jako svébytný psychoterapeutický přístup začala rodinná terapie vznikat na přelomu 40. a 50. let dvacátého století ve Spojených státech amerických. V té době se začaly objevovat první pokusy o začlenění rodiny nemocného s projevy duševní nemoci do terapeutické spolupráce. Zájem o rodinu, mezilidské vztahy a komunikaci se projevil v kontextu různých událostí a vývoje v dalších oborech. **Systémové myšlení** se prosazovalo ve fyzice, kybernetice, fyziologii a v těchto oborech také první rodinní terapeuti nalézali cennou inspiraci. Z poznatku těchto tradičních i nově vznikajících oborů čerpali zejména terapeuti, kteří se v padesátých letech minulého století věnovali výzkumu **komunikace v rodině**, v níž

jeden z členů trpěl vážným duševním onemocněním. Jednalo se o slavné výzkumné projekty, v nichž figuroval antropolog a filozof Gregory Bateson (*Double Bind Project*; vznik *Mental Research Institute*). V těchto projektech a v prvních letech rozvíjení terapeutických programů MRI působili pozdější zakladatelé různých směrů rodinné terapie, jako Virginie Satirová, Jay Haley, Salvador Minuchin a další.



Biologické a systémové metafory ovlivnily vývoj teorie komunikace, rozšíření zorného pole od nemocného jednotlivce k rodinnému systému posiloval vznik pracovišť zaměřených na dítě a rodinu a rozvoj komunitních center, kde se terapeuti zajímali více o skupinovou dynamiku a komunikační procesy (Nichols, Schwartz, 2005).

Dalšími vlivy podněcující v té době rostoucí zájem o rodinu byly společenské události, například zkušenost s válečnými konflikty, které traumaticky poznamenaly rodinné vztahy v několika generacích. Také vzrůstající zájem o vývoj dítěte v psychologii a sociálních vědách, který vedl k postupnému vzniku klinických pracovišť zaměřených na dítě a rodinu. Je třeba zmínit i tehdejší nespokojenost s dominující psychoanalýzou a jejími výsledky v terapii zejména vážnějších duševních poruch a projevů tzv. psychopatologie. První rodinní terapeuti často měli psychoanalytické vzdělání a na základě zkušenosti i jisté intelektuální zvědavosti hledali nové cesty k porozumění i nové způsoby terapie. I někteří psychoanalytici se zajímali o rodinné vztahy a jejich vliv na vývoj jedince a rozvoj tzv. psychopatologie, např. americký psychiatr Harry Stack Sullivan (2006) se svou představou o interpersonální psychiatrii nebo britský psychiatr John Bowlby, autor jednoho z nejvýznamnějších vývojových konceptů v psychologii – **teorie citové vazby**. Bowlbyho první texty a koncept citové vazby jsou příkladem postupného posunu od intrapsychické k interpersonální (rodinné, systemické) perspektivě v uvažování tehdejších terapeutů a výzkumníků (Bowlby, 1949,1988).

Systemové myšlení tehdejší doby vystihuje citát Donalda Jacksona, jednoho z prvních propagátorů systémové perspektivy v psychiatrii.

„Systémový koncept nám pomáhá vysvětlit mnohé ze zdánlivě nejasných, až tajemně se jevících projevů chování, které jsou výsledkem vzájemných vztahů mezi dvěma a více jedinci. Víme, že rodina je jednotka, či systém, v němž mají všichni členové významný vliv, ať už to vědí, nebo ne, ať už jsou z toho nadšeni, či nikoli. Rodina je komunikační síť, v níž každý člen, ať je to den starý novorozenec nebo sedmdesátiletý senior, ovlivňuje povahu celého systému a je zároveň tímto systémem sám ovlivňován. Například, když někdo v rodině onemocní, jiný člen rodiny může fungovat efektivněji (pozn. nebo naopak musí) než obvykle. Systém (v tomto případě rodina) má přirozenou tendenci zachovat určitou rovnováhu. Neobvyklé chování jednoho člena rodiny nevyhnutelně vyústí v kompenzační reakci jiného člena. Když žena nesnáší nedělní výlety, ale nedá to najevo manželovi, tato informace se přesto může vyjevit prostřednictvím dění v rodinném systému, takže pak se může stát, že čtyřletý Johnny si začne stěžovat na nevolnost při jízdě autem a celý nedělní výlet skončí nezdarem.“

Jackson, 1968, s. 14, volný překlad

Byť se může jevit systémová perspektiva v podobě této formulace dnešnímu terapeutovi poněkud zjednodušující a do jisté míry spekulativní, v polovině minulého století šlo o zásadní obrat v uvažování tehdejších terapeutů, kteří kladli důraz na to, aby chování a nejrůznější projevy tzv. patologie byly nazírány ve vztahovém a vývojovém kontextu. V současnosti není tolik v popředí spor o to, zdali je primární **intrapsychická** nebo **interpersonální perspektiva** v souvislosti s rozvojem jakýchkoli potíží, neboť jde o stejně důležité dimenze lidského života vzájemně se ovlivňující. Nicméně vzhledem k dominujícímu individualistickému diskurzu ve společnosti a v medicíně zaznívá volání po pozornosti ke vztahovému a vývojovému kontextu silně z tak rozmanitých oblastí poznání, jako je vývojová psychologie, neurovědy a psychosomatická medicína.

Tisíc tváří

V průběhu druhé poloviny dvacátého století došlo postupně k rozvoji mnoha různých škol a modelů rodinné terapie. Zakladatelé těchto škol měli na základě své individuální vnímavosti a klinické zkušenosti svou vlastní představu o tzv. etiopatogenezi (příčina vzniku potíží u jednotlivce a/nebo v rodině) a o terapeutické spolupráci (jak je třeba s jedincem, párem, rodinou) pracovat. Jednotlivé modely se také lišily v tom, jak jejich reprezentanti pojímali roli a pozici terapeuta v terapeutickém procesu. Pro **první školy rodinné terapie**, jako např. prožitkově zaměřený přístup C. Whitakera nebo V. Satirové, strukturální přístup S. Minuchina a strategickou terapii J. Haleyho byla charakteristická aktivní, expertní a někdy přímo direktivní pozice terapeuta, který, obrazně řečeno „ví, co není v rodině v pořádku a co je potřeba, a jak, změnit“. Později se někteří rodinní terapeuti začali k tomuto pojetí kriticky

vyjadřovat a s nástupem inspiračních zdrojů v podobě postmoderní filozofie, teorie sociálního konstrukcionismu a narativní psychologie se začala rodinná terapie proměňovat a praxe se postupně posunovala k rozvíjení narativních, spolupracujících a dialogických přístupů (Goolishian, Andersen, 1992; Andersen, 1993, 1995; Skorunka, 2010; Skorunka, 2013)

Orientaci v rozmanitých modelech či školách rodinné/systemické terapie usnadňuje Carrův (2010) **tří-pilířový model** (*three-column model*) viz následující tabulka. Carr (2010) rozděluje stávající školy do tří skupin podle převažujícího akcentu na určitý aspekt rodinného systému ve vztahu k rozvoji problému/potíží. Podle něj lze rozdělit existující školy rodinné terapie do tří skupin podle toho, na jaké aspekty rodinného systému ve vztahu k rozvoji problému/potíží terapeut klade důraz a jaké terapeutické kroky následně volí s cílem tyto aspekty ovlivnit: a) komunikační vzorce a chování; b) systémy přesvědčení a vlivné narace v rodině, které stojí v pozadí problematických interakcí; c) kontextuální, historické a konstituční faktory, jež představují významné okolnosti, v nichž si členové rodiny vytvořili „adaptivní“ systémy přesvědčení a příběhy určující obvyklé interakce a chování. Je zřejmé, že tři roviny či kategorie jsou vzájemně provázané a že problémy prezentované rodinou se víceméně týkají každé z nich.

- **Vzorce chování, jež přispívají k udržování problému**

- Předpoklad, že opakující se vzorce v rodinné komunikaci udržují problémové chování. Terapeutická práce je zaměřená na narušení těchto vzorců interakce a jejich nahrazení zdravějšími způsoby komunikace.
- Např. strategická terapie, strukturální terapie, kognitivně-behaviorální RT.

- **Problematické, či omezující systémy přesvědčení a příběhy**

- Předpoklad, že zásadní jsou tzv. systémy přesvědčení, rodinné příběhy, nejrůznější diskurzy, ze kterých vycházejí opakované interakční vzorce, jež udržují stávající problém. Cílem terapie je podpořit vytvoření nových systémů přesvědčení, nových příběhů, které umožní nahradit problém-udržující interakce zdravějšími.
- Např. Milánská škola, přístup deShazera a Bergové, narativní přístup aj.

- **Historické, kontextuální a konstituční predisponující faktory**

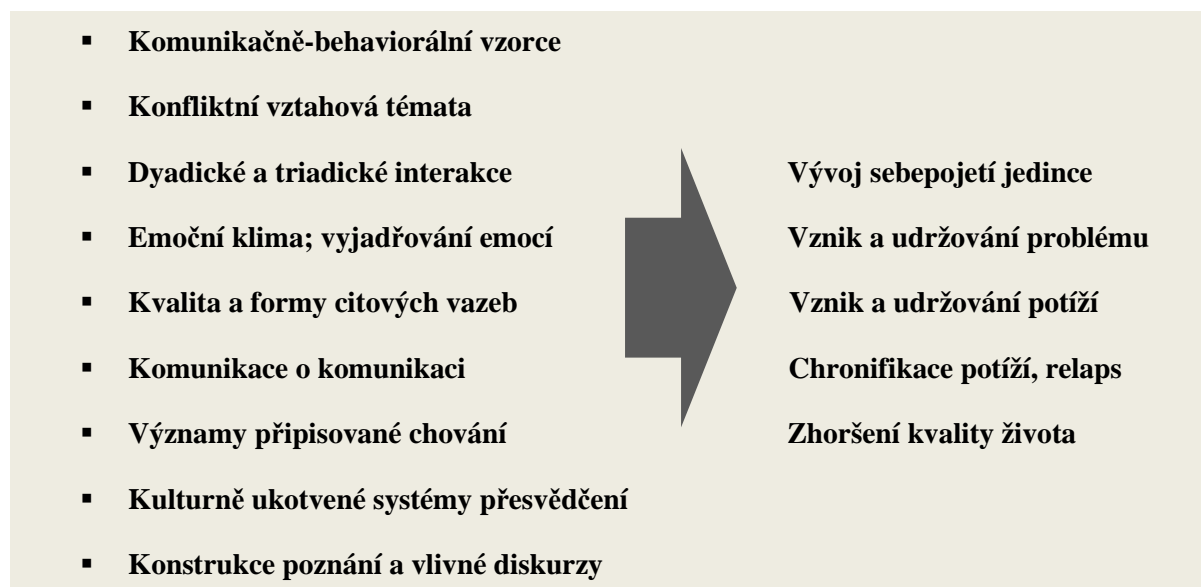
- Důraz na historické/ kontextuální/ konstituční faktory, které predisponovaly rodinné členy k tomu, aby přijaly určité systémy přesvědčení rozvinuly problematické vzorce.
- Např. model růstu V.Satirové, transgenerační přístupy (např. M. Bowen Therapy), psychoedukační přístupy aj.

Dalo by se říci, že rozdíly v akcentu různých škol rodinné terapie odrážejí vývoj v psychoterapii obecně (psychoanalytický pohled, psychodynamické hledisko, behaviorální revoluce, rozvoj kognitivních věd, emoční procesy, neurovědy). Je důležité připomenout, že míra důrazu či upřednostnění jedné z rovin je aktem terapeuta, který tak vyjadřuje svou přichylnost (*allegiance*) k danému, tradičnímu, modelu. Jednotlivé modely nemusíme považovat za neochvějné „pravdy“, jež jsou neměnné a ve všech případech platné či podnětné. Jak upozornil Asen (2004), jednotlivé školy a modely rodinné terapie se vzájemně doplňují a „popisují“ jen některé aspekty jedince, rodiny apod., přestože jejich reprezentanti spolu často soupeřili o to, čím model je výstižnější a „pravdivější“. Jednotlivé modely představují cenné **modely komplexních hypotéz** (*case formulations*) o vzniku problému/potíží u jedince a v rodině a také jsou základem pro volbu postupu, tzv. terapeutické intervence. Formulace komplexní hypotézy je zásadním prvkem terapeutického procesu, který lze chápat jako skládání mozaiky či *puzzle*. Podle Dallose a Draperové (2010) je potřeba propojit informace o potížích a rodinné situaci s pozorováním, zkušeností z rozhovoru s rodinou, teorií a předchozí klinickou zkušeností a v neposlední řadě i s vlastním porozuměním a osobními prožitky v průběhu terapie.

Jak uvádí Carr (2010, s. 271) „*hypotézy jsou v podstatě mini-teorií, s jejíž pomocí si vysvětlujeme, proč problém či potíže vznikly a proč dále trvají...Schopnost formulovat hypotézu je nedocenitelná. Je propojením teoretických znalostí a povědomí o výzkumu s klinickou praxí.... 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). Existence více modelů a škol také není důkazem „nezralosti“ oboru, ale koresponduje s reálným životem a praxí, jež se jednoduše vymykají uzavřenosti a omezenosti jediné teorie a jediného konceptu. Variace rodinných příběhů, životních scénářů a forem utrpení je nekonečná, byť určitá témata, dilemata a fenomény lidského života jsou víceméně universální a transkulturní. Přesto je nutné stávající koncepty třeba neustále proměňovat, modifikovat, revidovat a doplňovat podle toho, jak se vyvíjí naše poznání a širší kontext včetně vývoje a směřování lidského společenství. Znalost různých modelů je prevencí proti nebezpečí Prokrústova lože, což je metaforické pojmenování situace, kdy terapeut příliš věrný upřednostňované perspektivě opomíjí ty části „příběhu“ rodiny, respektive významné okolnosti, které s touto perspektivou nejsou v souladu (Skorunka, 2009).

Základní předpoklady

Každý psychoterapeutický směr vychází z určitých základních předpokladů. Ty se týkají zejména a) příčin a mechanismů vzniku problémů/ potíží, s nimiž lidé vyhledávají psychoterapeuty; b) terapeutického procesu, tedy toho, jak je potřeba klinicky pracovat, aby byla psychoterapie účinná. Existuje několik publikací porovnávajících **základní předpoklady** hlavních současných psychoterapeutických směrů (Prochaska, Norcross, 2013). Poněkud komplikované pro začátečníka může být to, že i v rámci jednoho psychoterapeutického směru existují různé školy a odnože, jejichž představitelé spolu polemizují i o základních stavebních kamenech dané psychoterapeutické modality. Platí to i pro oblast rodinné terapie a systemické praxe, která je v současnosti značně rozmanitá (Carr, 2010; von Schlippe, Schweitzer, 2001). Navzdory rozmanitosti lze při znalosti současné scény rodinné terapie a systemické praxe uvést několik výchozích bodů, na nichž by se (nebo alespoň na některých z nich) shodli reprezentanti různých škol rodinné terapie (viz následující tabulka).



Stručně řečeno, různé modely rodinné terapie sdílejí předpoklad, že problémy/potíže jedince jsou manifestací nějakého problematického dění v rodině, tzv. poruchy na úrovni rodinného systému, např. problematické komunikace, nejasných pravidel, napjatého emočního klimatu, opakovaných konfliktů, obtížné adaptace na náhlé a nečekané události nebo změny souvisejícími s vývojovým cyklem rodiny apod.(Dallos, Johnstone, 2013). Různé formy prožívaného trápení v individuální i vztahové rovině (*distress*) a potíží jsou podle

systemických předpokladů těsně spjaté s vývojem, dynamikou a kvalitou mezilidských vztahů. Rodinný terapeut se proto zajímá hlavně o dění a vztahy v rodině, o různé aspekty fungování rodinného systému. Věnuje větší pozornost tomu, co se odehrává mezi členy rodiny, a nikoli tomu, co se děje „uvnitř“ jejich mysli (*mind*) ve smyslu tzv. intrapsychických stavů.

Význam základních předpokladů spočívá v tom, že představují výchozí bod pro klinickou praxi, vývoj teoretických poznatků a směřování výzkumu. V klinické praxi jsou přítomné v hypotézách o tom, co je příčinou trápení v rodině a jaké kroky je potřeba udělat k jeho zmírnění. To se může týkat různých dimenzí fungování rodiny např. hierarchie, mezigeneračních hranic, zlepšení vzájemného porozumění, proměny ustálených komunikačních vzorců, vyrovnávání se s náročnou situací, zlepšení kvality života apod. V současnosti kladou rodinní terapeuti důraz na **jazyk**, na to, jakým způsobem se v rodině utváří **vzájemné porozumění** (sociálně-konstrukcionistické hledisko) dané situaci, jaké sdílené či vyjednávané významy hrají prim při výkladů určitých událostí, chování jednotlivých členů rodiny apod. Důraz na jazyk v současných směrech je také součástí reflexe terapeutického procesu: jakým způsobem dochází v průběhu terapeutické spolupráce ke konstruování významů toho, co se v rodině děje (jazyk jako konstitutivní faktor, konverzace jako intervence).

Dallos a Stedmon (2013) ještě kladou důraz na následující klíčové prvky systemického přístupu: a) **cirkulární pojetí** příčiny a následku (udržování problémů prostřednictvím rigidní odezvy založenou na jednostranném výkladu); b) **význam triadických vztahů** ve vývoji rodiny a vzniku problémů: tento význam ve vývojovém kontextu popisují Trapková a Chvála (2004); problematickou je dle zkušenosti rodinných terapeutů situace, kdy konfliktní vztah mezi dvěma členy v rodině vtahuje třetí osobu (fenomén triangulace); c) **význam transgeneračních procesů** na přenos emočních vzorců, udržovaných významů a komunikačních strategií, dále pro kontextualizaci současných potíží; d) **koncept životního cyklu rodiny** s určitými typickými milníky a přechodovými momenty (*transitions*), tedy obdobími mezi různými fázemi vývoje, kdy v rodině v důsledku změn a potřeby adaptace může narůstat napětí (*distress*), konflikty a častěji se objevují nejrůznější potíže a problémy.

Ještě jedna poznámka k základním předpokladům je na místě, byť přichází z jiné psychoterapeutické disciplíny. Přední britská, existenciálně zaměřená, psychoterapeutka Emmy van Deurzen (2002) upozorňuje, že lidé mohou mít z psychoterapie užitek jen tehdy, pokud jsou ochotni či schopni přijmout základní předpoklady, z nichž terapeut vychází, a nechají se jimi inspirovat k chápání svého problému a k postupu řešení. Ve vztahu k rodinné

terapii to znamená, že nestačí, aby terapeut byl věrný systemické perspektivě a byl schopen nahlížet prezentované potíže připisované jednomu členovi rodiny ve vztahovém (obecně systemickém) kontextu. Jde o to, aby i ostatní členové rodiny byli schopni ve svém chápání a následného jednání posunu od tzv. individuální (intrapsychické, biomedicínské) roviny k rovině interpersonální (systemické/bio-psycho-sociální). Pokud jsou někteří členové rodiny přesvědčeni o tom, že problém se týká pouze jednoho z nich (z důvodu poruchy, nemoci, osobnosti apod.), pak je terapeutovým úkolem je nejprve získat ke spolupráci a pokusit se podpořit posun v nazírání na problém směrem k interpersonální, systemické perspektivě (propojení individuální zkušeností a vztahových procesů). Zde je klíčová role terapeuta a jeho schopnost získat si důvěru členů rodiny a v rámci spolu-vytváření terapeutického spojení (Friedlander, Heatherington, Escudero, 2006). Současní britští terapeuti Dallos a Vetere (2009) v souvislosti se postupným přijetím a sdílením interpersonální/systemické perspektivy hovoří o tzv. narativním posunu, která považují za jeden ze základních mechanismů terapeutické změny v rodinné terapii a systemické praxi.

Integrace a další vývoj

Užitečnost teorie, jakkoli inspirativní a precizně formulované, se ukáže vždy až v praxi. Existence mnoha škol rodinné terapie a systemické praxe jasně ukazuje, že jediný model není dostačující. Každý z modelů má svá omezení, každý ze zakladatelů byl a je vnímavější k některým aspektům složitosti rodinných vztahů a procesu vzniku potíží/problémů. Není překvapivé, že rodinní terapeuti neustále hledají nové způsoby klinické praxe, nové inspirace, často z toho důvodu, že se jednoduše setkávají se situacemi, pro které stávající modely nestačí. V praxi se běžně setkáváme s rodinami, které zápasí s mnoha různými problémy, musíme spolupracovat s jinými odborníky, kteří se rodině věnují. I když pracujeme s rodinami, jež přicházejí s podobnými problémy, diagnózami, či se nacházejí ve zdánlivě stejných situacích, neznamená to, že s nimi můžeme a máme pracovat stejně, v rámci jednoho jediného teoretického konceptu nebo stejnými terapeutickými postupy. Zákonitě se v oblasti rodinné terapie setkáváme s **eklektickým pojetím**, ale i se snahami o integraci dosavadních poznatků a o integrativní propojení dříve zdánlivě „nesmiřitelných“ škol a modelů. Tento trend podnítl i psychoterapeutický výzkum, zejména diskuse o tzv. obecných neboli nespecifických faktorech, které dle různých prací hrají větší roli, než faktory specifické pro různé psychoterapeutické modely (Wampold, 2001). To platí i v rodinné terapii a systemické praxi, v níž osobnost terapeuta, terapeutická aliance a další obecné proměnné hrají

významnější roli, než užívání konkrétních terapeutických technik v rámci určitého terapeutického modelu.

S jistým zjednodušením lze rozdělit **integrativní snahy** v rodinné terapii a systemické praxi na tzv. integraci uvnitř rodinné terapie a integraci poznatků odjinud (podrobněji Skorunka, 2010a, 2010b). Integrací odjinud je oblast rodinné terapie a systemické praxe typická od svých počátků. Nejprve mezi inspiračními zdroji dominovaly přírodní i aplikované vědy (biologie, fyziologie, fyzika, kybernetika). Později převažovaly disciplíny humanitní a společenské (antropologie, filozofie, psychologie, jazykovědy). V současnosti se rodinní terapeuti inspiroují i neurovědními obory, které spolu s vývojovou psychologií a zejména teorií citové vazby přinášejí cenné poznatky o významném vlivu primárních vztahů v raném vývoji na rozvoj afektivních, kognitivních a sociálních dovedností a na neurobiologické děje.

Mezi první integrativní pokusy v rodinné terapii a systemické praxi patří následující modely: 1) zastřešující systém (*metaframeworks*; Breunlin, Schwartz, MacKune-Karrer, 1997); 2) integrativní, na problém zaměřená terapie (*integrative problem-centred therapy*; Pinsof, 1995, 2005); 3) krátká, integrativní manželská terapie (*brief integrative marital therapy*; Gurman, 2002); 4) pluralistická párová terapie (*pluralistic couple therapy*; Snyder, 2002). Kriticky lze namítnout, že nejde v těchto modelech o skutečnou integraci – vytvoření širokého, zastřešujícího teoretického rámce. Integrativní charakter těchto konceptů spočívá v tom, že se propojují modely a intervence pocházející z různých, méně komplexních teorií/škol rodinné terapie. V současnosti integrativních modelů existuje více, některé se opírají i o systematické a dlouhodobé empirické zkoumání a mohou se pochlubit tzv. důkazy o účinnosti u některých potíží v rámci definovaných nosologických kategorií. Novější **integrativní modely** jsou uvedeny v následující tabulce spolu s krátkou definicí a s odkazy na základní literaturu.

- **Attachment-Based Family/Couple Therapy** (Diamond, Diamond, 2007; Diamond, Stern, 2003; Byng-Hall, 2008) Krátké, strukturované přístupy zaměřené na práci s párem, dospívajícími s behaviorálními problémy či diagnózou deprese. Výchozím předpokladem je význam bezpečné citové vazby pro dospívajícího ve vztahu s rodiči nebo v partnerském vztahu. Terapie je zaměřena na zmírnění kritiky, hostility, vysokých očekávání apod. u rodičů a na vyjasňování citových potřeb v partnerském vztahu.
- **Emotionally-Focused Therapy** (Johnson, 2008; Johnson, Whiffen, 2003, Greenberg, Johnson, 2010) **Emotion-focused couples therapy** (Greenberg, Goldman, 2008) Tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že konflikty v partnerských vztazích se objevují tehdy, když si partneři nedokáží vytvořit takový vztah, v němž si vzájemně uspokojí potřeby bezpečí, jistoty, porozumění apod. Tyto modely integrují prvky z prožitkově zaměřených přístupů, např. gestalt terapie, psychodramatu, strukturální terapie.
- **Attachment Narrative Therapy** (Dallos, 2006; Dallos, Vetere, 2009) Autoři tohoto přístupu integrují poznatky ze současné teorie citové vazby, systemickou perspektivu a narativní přístup. Terapii chápají jako formu emoční a kognitivní opory, v níž je nutné přihlížet k habituálním vzorcům citové vazby, které klienti či členové rodiny rozvíjejí s druhými lidmi včetně terapeuta. Těmto vzorcům či formám citové vazby je podle autorů nutné přizpůsobovat terapeutický postup, volbu tzv. intervence, to vše v kontextu „bezpečné“ terapeutické aliance.
- **Functional Family Therapy** (Carr, 2010; Sexton, Alexander, Mease, 2004) Tento přístup integruje prvky strategické, strukturální a behaviorální rodinné terapie. Vychází z předpokladu, že problematické chování a symptomy slouží důležitým funkcím v rodině, zejména v dimenzích vztahového „propojení“ (blízkost – autonomie) a vztahové hierarchie.
- **Multidimensional Family Therapy** (Sexton, Alexander, Mease, 2004) Manualizovaný terapeutický přístup zaměřený na specifickou klinickou populaci, především na dospívající a jejich rodiny, s tzv. poruchami chování a s různými návykovými chorobami.
- **Medical Family Therapy** (McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013) Tento přístup je zaměřený na jedince a rodinu v situaci vážného, dlouhodobého, chronického tělesného onemocnění. Je založený na týmové, interdisciplinární práci a snaží se překonat dichotomie typické pro zdravotnický systém a medicínu (mysl vs. tělo; jedinec vs. rodina; jedinec a rodina vs. instituce; medicína vs. širší kontext).

Většina z uvedených modelů je dokladem snahy o přizpůsobení praxe rodinné terapie širšímu kontextu (např. zdravotnickému systému, instituci, trendu *evidence-based practice*). Zároveň je při bližším seznámení zřejmý trend typický pro poslední dvě dekády. Tím je znovuoživení zájmu o emoční procesy, rozvoj konceptu citové vazby, prolínání a sblížování se současnou psychoanalýzou a také poznatky ze současných kognitivních, afektivních a sociálních neurověd. Jak uvádějí Dallos s Draperovou (2010), emoční prožitky v terapeutickém vztahu, nevědomé **emoční procesy** ovlivňující chování a interakce či utváření citových vazeb v rodině představují významné fenomény, které vytrvale klepají na dveře systemického terapeuta. Současný stav rodinné terapie a systemické praxe se může na první pohled jevit poněkud paradoxně: vedle sebe existují jak přístupy vycházející z tzv. modernistického stylu uvažování, které jsou stále populární a v praxi užitečné (např. strukturální terapie, psycho-edukační přístupy, přístupy vycházející z výzkumu teorie citové vazby), tak přístupy hlásící se k postmoderní filozofii a teorii sociálního konstrukcionismu např. narativní přístupy, dialogické a tzv. kolaborativní (*collaborative*) přístupy (White, Epston, 1990; Anderson, Gehart, 2007; Seikkula, Arnkill, 2006).

Výzkum

Někteří z prvních rodinných terapeutů v padesátých a šedesátých letech minulého století tvořivě kombinovali teoretizování, systematické zkoumání a experimentování v klinické praxi. Přesto právě rodinní terapeuti až do nedávné doby zastávali zdrženlivý až explicitně kritický postoj k výzkumu. Trnem v oku jim byla jednostranně zaměřená metodologie, podléhání iluzi objektivity a redukcionismus v rámci zjednodušeného designu studií, které podle kritiků těžko mohou korespondovat s komplexními fenomény spjatými s dynamikou a variabilitou rodinných systémů. Společenské změny, dominující ekonomický narativ a sílící biomedicínský model nakonec vedl k tomu, že i v komunitě rodinných a systemických terapeutů došlo postupně k rozmachu výzkumu. Ten lze spolu s Dallosem a Vetere (2005) rozdělit zjednodušeně na tři oblasti. Je to za prvé zkoumání výsledku, respektive účinnosti rodinné terapie (*outcome research; efficacy/effectiveness*), za druhé zkoumání procesu rodinné terapie, za třetí výzkum teoretických předpokladů. **Zkoumání účinnosti** bylo a je zcela zásadní v souvislosti s usilováním o legitimitu rodinné terapie a systemické praxe. **Výzkum procesu** nabízí ke zkoumání mnoho například tzv. terapeutické spojení (*therapeutic alliance*) a faktorů, které jeho rozvoj či narušení ovlivňují (Friedlander, Heatherington, Escudero, 2006). Nebo kognitivní, prožitkové a dialogické

procesy týkající se terapeuta a jeho práce s rodinou (Rober, 2002a, 2002b, 2011; Seikkula, 2008). Rozmanitý je **výzkum zaměřený na teoretické aspekty** rodinné terapie či vznik psychopatologie v rodině. Zde je nepřehledné množství otázek, například souvislost mezi ústupem symptomatologie v rámci poruchy příjmu potravy u dospívajícího a změnou vzorce citové vazby (*attachment pattern*) v rodině (Dallos, 2003; Latzer et al, 2002).

Kruciálním tématem až donedávna zůstávala **otázka účinnosti rodinné/systemické terapie**, přestože kladná odpověď se na tuto otázku jednoznačně objevuje v mnoha studiích již od poloviny devadesátých let 20. století. I když v otázce účinnosti snadno rozlišíme mnoho podotázek (např. u koho a za jakých okolností je rodinná terapie účinná, u jakých potíží/problémů; a jaký model rodinné terapie je prokazatelně účinný apod.) dřívější pochyby nejsou na místě. Bez ohledu na to, zdali upřednostňujeme pojem rodinná či systemická terapie, přístupy vycházející ze systemických předpokladů jsou na základě nedávno publikovaných studií a meta-analýz prokazatelně účinné v řadě indikací u dospělých, dospívajících i dětí (von Sydow et al, 2010; 2013). Budeme-li se držet psychiatrické klasifikace, jedná se o afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy chování, návyková onemocnění. Dále je rodinná terapie důležitou součástí komplexní terapie u somatických onemocnění, tzv. psychosomatických poruch a práce s rodinou je v rámci prevence relapsu nezbytná u psychotických onemocnění schizofrenního okruhu (McDaniel, Hepworth, Doherty, 2013; Kuipers, Leff, Lam, 2002; Seikkula, Arnkill, 2006). Přibývají práce, které dokládají **ekonomickou efektivnost** (*cost-effectiveness*) rodinné terapie v různých zdravotních indikacích (Christenson et al. 2013; Russel Crane et al., 2012a, 2012b, 2008). Studie dokládající účinnost i přijatelné náklady (obvykle nižší v porovnání s jinými druhy terapie nebo v porovnání s náklady na zdravotní péči) jsou velmi důležité kvůli dostupnosti rodinné/systemické terapie zejména ve zdravotnictví a také z hlediska kvality poskytované péče, jež by neměla ignorovat významné sociální vazby nemocného člověka.

Praxe

Jak může být patrné z předchozích částí textu, praxe rodinné terapie může být stejně tak rozmanitá, jako její teoretické základy. Při seznamování s různými modely, teoriemi a koncepty si lze těžko představit, že různí terapeuti budou se stejnou rodinou pracovat stejným způsobem. Je tedy možné za daných okolností uvést něco všeobecně platného o procesu rodinné terapie a o klinické práci s rodinou, bez ohledu na to, který model a přístup v této

oblasti upřednostňujeme? Celou situaci lze trochu zlehčit konstatováním, že terapeutická práce s rodinou, se zaměřením na mezilidské vztahy, je mimořádně náročnou profesí, zvláště má-li mít určitou kvalitu s terapeutickým potenciálem. Platí to mimo jiné o jakýkoli proces utváření mezilidských vztahů, jehož základem je citová vazba (*attachment*), vzájemné sladování (*attunement*), anebo dočasné terapeutické spojenectví, jež vzniká s cílem dosažení porozumění, zlepšení vzájemné komunikace, řešení problému či léčby nejrůznějších potíží.

V čem je rodinná terapie náročná nebo dokonce náročnější než individuální psychoterapeutické přístupy? Představme si, že se v jedné místnosti setkáváme se čtyřčlennou rodinou, otcem, matkou a dvěma dětmi. Nebo by toto složení mohlo být doplněnou ještě o prarodiče, tedy třígenerační rodina v jednom časoprostoru, prezentující své jedinečné vazby, komunikační styly a především různé úhly pohledu na to, co je trápí a co je toho příčinou. Není divu, že nejčastějšími emocemi, které zažívá začínající i zkušený rodinný terapeut před anebo během takových sezení jsou strach anebo zlost, jak tvrdí autoři některých výzkumů na toto téma (Rober, 2010). Více lidí v jednom časoprostoru znamená více podnětů na verbální i neverbální úrovni. Jde o dynamickou, neustále se proměňující a vyvíjející se síť interakcí mezi členy rodiny navzájem a samozřejmě mezi jednotlivými členy rodiny a terapeutem. Jen některé z těchto interakcí a procesů jsou pozorovatelné, jen některé uvědomované, jen některé významně souvisejí s prezentovaným problémem a případně i s budoucím výsledkem terapeutické spolupráce. A pak je tu terapeut, se svými předsudky (mnohdy užitečnými, jindy omezujícími), svou zkušeností osobní i profesní, se svým aktuálním emočním naladěním, motivací, sympatiemi k některým členům rodiny, se svými různě rozvinutými kompetencemi apod.

Je tedy zřejmé, že ke zvládnutí takto systemicky náročné situace jsou potřeba různé kompetence. Některé z nich, tzv. základní, lze považovat za společné všem psychoterapeutickým přístupům, jiné jsou specifické právě pro terapeutickou práci s rodinou. V jednom z prvních textů na toto téma zmiňují Tomm a Wright (1979) následující **dovednosti** (kompetence) nezbytné pro práci rodinného terapeuta: a) observační (schopnost pozorně vnímat to, co se děje během terapeutického sezení); b) koncepční/teoretické (různé teorie a koncepty týkající se rodiny, vývoje dítěte a dospívajícího, modely rodinné terapie apod.); exekutivní (týkající se konkrétních kroků terapeuta, volba tzv. techniky či intervence). K těmto dovednostem je třeba ve světle vývoje posledních desetiletí přidat i kompetence týkající se uvědomování a regulace emocí (prožitkové/experienciální), neboť vzájemné interakce mezi členy rodiny a terapeutem jsou „poháněny“ prožitky jednotlivých účastníků. A prožívané emoce na straně terapeuta mohou mít důležitou informační povahu, stejně tak

mohou komplikovat vytvoření a rozvíjení terapeutického spojení. Zaplavení emocemi může narušit observační schopnosti, nebo vést k tzv. afektivně-kognitivní distorzi terapeuta (Skorunka, 2013), který vnímá pouze některé aspekty terapeutického procesu a dění v rodině a jiné opomíjí. Získání dostatečného přehledu o relevantních konceptech, teoriích a modelech může být oříškem pro začínajícího terapeuta. Není to jen tím, že si mnohé z modelů protirečí, nebo jednoduše vycházejí z různých předpokladů o rodině, příčině vzniku problémů/potíží a o terapeutickém procesu. Jde i o to, že modelů není málo a mnohé se stále vyvíjejí a jsou doplňovány o další výzkumy a klinickou zkušenost. U exekutivních dovedností je důležitá volba konkrétního terapeutického kroku, nebo-li tzv. intervence, její načasování a přiměřenost dané situaci a v rámci pevného terapeutického spojení. Ruku v ruce jdou exekutivní dovednosti s observačními, je třeba vnímat a správně posoudit, k čemu náš terapeutický krok/postup vedl. Potvrzuje jednání členů rodiny a/nebo dění v rodině mezi jednotlivými sezeními naši hypotézu? Přispívá náš postup k většímu porozumění, emočnímu posunu, zlepšení komunikace v rodině, k posílení vzájemné opory, zkvalitnění citové vazby apod.? Jinými slovy, má náš terapeutický postup pro danou rodinu přínos a vede ke zmírnění jejího trápení?

Výše uvedené příklady a sugestivní otázky vycházely z představy, že s rodinou pracuje jeden terapeut. Ale právě rodinná terapie a systemická praxe rozšířila terapeutické uspořádání o **reflektující tým** a možnosti využití různých forem **ko-terapie** a jejich variací. V takových případech se dostáváme na další systemickou úroveň a prožitkově-kognitivní interakce mezi všemi účastníky takové terapeutické spolupráce jsou jednoduše řečeno ještě složitější. To znamená, že mají potenciál v tom, že mohou vnést do terapeutického procesu leccos nového, podnětného. Zároveň ale mohou přispívat k nedorozumění, zahlcení podněty, jednostranně kognitivnímu způsobu práce, k terapeutickému uvíznutí ve slepé uličce (*therapeutic impasse*) anebo k chronifikaci problému tím, že se kumulují služby a „terapeutické“ vlivy poskytované rodině. Varianty týmové práce představují také další náklady na poskytované terapeutické služby, což může některé instituce, například v systému péče o duševní zdraví nebo ve zdravotnictví, od jejich využívání odrazovat. Na druhou stranu, koordinovaná týmová práce nejen v rodinné terapii a systemické praxi může naopak redukovat náklady spojené s opakovanými lékařskými intervencemi, hospitalizacemi a taktéž s dlouhodobou medikací.

Závěr

Rodinná terapie a systemická praxe patří mezi psychoterapeutické přístupy, které jsou součástí psychoterapeutických a sociálních služeb i komplexních programů ve zdravotnictví v mnoha zemích světa. Rodinná terapie má dlouhou tradici, inovativní modely a zázemí v podobě akreditovaných výcviků i v České republice (Gjuričová, Kubička, 2009; Skorunka, Hajná, 2013; Trapková, Chvála, 2004). Rodinná terapie a systemická praxe patří mezi náročné disciplíny v širokém spektru tzv. pomáhajících profesích. Zároveň patří tyto přístupy mezi atraktivní psychoterapeutické modality, pokud tedy budeme souhlasit s tím, že rodinná terapie a systemická praxe jsou formou psychoterapie. Atraktivita těchto přístupů spočívá například v rozmanitosti a mimořádné šíři inspiračních zdrojů, což ocení intelektuálně zaměření terapeuti. Stejně tak spočívá přitažlivost této scény v dynamickém vývoji teorie a praxe včetně neustálá reflexe tohoto vývoje a rozvíjení nových úhlů pohledu a integrativně pojatých přístupů. V neposlední řadě jde o specifické rysy rodinné terapie a systemické praxe, jež souvisí s terapeutickým uspořádáním. To může zahrnovat jedince, pár, celou rodinu (nebo pouze její část), a také zástupce dalších sociálních sítí člověka vyhledávajícího terapii. Navzdory náročnosti přináší rodinná terapie a systemická praxe v mnohých případech uspokojení ze smysluplné práce. A to v těch situacích, kdy jsme svědky toho, jak se lidé s různými potřebami, s různými způsoby vytváření citových vazeb, různou anebo společnou historií a trvajícím představami (byť někdy odlišnými) o společné budoucnosti před našima očima postupně proměňují a zdravým způsobem rozvíjejí vzájemné porozumění a společné soužití.

Literatura

Andersen, T. (1993). Reflections on Reflecting with Families. In McNamee, S., Gergen, K.J. *Therapy as Social Construction*. Sage Publications, 54-68.

Andersen, T. (1995). Reflecting Processess; Acts of Informing and Forming: You Can Borrow My Eyes But You Must Not Take Them Away From Me! In Friedman, S. (Ed.) *The Reflecting Team in Action; Collaborative Practice in Family Therapy*. The Guilford Press, str. 11-37.

Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Routledge.

Asen, E. (2004) Collaborating in promiscuous swamp – the systemic practitioner as context chameleon? *Journal of Family Therapy*, 26(3) 280-285.

Bowlby, J. (1949) Forty four juvenile thieves: their characters and home-life. *American The International Journal for Psycho-Analysis*, 25, 19–53, 107–128.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. London: Routledge.

Breunlin, D., Schwartz, R., MacKune-Karrer, B. (1997) *Metaframeworks: transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

Byng-Hall, J.(2008) The crucial roles of attachment in family therapy. *Journal of Family Therapy*. 30(2) 129-146.

Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure base. Some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process* 34, 45-68.

Carr, A. (2010). *Family Therapy; Concepts, Process and Practice*. 3rd. Edition. Wiley and Sons.

Dallos, R. (2003). Using narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy* 8, 521-535.

Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy; Integrating Narrative, Systemic and Attachment Therapies*. Open University Press.

Dallos, R., Draper, R. (2010). *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice*. Open University Press. 3rd Edition.

Dallos, R., Neale, A., Strouthos, M. (1997). Pathways to problems – the evolution of “pathology”. *Journal of Family Therapy* 19, 369-399.

Dallos, R., Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Open University Press.

Dallos, R. Johnstone, L. (2013) *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People’s Problems*, 2nd edition. Hove: Routledge.

Dallos, R. Stedmon, J. (2013) Systemic Formulation: Mapping the Family Dance. In R. Dallos, L. Johnstone *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People’s Problems*, 2nd edition. pp. 67-95, Hove: Routledge

Dallos, R. Vetere, A. (2009) *Systemic therapy and Attachment Narratives: Applications in a Range of Clinical Settings*. Hove: Routledge.

Diamond, M. G., Diamond, S. G. (2007). Attachment-based family therapy; adherence and differentiation. *Journal of Marital and Family Therapy* 33 (2), 177-191.

- Diamond, G.S., Stern, R.S. (2003) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: repairing attachment failures. In Johnson, S.M., Whiffen, V.E. *Attachment Processes in Couple and Family Therapy*. New York: The Guilford Press, str. 191-214.
- Friedlander, M., Heatherington, L., Escudero, V. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy; an Empirically Informed Guide to Practice*. Sage Publications.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009) *Rodinná terapie; systemické a narativní přístupy*, 2. vydání. Praha: Grada.
- Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy; An Overview*. 5th Edition. Wadsworth/Thomson Learning.
- Goolishian, H., Anderson, H. (1993). The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In McNamee, S., Gergen, K.J. *Therapy as Social Construction*. Sage Publications, str. 25-39.
- Greenberg, L. Johnson, S. (2010) *Emotionally- Focused Therapy in Couples*. New York: Guilford.
- Greenberg, L., Goldman, R. (2008) *Emotion- Focused Couples Therapy. The Dynamics of Emotion, Love and Power*. Washington: APA.
- Gurman, A., Fraenkel, P. (2002) The history of couple therapy: a millennial review. *Family Process*, 41, 199-259.
- Johnson, M. S. (2008) Couple and Family therapy; an Attachment Perspective. In Cassidy, J. Shaver, R.P. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press, str. 811-829.
- Johnson, S.M., Whiffen, V.E. (2006). *Attachment Processes in Couple and Family Therapy*. Guilford Publishing.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24 (4), 581-599.
- Kuipers, E., Leff, J., Lam, G. (2002) *Family Work for Schizophrenia: a Practical Guide*. 2nd Edition. London: RCPsych Publications.
- McDaniel, S. Doherty, W., Hepworth, J. (2013). *Medical Family Therapy and Integrated Care*. 2nd edition. Washington: APA.
- Nichols, P. M., Schwartz, C.R. (2005). *Family Therapy; Concepts and Methods*. 7th Edition. New York: Allyn & Bacon.
- Pinsof, W. (1995) *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*. New York: Basic Books.

- Pinsof, W., Lebow, J.L. (2005) *Family Psychology: The Art of the Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Prochaska, J.O. Norcross, J. (2013) *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Cengage Learning.
- Rieger, Z., Vyhnálková, H. (2001) *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Rober, P. (2002a) Constructive hypothesizing, dialogic understanding and the therapist's inner conversation: some ideas about knowing and not knowing in the family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4): 467-478.
- Rober, P. (2002b) Some hypotheses about hesitations and their nonverbal expression in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 24(2) 187-204.
- Rober, P. (2011) The therapist's experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*. 33(3) 233-255.
- Russel Crane, D. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy* 30: 399–410.
- Christenson, J.D., Crane Russel, D., Beer, A.,R., Bell, K.M. (2013) Family Intervention and Health Care Costs for Kansas Medicaid Patients with Schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Russell Crane, D. et al. (2012) Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39, 457-469.
- Russell Crane, D., Christenson, J.D. et al. (2012) A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34, 204-216.
- Seikkula, J. (2008) Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*. 30:478-491.
- Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac.
- Sexton, T.L., Alexander, J.F., Mease A.L. (2004). Levels of evidence for models and mechanisms of change in couple and family therapy. In Lambert, M. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. (6th edition). Chichester: Wiley and Sons, str. 590-646.
- Skorunka, D. (2009) Sociální konstrukcionismus a psychoterapie. *Psychoterapie*, 3(3-4).
- Skorunka, D. (2010a) Současná rodinná terapie; integrativní tendence a výzkum, *Psychoterapie*, 4(1).
- Skorunka, D. (2010b) Rodinná terapie. In. Z. Vybíral, J. Roubal *Současná psychoterapie*, Praha: Portál. s 235-269.

Skorunka, D., Hajná, D. (2013) Family Therapy in the Heart of Europe. *Contemporary Family Therapy*. 35 (2), 212-222.

Skorunka, D. (2013) Když se dialog nedaří. *Psychoterapie*. 7(3-4).

Snyder, D., Schneider, W. (2002) Affective reconstruction: a pluralistic, developmental approach. In. A. Gurman, N. Jacobson (Edsn.) *Clinical Handbook of Couples Therapy*. pp. 151-179, New York: Guilford.

Sullivan, H.S. (2006) *Psychiatrické interview; průvodce nejen pro terapeutu*. Praha: Triton.

Tomm, K. M. Wright, L.M. (1979) Training in family therapy: perceptual, conceptual and executiv skills. *Family Process*. 18(3): 227-250.

Trapková, L., Chvála. V. (2004) *Rodinná terapie u psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Van Deurzen, E. (2002) *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage.

Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2001) *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.

Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., Retzlaff, R. (2010) The efficacy of systemic therapy with adult patients; A meta-content analysis of 38 randomised controlled trials. *Family Process*, 49(4). 457-485.

Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M.W. Schweitzer, J. (2013) The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4):576-618

Wampold, B. (2001) *The Great Psychotherapy Debate; Models, Methods, and Findings*. New York: Lawrence Erlbaum Assoc.

Text byl publikován ve Sborníku ze sympozia rodinné terapie

Friedlová, M., Lečbych, M. (eds.) (2015) Symposium rodinné terapie; sborník příspěvků z konference. Olomouc: UPOL. s.8-29.