

Hamburský a pražský systemický prístup v podmienkach ambulantnej praxe klinickej psychológie a psychoterapie

Mária Sopková

Súhrn

Práca je zameraná na systemické myslenie, systemický prístup a systemickú terapiu ako aplikovanú psycho-terapeutickú disciplínu podľa predstaviteľov Inštitútu pre systemické štúdie v Hamburgu a Inštitútu pre systemickú skúsenosť v Prahe. Autorka sa pokúsila podeliť o časť svojich sedemnásťročných praktických skúseností z ich aplikácie v psychologickej a psychoterapeutickej praxi. Systemické myslenie je obratom v jazyku psychológie a sociálnych vied. Systemická terapia je prínosom nielen pre ľudí, čo o pomoc žiadajú, ale aj pre ľudí, ktorí pomoc poskytujú.

Kľúčové slová: systemické myslenie, systemická terapia, systemický prístup.

Summary

This paper focuses on the systemic way of thinking, systemic approach and systemic therapy as an applied psychotherapeutic discipline as it is presented by the Institute of Systemic Studies in Hamburg and Institute for the Systemic Experience in Prague. The author intended to share a part of her practical experience used in her psychological and psychotherapeutic praxis. Systemic approach represents a change in the „language“ which is dealing with psychology and social sciences. Nevertheless, systemic therapy means not only a profit for people, who are asking for help, but also for those people, who are providing support.

Key words: systemic approach, systemic therapy, systemic way of thinking.

Súkromná ambulancia klinickej psychológie, Banská Bystrica

Adresa pre korešpondenciu: PhDr. Mária Sopková, Kuzmányho nábrežie 8, 960 01 Zvolen, Slovensko,
E-mail: sopkova.maria@gmail.com

S teóriou systemickej terapie som sa začala systematicky zoznamovať v roku 1992. Bolo to v Banskej Bystrici v psychoterapeutickom výcviku vedenom zakladateľmi Inštitútu pre systemickú skúsenosť v Prahe Vratislavom Strnadom a Ivanom Úlehľom. (ISZ: Inštitut pro systemickou zkušenost). V tom čase som pracovala ako klinická psychologička v rehabilitačnom centre, ktoré bolo medicínsky zamerané na liečebnú rehabilitáciu ľudí po poraneniach chrbtice, miechy, mozgu a po amputáciách končatín. Snažila som sa zorientovať v rôznych psychoterapeutických smeroch, aby som si vybrala ten, ktorý by bol najviac vyhovoval mojim predstavám a očakávaniam pri poskytovaní pomoci ľuďom po ťažkých telesných a psychických traumách, ktorí sa ocitli v životných situáciách plných neželaných zmien. Väčšinou nešlo o ľudí s psychiatrickou diagnózou, ale boli medzi nimi aj duševne chorí ľudia po suicidálnych pokusoch s viacmenej závažnými poraneniami na tele. Niekoľko rokov som bola pozorovateľkou toho, ako sa ľudia líšili v zvládaní a riešení závažných životných udalostí, viedla som s nimi rozhovory. Nebolo ľahké nájsť štandardný spôsob profesionálnej psychoterapeutickej pomoci pre ich návrat do života a opierať sa pritom o štandardné psychodiagnostické postupy a závery. Ľudia sa správali často paradoxne rozdielne, nielen od človeka k človeku, od diagnózy k diagnóze, od závažnosti telesného poškodenia, ale aj u toho istého človeka sa jeho správanie menilo v čase. Stalo sa, že človek s psychiatrickou diagnózou paranoidná schizofrénia po suicidálnom pokuse skokom z výšky sa dokázal prispôbiť podmienkam liečebného procesu a dospel k vyliečeniu z telesných poranení a jeho duševné ťažkosti sa zmiernili. Kým iný duševne zdravý človek po predchádzajúcom úspešnom živote mal ťažkosť naplniť svoj život inou významovou kvalitou, čo sa stalo prekážkou pre zvládnutie rehabilitačnej liečby. Iný človek s ťažkým poranením mozgu a s následnými sekundárnymi poruchami pohybového aparátu v dôsledku nedostatočnej ošetrovateľskej a rehabilitačnej liečby v akútnom štádiu, odpísaný svojím najbližším okolím, odkázaný na osud ležiaceho a doživotne závislého od obsluhy, dodnes žije samostatne, je sebestačný s určitými obmedzeniami a teší sa zo života.

Kolegovia z ISZ v Prahe spolupracovali už pred založením ISZ (v roku 1990) s významnými predstaviteľmi systemickej terapie. Patrili k nim Steve de Shazer s manželkou Insoo Kim Berg z Brief Family Therapy Center v Milwaukee (BFTC), Ferdinand Wolf z ÖAS vo Viedni, Imelda McCarthy z Univerzity v Dubline, Ernest Salomon zo Štokholmu. Dodnes ako medzinárodný poradca ISZ v Prahe pôsobí Kurt Ludewig, zakladateľ (1984) a riaditeľ Inštitútu pre systemické štúdie v Hamburgu. Narodil sa v Chile v roku 1942. Je doktorom filozofie, diplomovaným klinickým psychológom a vedúcim psychológom na Klinike detskej a dorastovej psychiatrie Univerzity v Münsteri. Autor knihy „Systemická terapia. Základy klinickej teórie a praxe“ preložená do jazyka českého V. Strnadom, ktorá patrí k základným študijným materiálom pre frekvenciantov výcvikov v systemickej terapii (Strnad, 2009, Ludewig, 1992).

Keď sa obzrieme obmedzene späť do minulosti, systemickej terapia má svoje korene v koncepciách rodinnej terapie. Jej základy sa začali formovať vznikom systemickej rodinnej terapie predstaviteľmi Milánskej školy v rokoch 1970–1980: Maria Selvini Palazzoli, Giafranco Cecchin, Giuliana Prata, Luigi Boscolo. Prínosom milánskeho tímu bol odklon od lineárnej kauzality k cirkulárnej kauzalite (Gregory Bateson) a k používaniu cirkulárnych otázok zameraných na porozumenie toho, čo sa odohráva v interakciách členov rodinného systému. Presunula sa pozornosť z patologických symptómov osoby na patologické procesy v rodinnom systéme (Ludewig, 1992).

Zásadný prelom vo vývoji systemickej terapie nastal v roku 1981 po konferencii rodinnej terapie v Zürichu. Paul Dell, americký psychológ, ponúka pohľad na rodinu ako informačne uzavretý systém, neprístupný intervenciám. Bradford Keeney (Texas Tech Univerzity v Lubbocku), Harold Goolishian (Galveston Family Institut), Steve de Shazer a ďalší prispeli k obratu, že dôraz v systemickej terapii sa kladie na kooperáciu autonómnych ľudských bytostí, vzájomne sa rešpektujúcich, v podmienkach umožňujúcich rozhodovanie pre zmenu, ktorá je dopredu ťažko predpovedateľná a objektívne merateľná. Človek, rodina alebo iné ľudské spoločenstvo sa javia ako systémy v jazyku konštru-

ujúce sebe vlastné významy, ich vlastnú realitu v jazyku (Strnad, 2009).

Dnes, ako na to poukazuje V. Strnad, systemická terapia sa oddelila od rodinnej systemickej (systémovej) terapie, ktorá úspešne integruje myšlienky systemického prístupu s tradičnými pohľadmi na človeka. *Systemická terapia predstavuje aplikovanú disciplínu psychoterapie. Je špecifická tým, že aplikuje myšlienky radikálneho konštruktivismu a sociálneho konštrukcionizmu do klinickej teórie a metodológie psychoterapie. Ponúka svoj etický rámec a kontext klienta, terapeuta a inštitúcie.* Okrem toho V. Strnad navrhuje odlišovať systemický prístup (opierajúci sa o filozofiu radikálneho konštruktivismu, o kybernetiku pozorujúcich sa systémov, synergetiku, o sociálny konštrukcionizmus), ktorý v posledných rokoch prerastá do všeobecnej teórie vied, vedeckých s sociálne vedeckých disciplín a psychoterapeutických prístupov s rôznym filozoficko-metodologickým pozadím vrátane rodinnej terapie (Strnad, 2009).

Radikálny konštruktivismus opúšťa pojmy klasickej psychológie a filozofie objektivismu. Predpokladá informačnú uzavretosť organizmu a nemožnosť inštruktívnej interakcie. Pojem reality nahrádza pojmom pozorovateľ. Jay S. Efran nazval radikálnych konštruktivistov „idealistami, ktorí sa nezaoberajú podstatou reality mimo oblasť ľudskej skúsenosti.“ Naproti tomu existuje kritický konštruktivismus, ktorý podľa J.S. Efrana predpokladá existenciu objektívnej reality, „ku ktorej sa ľudia neustále približujú, hoci nikdy nebudú schopní do nej vstúpiť.“ Používa rétoriku konštruktivistov, ale opisuje niečo podobné objektivismu. Sociálny konštrukcionizmus sa opiera o práce Kennetha J. Gergena, používa klasické sociálne a psychologické pojmy (osobnosť, štruktúra, sociálne vzťahy). Konštrukcie vysvetľuje ako výsledok interakcií sociálnych skupín s realitou a ako výsledok konverzácií v rámci týchto skupín o tejto realite (Úlehla, 1998).

V roku 2007 som sa mala možnosť osobne stretnúť s Kurtom Ludewigom na medzinárodnom seminári v Košiciach, ktorý zorganizoval ISZ Praha v spolupráci s Evou Linhou. Keďže som prakticky zameraná, nebolo pre mňa jednoduché presunúť sa z pojmového sveta bio-psychosociálnej, behaviorálnej, psychopatologickej a normatívne objektívnej reality do jazykovej reality konštruktivismu a systemického myslenia. Už sedemnášť rokov sa snažím vo svojej odbornej praxi rozlišovať medzi tým, čo vychádza zo systemického myslenia a ním determinovaného prístupu k roli terapeuta a čo je v danej chvíli zmysluplné pre mňa a mojich klientov a tým, čo je objektivistické, normatívne a užitočné pre klinickú prax. Pri skromnosti môžem skonštatovať mierny úspech. Trúfalo sa domnievam, že jazyku konštruktivistov trochu viac rozumiem.

Uvediem niekoľko pre mňa dôležitých systemických myšlienok a definícií, ktoré sprevádzajú moju profesionálnu psychologickú a psychoterapeutickú činnosť a sú v súlade s mojím pozorovaním a skúsenosťami z komunikácie s klientmi. Kurt Ludewig (1992) stavia svoju klinickú teóriu na biologickej teórii poznania chilského neurobiológa Humberta Maturanu, ktorý spolu s Franciscom Varelom zaviedli termín „au-

topoieza“. Podľa Maturanovej teórie poznania je ľudské poznanie biologickým javom a je determinované iba štruktúrou organizmu a nie vonkajšími podnetmi. Nervový systém človeka je operacionálne a funkcionálne uzavretý a nerozlišuje vonkajšie a vnútorné podnety. Ľudské poznanie je výsledkom osobných skúseností a obsah komunikovaných poznatkov určuje biologická štruktúra organizmu. Živé bytosti sú autopoieticky organizované (samosebavytvárajúce), sú autonómne, sebaregujúce, zvonku neinštruovateľné. Teóriu sociálnych a psychických systémov vypracoval Niklas Luhmann.

Terapia je pomocou k seba pomoci a nie je kauzálnym pôsobením terapeuta na klienta. V systemickej terapii úlohou terapeuta je vytvoriť pre klienta vhodné podmienky pre zmenu jeho preferencií. To si žiada vytvoriť stabilný terapeutický vzťah. Etickými kritériami sú úžitok, krása a rešpekt. Terapeut vytvára podmienky pre kooperujúcu komunikáciu s klientom. Na začiatku terapie úlohou terapeuta je rozlíšiť klientovu požiadavku od zákazky, vysvetliť potrebu žiadosti o zákazku a v spolupráci s klientom sformulovať zákazku. Na konci terapie je potom potrebné skontrolovať, či došlo k naplneniu zákazky.

V čom mi pomohlo a pomáha systemické myslenie ?

V profesionálnej praxi zastávam úlohu psychológa, psychoterapeuta alebo poradcu. Z toho dôvodu som si musela ujasniť rozdiely v týchto úlohách.

1. Ako psychológ psychodiagnostik využívam pri plnení úloh klasickú psychologickú terminológiu a štandardné psychodiagnostické metódy, ktoré nám poskytujú viac istoty. Odlišujem zdravie od choroby, normálne správanie od nenormálneho, psychopatologické symptómy v celej ich variete vo vzťahu k duševným poruchám, chorobám, anomáliám, dysfunkciám. Pri psychodiagnostickej činnosti využívam systemický prístup tým, že sa spolu s klientmi alebo ich príbuznými dohodáme na zákazke a užitočnosti objektívneho posúdenia ich aktuálneho psychického stavu, psychických vlastností, kognitívnej výkonnosti a emocionality. Ako diagnostik si uvedomujem, že kooperujúci diagnostický rozhovor psychológa s klientom v atmosfére vytvárajúcej bezpečné prostredie, naplnené rešpektom, krásou a užitočnosťou, napomáha rozvíjať dôveru a klientom v „odpore“ pomáha v rozhodnutí pre spoluprácu. Je to zjavné najmä u klientov, u ktorých je dôležitá diferenciálna diagnostika. Stáva sa, že v rámci psychodiagnostického procesu prebieha súčasne aj terapia, bez toho, aby sa terapeut diagnostik o to usiloval. Tu sa mi hodí spomenúť myšlienku prevzatú od K. Ludewiga: „Jednaj účinne bez toho, aby si vedel, čo tvoje jednanie vyvolá“. Ak je to možné, bránim sa, najmä pri prvom kontakte s klientom používať psychodiagnostické testovanie pod časovým tlakom. Aby sa dôvernosť diagnostického vzťahu posilnila, výsledky z vyšetrenia v písomnej správe preberá klient osobne. Sú situácie, kedy sa

dohodneme, že sú závery odosielané poštou na adresu vysielajúcej inštitúcie alebo lekára. Uvedomovaním si týchto javov v rámci psychodiagnostického klinického systému sa ako diagnostik-pozorovateľ trénujem vo vnímavosti a pozornosti voči klientom a učím sa v komunikácii s nimi rozlišovať jemné zmeny, ktoré signalizujú kvalitu procesu a môžu sa tiež stať témou diagnostického rozhovoru. To je tiež zdrojom posilňovania dôvery a vzťahovania sa Ja a Ty v rámci diagnostického alebo terapeutického systému. Pre klientov je to často dôkazom pravosti skutočného nie formálneho záujmu zo strany psychológa porozumieť im.

2. Ako terapeutke mi systemická terapia ponúkla to, čo som intuitívne pred tým v jazyku nerozlišene tušila, ale nevedela som o tom „jazykovať“. Ak sa s klientom dohodnem cestou kooperujúcej komunikácie na zákazke, vstupujem s ním do terapeutického sociálneho systému. K. Ludewig (1992) odlišuje komunikáciu od terapeutického dialógu. Komunikácia môže zahŕňať bežne zaužívané formálne obsahy, aj nedorozumenia. Skutočný terapeutický rozhovor prebieha medzi dvoma rovnocennými partnermi, na spoločnú a dôležitú tému. Pri rozhovore sa účastníci podriaďujú pravdovravnosti, otvorenosti a svojimi príspevkami sa pripájajú jeden k druhému. V procese dialógu dochádza k zmenám u oboch účastníkov. Nikto z nich dopredu nevie, k akému poznaniu alebo záverom dospejú po ukončení dialógu. Úlohou terapeuta je viesť rozhovor tak, aby sa pridržiaval dohodnutej témy a zmiernil alebo odstránil trápenie klienta. Rovnoprávnosť terapeuta a klienta v terapeutickom dialógu vzniká dohodou na zákazke, čím terapeut od klienta získava oprávnenie k spomínaným úlohám. Terapeut je pre klienta expertom na vedenie dialógu, ale nie na riešenie ťažkostí (Ludewig, 1992). Mojou úlohou terapeutky je teda vytvárať podmienky pre klienta, aby sa mohol slobodne rozhodnúť pre zmenu a to vtedy, keď si bude vedomý svojich zdrojov a schopný prevziať za jej uskutočnenie zodpovednosť na seba. Čo vlastne posilňuje jeho vedomie, že je schopný objavovať riešenia a posilňuje jeho kompetencie rozhodovať o svojom živote samostatne. Obaja, terapeut aj klient, sa v procese terapeutického dialógu zdokonaľujú. Každý v tom, čo je pre neho zmysluplné a užitočné. Ak mi klient prejaví dôveru, vstúpi so mnou do dialógu, je to pre mňa ako terapeutku ocenenie, ktoré v dialógu s klientom nezabudnem vyjadriť. Vo svojej terapeutickej práci som si vďaka systemickému mysleniu a jeho tvorcom uvedomila, aké dôležité je pre mňa a rovnako pre klienta všimnúť si to, čo v našich životoch funguje, prináša uspokojenie, podporuje konštruktívnu aktivitu a robí život napriek ťažkostiam lepším alebo mu dáva akceptovateľný zmysel. Odmietam u duševne chorých alebo inak psychicky labilných klientov sústreďovať sa na posilňovanie ich vedomia chorobných symptómov a invalidity. Neodmietam edukáciu o konkrétnych obmedzeniach, ktoré chorobný proces so sebou prináša aj uznanie toho, že ťažkosti chorého človeka beriem vážne. Považujem

však za dôležité spoločne s klientom vyzbrojená trpezlivosťou ísť cestou, ktorá mu pomáha odhaľovať jemu vlastné kompenzačné zdroje. Diagnóza v terapeutickom procese pre mňa ako systemickú terapeutku má len nepatrný význam. Strážim si svoje predpoklady spojené s diagnózou, aby sa mi v nej nestratil človek so svojím svetom a prežívaním. So svojou realitou v jeho jazyku, v ktorej odborná terminológia stráca úžitok. Používanie iných terapeutických techník, ktoré môžu vylepšiť klientovu situáciu a zmierniť jeho trápenie je podľa mňa pre terapeutický proces prínosom, ak sa využívajú tvorivo a nie šablónovite, po dohode s klientom. Pri práci s rodinou alebo jej členmi (najčastejšie s deťmi) využívam Scénotest Gerdhildy von Staabs, ktorý možno úspešne využiť ako formu metakomunikácie. Je užitočným v diagnostike aj v terapii.

3. Niklas Luhmann (Ludewig, 1992) v teórii o sociálnych a psychických systémoch a komunikácii prichádza s termínom „zdvojenej kontingencie“, ktorý som pochopila pri práci s partnermi alebo s rodinou. Túto zákonitosť som si začala všimnúť aj v interakcii s inými psychickými a sociálnymi systémami. Ak v sociálnych systémoch nechýba pohotovosť k riziku a pôsobí dôvera, komunikácia sa javí ako úspešná vtedy, keď informácia + zdieľanie + porozumenie tvoria jednotku, ku ktorej sa dá ďalej pripojiť aj neskôr. To znamená, že bez zablokovania dochádza k dialógu. Pôsobenie zdvojenej kontingencie v systémoch končí, keď sa redukuje pohotovosť riskovať odmietnutie, nesúhlas a dochádza k stabilizácii alebo zamrznutiu komunikácie. Slabne dôvera. Konverzácia nadobúda charakter rituálu, monotónnosti, je predpovedateľnejšia, triviálna. Prípadne žiadna. Ľudia, ktorí sa na nej zúčastňujú, nedokážu urobiť krok k zblíženiu. Interakcia sa dá vyjadriť slovami: „najprv ty a potom ja“. S komunikáciou končí aj existencia systému. Partneri, ktorí sa obracajú so žiadosťou o pomoc, často opisujú svoju ťažkosť s komunikáciou, čo sa prejaví aj pri rozhovore s nimi. Každý z nich má svoju pravdu alebo tajomstvo. Obaja očakávajú zmenu od toho druhého.

Kazuistika

Pani M ma oslovila kvôli svojmu 4,5-ročnému synovi. Chlapec trpí nočným pomočovaním, má ťažkosti so stolicou, chronická obštipácia. Rodičia sa po 5 rokoch manželstva rozviedli. V čase prvej návštevy 1 rok žijú oddelene. Matka má nového partnera. Otec má inú partnerku, so synom má záujem sa stretávať. Podľa rozhodnutia súdu má povolený styk raz mesačne po dohovore s matkou. Matka tvrdí, že po stretnutiach s otcom je chlapec agresívny, neprístupný, ťažko zvládnuteľný, bojí sa sám chodiť na toaletu. Tvrdí o sebe, že je hlupák a udiera sa po hlave. Jeho problémy so stolicou sa stupňujú. Matka dieťaťa je presvedčená, že to všetko spôsobuje otcova výchova. Dieťa údajne odmieta chodiť na stretnutia s otcom. Pri našom prvom stretnutí

s matkou, jej novým partnerom a synom, som okrem zisťovania anamnestických údajov bola pozornosťou pozorovateľkou dieťaťa, matky a ich komunikácie. Chlapček bol fyzicky na svoj vek primerane vyvinutý. Zaujímal sa o prostredie. Kontakty so mnou sa vyhýbal. Voči matke sa správal nadradene, oslovoval ju „mama“ alebo hovoril o nej „ona“. Matka sa snažila dokumentovať jeho vzťah k otcovi donesenými kresbičkami, na ktorých bol otec veľký a dieťa sa pokúša vyprázdniť. Prvé stretnutie bolo matkinou žiadosťou o pomoc. Ocitla sa v problémovom systéme so svojim bývalým manželom. Ťažkosť, ktorá matku nútila vyhľadať pomoc odborníka, bolo správanie dieťaťa a jeho zdravotné ťažkosti, ktoré sama nezvládala. Matka zvažovala operáciu dieťaťa kvôli obštipácii. Keďže dieťa už pred návštevou ambulancie u nás absolvovalo dvakrát návštevu u dvoch rôznych psychologov, rozhodla som sa ostať len v roli pasívneho, ale pozorného pozorovateľa, ktorý sa snaží všetky svoje predsudky mať pod kontrolou. Nakoniec sme sa s matkou dohodli na zákazke. Psychologické vyšetrenie dieťaťa a vypracovanie posudku pre právnicka. Túto zákazku som s matkou dohodla pod podmienkou, že sa na ďalšom stretnutí zúčastní otec chlapčeka. Matka to najprv odmietala, sponchybovala, či otec dieťaťa príde, napokon súhlasila. Otec bol písomne pozvaný do ambulancie. Na ďalšie dohodnuté stretnutie matka neprišla. Telefonicky sa ospravedlnila. Dieťa spalo, nechcela ho zobudiť... Druhé stretnutie sa uskutočnilo o 6 týždňov. V tomto termíne mal byť prítomný aj otec, ale z pracovných dôvodov sa ospravedlnil. Zdravotné ťažkosti dieťaťa, ktoré matka opisovala pri prvom sedení, ustúpili. Od operácie dieťaťa matka ustúpila, operácia nebola potrebná. Ona vyhľadala pomoc psychiatra a začala užívať lieky na „ukľudnenie“. O mesiac na to mi doručila osobne výzvu adresovanú súdom pre ňu, aby priložila psychologickú a lekársku správu o zdravotnom stave dieťaťa k návrhu na zákaz styku otca s dieťaťom. Dohodli sme sa, že správu napíšem až po tom, keď prebehne stretnutie s otcom dieťaťa. Napokon sa otec dostavil na stretnutie so synom. Uskutočnilo sa v mojej prítomnosti. Matka s prejavmi obáv, čakala na chodbe s priateľom. Dieťa sa spontánne vrhlo otcovi do náručia. Po mojej otázke, či pozveme aj maminku dnu, odpovedalo: „Nie, nezmestili by sme sa tu“. Syn s otcom strávili spolu celú hodinu v nepretržitom rozhovore a hre s figúrkami zo Scénotestu a inými hračkami. Bolo zjavné, že sa otec dokáže so synom pokojne zabaviť a pre oboch to bola príjemne strávená chvíľa. Obaja si však uvedomovali svoju prítomnosť. Pri rozlúčke syn povedal otcovi: „Oco poď, zvezieme ťa“. Otec sa usmial a matka zareagovala: „My nejdem tým smerom“. Táto krátka komunikácia potvrdila, že komunikácia medzi rodičmi je prerušená. Dieťa sa pokúsilo udržať v ich sociál-

nom systéme komunikáciu, dokonca spontánne sa vystavilo riziku odmietnutia, čo je prirodzeným prejavom toho, že dieťa neuviazlo vlastným rozhodnutím v komunikácii s rodičmi. Boli to oni, komu zlyhala komunikačná jednotka informácia + zdieľanie + porozumenie. Ďalšieho stretnutia sa zúčastnila matka so synom. Použila som v rozhovore s chlapcom Scénotest (G. von Staabs) a požiadala som ho, aby mi predstavil pomocou figúrok celú svoju rodinu. Táto časť nášho stretnutia prebiehala bez matkinej prítomnosti. Prvou figúrkou bol otec, potom matka a stará matka. Nasledovali matkin priateľ, jeho rodina a kamaráti. Chlapček počas toho opakovane zdôrazňoval, ako má rád svoju celú rodinu. Keď prácu ukončil, spýtala som sa ho, či môžem zavolať matku. Súhlasil. Požiadala som ho, aby matke povedal, čo robil a koho z rodiny na scéne má. Vymenoval všetkých členov rodiny okrem otca. Keď som sa ho opýtala, či sú tam všetci, odpovedal trochu zmätene „áno“. Matka sa k nemu spokojne pripojila. Opakovane som sa opýtala, či je to naozaj tak, jeho pohľad zneistene preskakoval odo mňa k matke a späť. Požiadala som ho, aby sa rozpamätal ešte na jedného človeka, ktorého tam pôvode tiež dal. Nakoniec vyslovil: „otec“. Týmto sme naše sedenie ukončili a s matkou som si dohodla ďalší termín. Netušila som, ako a kam sa bude náš ďalší rozhovor s matkou uberať. Pripravovala som sa na to, že budem musieť napísať pre súd správu a oznámiť to aj matke, že nevidím dôvod k zákazu styku dieťaťa s otcom a navrhmem jej, aby vyhľadala psychoterapeutickú pomoc. Na stretnutí s matkou som nemusela nič vysvetľovať, sama prišla s rozhodnutím, že stiahla návrh, ale bude to pre ňu ťažké začať s otcom dieťaťa komunikovať. Dohodli sme sa na ďalšej zákazke a stretnutie s bývalým manželom a otcom jej syna prebehlo bez ťažkostí. Sociálny systém rodičov opäť nadobudol zmysel v ich dieťati. A oni bez mojej interpretácie to pochopili.

Literatúra

Ludewig, K.: Systemická terapie. Základy klinické teórie a praxe. Praha: Pallata, 1992.

Strnad, V.: Vývoj systemickej terapie. Praha: ISZ-MC, 2009.

Úlehla, I.: Kybernetika predsudkov. Kons. č. 17. Študijné materiály. Praha: ISZ, 1998.

Do redakcie došlo 20.12.2009.