

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2010

Oleg Gudzenko

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Oleg Gudzenko, DiS.

**Využití technik systemické terapie při práci
s lidmi se závislostí na alkoholu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Leoš Zatloukal

2010

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracoval samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci dne 27. 7. 2010

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu své bakalářské práce panu Mgr. Leošovi Zatloukalovi za vstřícné, podnětné a odborné vedení práce.

Slečně Mgr. Daně Pletichové za korekturu textu.

Své ženě Bohumile Gudzenko za psychickou podporu a za to, že se mnou přínosně diskutovala nad danou problematikou.

Své matce a rodičům své ženy za podporu při studiu.

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	7
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	11
1.1 Vývoj závislosti na alkoholu a její definice	11
1.2 Etiologie závislosti na alkoholu a důsledky této závislosti	17
1.2.1 Faktory vyvolávající a udržující závislost na alkoholu	18
1.2.1.1 Některé rizikové faktory a sociální funkce alkoholu	21
1.2.1.2 Vztah mezi orgiastickou a sociální funkcí a mezi orgiastickou a anxiolytickou funkcí alkoholu	25
1.2.2 Rozdíly mezi závislostí na alkoholu u mužů a u žen	26
1.2.3 Důsledky závislosti na alkoholu	27
2 SYSTEMICKÁ TERAPIE	29
2.1 Úvod do systemického myšlení a terapie	29
2.1.1 Základní pojmy	29
2.1.2 Základní charakteristika systemického přístupu	30
2.2 Teoretická východiska / systemické myšlení	32
2.2.1 Kybernetika prvního a druhého řádu	32
2.2.2 Postmodernismus	36
2.2.3 Radikální konstruktivismus	39
2.2.4 Sociální konstrukcionismus	41
2.2.5 Základní otázky systemické teorie	44
2.2.5.1 Postmoderní epistemologie	44
2.2.5.2 Kauzalita	48
2.2.5.3 Význam jazyka	50
2.3 Systemické přístupy	51
2.3.1 Přístup zaměřený na řešení	51
2.3.2 Narativní přístup	53
3 VYBRANÉ TECHNIKY SYSTEMICKÉ TERAPIE	55
3.1 Úvaha o orientaci terapeuta v sociálních službách při práci s lidmi se ZA	55
3.2 Techniky systemické terapie	58

3.2.1	Techniky dotazování	60
	Cirkulární dotazování	62
3.2.2	Reflektování	65
	3.2.2.1 Přerámování – reframing	65
	3.2.2.2 Reflektující tým	67
3.2.3	Závěrečná intervence, doporučování	68
	Návrhy jednání	70
	ZÁVĚR	75
	LITERATURA A ZDROJE	76

ÚVOD

Problematika závislosti na alkoholu je velmi důležitým tématem. Alkohol je součástí života, resp. životního stylu mnoha jedinců. Podle statistických údajů České republiky spotřeba alkoholu na osobu v zemi stoupá, což může znamenat i zvyšující se počet lidí se ZA. Skutečnost stoupající spotřeby alkoholu se týká i nezletilých, což je dalším rizikovým faktorem pro budoucí vznik závislosti u těchto osob. Už dnes se v České republice odhaduje na 7 % pouze dospělých osob, jež mají závislost na alkoholu. Současně je ale podle lékařů nedostatek ambulantních pracovišť pro tuto cílovou skupinu.¹

Závislost na alkoholu může způsobit řadu negativních událostí, týkajících se nejen jednotlivce, ale také jeho rodiny, a určitým způsobem ovlivňuje také společnost. Více o množství lidí, jež nadměrně konzumují alkohol, a o důsledcích závislosti na alkoholu uvádíme v kapitole 1.2 Etiologie závislosti na alkoholu a důsledky této závislosti.

Při práci s lidmi se závislostí na alkoholu se dají využívat techniky různých psychoterapeutických přístupů. Jedním z těchto přístupů je systemická terapie, o níž by se dalo říci, že je velmi inspirativní i pro obor sociální práce.

Tato bakalářská práce je zaměřená konkrétně na využití technik systemické terapie při práci s dospělými muži, jež mají závislost na alkoholu anglosaského typu gama, který je běžný i v České republice. Tímto zúžením pohledu jen na určitou věkovou kategorii a pouze na jedno pohlaví však vůbec nevylučuji využitelnost technik systemické terapie i u lidí jiného věku a pohlaví. Proto také úmyslně neuvádím konkrétní věk.² Domnívám se, že uvedení konkrétního věku by mohlo být až absurdní, protože tato práce se omezuje na „dospělé muže“ z důvodu, že oblast závislosti na alkoholu je dost široká. Mohli bychom tak věnovat vždy po jedné kapitole např. dětem, dále seniorům, ženám, těhotným ženám. Stejně tak by bylo možno podrobněji pojednat o každém jednotlivém typu závislosti nebo se také zabývat spirituální stránkou lidí se

¹ *Přes sedm procent Čechů je závislých na alkoholu.* [cit. 18.7.2010] Dostupné z WWW: <http://www.ct24.cz/domaci/83784-pres-sedm-procent-cechu-je-zavislych-na-alkoholu/>.

² Věk v podstatě neuvádějí ani autoři zdrojů, které jsou uvedené na konci této bakalářské práce. Pouze v případech uvedení údajů z výzkumů apod.

závislostí na alkoholu.³ Rozsah této práce však neumožňuje, abychom se věnovali každému jednotlivému uvedenému tématu zvlášť. Proto se zaměříme pouze na „dospělé“ muže, kteří mají větší zastoupení ve skupině lidí se závislostí na alkoholu.

Dále je tato práce zaměřená spíše na kontext psychoterapie. Což však neznamená, že není přínosným tématem v kontextu sociální práce a sociálních služeb. Za prvé systemický psychoterapeutický výcvik není určen jen pro psychology a psychiatry, ale také pro sociální pracovníky.⁴ Za druhé sociální pracovníci mohou i bez výcviku do určité míry čerpat inspiraci z různých psychoterapeutických přístupů.⁵ Za třetí tato práce je zaměřená spíše na terapeuta, který by působil v rámci sociálních služeb. Domnívám se, že pro sociální pracovníky je nezbytné, aby se dobře orientovali v psychoterapeutických přístupech, protože pak by nemuselo docházet mezi terapeuty a sociálními pracovníky zbytečně k nedorozuměním a profesionálním rozporům. Čtvrtý důvod by mohl navázat na třetí a můžeme zde uvést, že pokud sociální pracovník bude v pozici koordinátora sociálních služeb v určité neziskové organizaci (v rámci této práce je myšlena spíše služba pro lidi se závislostí na alkoholu, ale dá se mluvit i obecně), je účelné, aby měl přehled o tom, jaký pracovní personál je v organizaci nutný, a aby mohl popřípadě zajistit v rámci poskytovaných služeb i psychoterapeuta, který by pracoval s klienty v rámci psychoterapie. Sociální pracovníci by pracovali s klienty v rámci sociální práce. Obě pole se samozřejmě navzájem prolínají.⁶

Když se podíváme na fenomén závislosti na alkoholu v kontextu několika předchozích desítek let (možná i celého století), mohli bychom říci, že typy a funkce závislosti na alkoholu se v podstatě zachovaly, což uvádějí i Štablová, Brejcha a kol.⁷ Změna je spíše ve zvětšujícím se množství lidí se závislostí na alkoholu. Rostoucí množství těch, kdo nadměrně konzumují alkohol, se dá pozorovat i u nezletilých a u žen.

³ Např. Mrózek píše ve své absolventské práci dokonce o roli spirituality v terapii závislosti na alkoholu. Více: MRÓZEK, S. *Role spirituality v terapii závislosti na alkoholu*. Absolventská práce. Olomouc: Caritas – VOŠ sociální Olomouc, 2010.

⁴ Viz např.: *Umění terapie – komplexní psychoterapeutický výcvik*. [cit. 24.7.2010] Dostupné z WWW: <<http://www.studujete.cz/index.php?show=more&id=1327>>; G&I: konzultační a vzdělávací skupina. [cit. 24.7.2010] Dostupné z WWW: <<http://g-i.cz/cz/>>.

⁵ O využití některých psychoterapeutických přístupů píše např. Navrátil. Více: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*.

⁶ Více k tomuto tématu o vztahu sociální práce a psychoterapie např.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. s. 23; Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 184 – 186; ULEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 136 – 142.

⁷ Více: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*.

Cílem této práce je najít způsob, jakým by se daly techniky systemické terapie aplikovat konkrétně při práci s lidmi se závislostí na alkoholu. K tomu potřebujeme vědět, co je závislost na alkoholu a jaká je teorie systemické terapie. Z toho také pramení členění práce do tří kapitol, kde v první kapitole se věnujeme problematice závislosti na alkoholu (co to závislost na alkoholu je, jaká je možná etiologie a jaké mohou být důsledky), ve druhé kapitole se zabýváme základy systemické terapie, ve třetí kapitole se již zaměřujeme na samotné techniky systemické terapie a snažíme se navrhnout, jak by se mohly využít při práci s lidmi se závislostí na alkoholu. Uvádím také, že kapitola 1 Závislost na alkoholu je totožná s kapitolou 1 Závislost na alkoholu z mé absolventské práce⁸, jelikož se v ní jedná o stejnou cílovou skupinu, ale o jiný psychotherapeutický přístup, jiné techniky a trochu odlišný cíl práce.

Tato bakalářská práce není zaměřená na výzkum a je sestavená z odborných a popularizačních zdrojů. Metodou práce je tedy analýza a syntéza textů.

Nejdůležitější literaturu pro kapitolu o závislosti na alkoholu tvoří především Skálovy publikace: „...až na dno?!“ a „Závislost na alkoholu a jiných drogách“, dále kniha Marhounové a Nešpora „Alkoholici, feťáci a gambleři“, práce Štablové, Brejchy a kol. „Návykové látky a současnost“ a text Nešpora a Csémy „Léčba a prevence závislostí“.

Do primární literatury patří i literatura popularizační, např. Skálova publikace „...až na dno?!“. Důvodem je, že v popularizační literatuře byly obsaženy podrobnější informace, např. vývojová stadia a typy závislosti na alkoholu podle Jellinka.

Základní literaturu o systemické terapii tvoří především publikace von Schlippeho a Schweitzera „Systemická terapie a poradenství“, dále Ludewigova „Systemická terapie: základy klinické teorie a praxe“, dále také Zatloukalovy odborné články z časopisů „Sociální práce“ a „Psychoterapie“, a z webových stránek týmu Dalet.⁹ Zajímavým zdrojem je také Smithova publikace, která je přeložená do ruského jazyka. Přímé a nepřímé citace jsou tedy uváděny na základě mého vlastního překladu z ruštiny do češtiny.

⁸ GUDZENKO, O. *Využití kognitivně behaviorální terapie při práci s lidmi závislými na alkoholu: Využití technik kognitivně - behaviorální terapie při práci s lidmi se závislostí na alkoholu.* Absolventská práce. Olomouc: Caritas VOŠ sociální Olomouc, 2010.

⁹ Tým Dalet pracuje podle modelu Dalet. Tento model vznikl v rámci přístupu zaměřeného na řešení a je tvořen třemi rámci: terapeutický systém, rozvíjení řešení a tanec kolem problému. Více: ZATLOUKAL, L. *Přístup zaměřený na řešení.* s. 8.

V práci jsou používány zkratky, na které vždy upozorňuji předem v závorkách.

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Konzumace alkoholu ve společnosti má již velmi dlouhou tradici, což může znamenat, že abúzus alkoholu a závislost na něm může mít tradici stejně dlouhou.

Domnívám se, že je to jeden z důvodů, proč se v dějinách lidstva tato otázka řešila nejednou, přijímala se různá opatření, a to jak z hlediska politického, tak náboženského.

V některých náboženstvích se požití alkoholu definitivně zakázalo a někteří vladaři opilost řešili různými tresty, dokonce i trestem smrti.¹⁰

Problematika konzumace alkoholu a hlavně opilství se neřešila bezdůvodně. Při nadměrném požití alkoholu dochází k intoxikaci, která vede k určitým negativním psychosomatickým a sociálním jevům. Jedním z hlavních a nejpodstatnějších důsledků časté a nadměrné konzumace alkoholu je závislost na této návykové látce.

1.1 Vývoj závislosti na alkoholu a její definice

V této kapitole uvedeme, jaký je vývoj¹¹ závislosti na alkoholu jako nemoci a jakým způsobem tuto závislost můžeme rozlišovat. Nejdříve však vysvětlíme, co je závislost jako taková a co je alkohol.

V případě závislosti použijeme definici syndromu závislosti, kterou uvádí Nešpor a Csémy. Podle těchto autorů je to:

Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.¹²

Závislost můžeme dále rozlišovat na fyzickou a psychickou. V případě fyzické závislosti se jedná o stav, kdy se droga stává součástí metabolismu v důsledku dlouhodobého a častého užívání. Po přerušení konzumu se objevují abstinенční příznaky, a to od těch zanedbatelných příznaků (pocení, třes, nechutenství, špatný spánek, zvýšená teplota) až po životu nebezpečné (křeče, deprese, epileptický záchvat,

¹⁰ Více in: SKÁLA, J.: ...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost. s. 99.

¹¹ Mám na mysli vývoj této nemoci jako takové a nikoliv historický vývoj.

¹² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. s. 32.

sebevražedné jednání). V případě psychické závislosti se jedná o psychickou potřebu užívat drogu v závislosti na dosahování určitých prožitků a po přerušení konzumu se objevují psychické poruchy.¹³

Člověk může mít závislost na různých druzích drog, jednou z nich je alkohol.

Slovo alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, kterým se označuje zvláštní jemná látka. Z hlediska chemického je to čirá, bezbarvá tekutina s charakteristickým zápachem a palčivou chutí. Alkohol lze získat z jakékoli formy škrobu nebo cukru. Vzniká zkvašením cukru působením kvasinek.¹⁴

Můžeme předpokládat, že alkohol lze snadno vyrobit i v domácích podmínkách, což tedy může znamenat jeho snadnou dostupnost i v případě, pokud vyloučíme možnost jeho koupě.

Štablová, Brejcha a kol. uvádějí, že se jedná o legalizovanou drogu.¹⁵ Alkohol je tedy snadno dostupný především z hlediska legislativy. O dostupnosti alkoholu jako o faktoru vedoucím k závislosti, budeme pojednávat v kapitole 1.2.1 Faktory vyvolávající závislost na alkoholu.

Při požití alkoholu dochází k intoxikaci organismu. Je ale nutné odlišit působení alkoholu při jednorázové konzumaci a při dlouhodobém požívání. Při jednorázové konzumaci může docházet k akutní intoxikaci různé intenzity, v případě dlouhodobé konzumace dochází k intoxikaci chronické. Štablová, Brejcha a kol. mluví o chronické intoxikaci v kontextu vývojových stadií „píjácké kariéry“¹⁶, o které budeme mluvit v této kapitole. Uveďme nejdříve intoxikaci akutní, která má čtyři stadia opilsti.

Podle postižení psychické, sensorické a motorické stránky je možné určit, o jaký z čtyř stupňů opilsti se jedná: *1. podnapilost, 2. lehký stupeň opilsti, 3. střední stupeň opilsti, 4. těžký stupeň opilsti.*¹⁷

Nejdříve, ještě ve stavu **podnapilosti**, jsou výše uvedené funkce postižené minimálně a nemusíme si jich vůbec všimnout. **V lehkém stupni** jedinec začíná přeceňovat své síly, ztrácí sebekontrolu, oslabují se vyšší etické city a společenský takt, zvyšuje se psychomotorika, objevuje se mnohomluvnost, chvástavost, alkohol navíc

¹³ Srov.: DOČKAL, J. *Člověk a drogy*.

¹⁴ Srov.: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost*. s. 9.

¹⁵ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B.a kol. *Návykové látky a současnost*.

¹⁶ Více: Tamtéž.

¹⁷ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B.a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 87-88.

potencuje agresivitu zvláště u psychopatických osob¹⁸, ale také latentní agresivitu u osob, které se ve střízlivém stavu takto nechovají. Klesají hranice v sexuální sféře. Dále je narušená činnost smyslových orgánů, a to především očí, což se projevuje poruchou adaptační schopnosti na světlo, poruchou barvocitu, také poruchou plastického, bočního a prostorového vidění. Dalším postiženým orgánem jsou uši, což se projevuje poruchami sluchu. Dochází k většímu postižení centra rovnováhy a mozečkové činnosti, což se projevuje horší nervově motorickou koordinací, objevuje se vrávorání. Zvyšováním dávky se **ve středním stupni** projeví málo srozumitelná řeč, snížená pozornost, porucha hybnosti, vrávorání až pády. **V těžkém stupni** opilosti je jedinec ve stavu tuposti, ztrácí orientaci, je zpomalená výbavnost představ, řeč je nesrozumitelná, člověk není schopen chůze. V dalším stupni dochází k otravě alkoholem, bezvědomí, pak následuje smrt.¹⁹

O alkoholu samotném se také mluví obecně jako o návykové látce, což je látka, která je schopna nepříznivě ovlivnit lidskou psychiku, např. ovládací schopnosti, rozhodovací schopnosti a sociální chování (více akutní intoxikace). V případě jejího užívání může následovat návyk a potřeba opakovaného užívání.²⁰ V důsledku opakovaného užívání vzniká závislost a v případě opakované konzumace alkoholu může vzniknout závislost na alkoholu (dále jen závislost nebo ZA), o čemž se zmíníme níže během popisu „píjácké kariéry“.²¹

Štablová, Brejcha a kol. uvádějí, že ZA je chronickým onemocněním a má stanovenou diagnózu F10 podle Mezinárodní klasifikace nemocí.²² Z hlediska sociálně ekonomického fungování bychom mohli předpokládat, že o patologickou ZA se bude jednat v případě, kdy v důsledku požívání nápojů alkoholického charakteru začne jedinec ztrácet svoji sociální suverenitu. Může např. docházet i k poklesu duševních schopností, což může někdy vést k omezení právní způsobilosti²³. V některých případech tyto situace ještě nemusí nastat, ale mohou jedinci pouze hrozit. V literatuře

¹⁸ *Alkohol je zvláště rizikový faktor u psychopatických osobností. Tam, kde je psychopatie za normálních okolností v mezích normy, dochází po požití alkoholu k obklopování regulačních mechanismů a psychopatické tendence se projeví v plné síle. K tomu může dojít i po požití menšího množství alkoholu. U chronických pijáků bývá někdy obtížnější odlišit vrozenou psychopatii od psychopatie způsobené alkoholem.* in ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost.* s. 91.

¹⁹ Srov.: Tamtéž: s. 87-88.

²⁰ Srov.: DOČKAL, J. *Člověk a drogy.*

²¹ V případě vzniklé závislosti na alkoholu se také nacházíme u problematiky chronické intoxikace.

²² Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost.* s. 87

²³ Srov.: § 10 odst. 2 občanského zákoníku č. 40/1964 Sb.

o problematice ZA se obecně uvádí²⁴, že nikdy nelze s jistotou tvrdit, kdo se stane závislým a kdo ne. Jsou ale různé rizikové faktory, podle kterých lze ZA s určitou pravděpodobností předpokládat. Základními rizikovými faktory mohou být **misúzus** a **abúzus** alkoholu, **rizikové užívání** a **škodlivé pití**.

Než budeme pokračovat v popisu ZA, budeme se v následujících čtyřech odstavcích věnovat zmíněným pojmům.

Kvapilík a Svobodová uvádějí, že jedinec, který drogu pouze užívá, musí být schopen své užívání kontrolovat, tj. schopen rozhodovat o tom, kdy, jak často a v jakém množství ji spotřebuje. Pokud tuto schopnost ztrácí, začíná se jednat o nadužívání (abúzus) a zneužívání (misúzus) drogy. Misúzus je zde nadřazeným pojmem i pro abúzus a znamená, že k požití alkoholických nápojů dochází v nevhodném množství (nadměrné množství), v nevhodné době (např. před nebo během řízení motorového vozidla, pracovní doba), v nevhodném věku (nezletilí) či v nevhodném zdravotním stavu (např. těhotenství).²⁵ O abúzus neboli nadměrné užívání se bude jednat, když se při požití alkoholu přesáhne cca 35 g alkoholu (dvě sklenice 12° piva). Znamená to, že se přesáhne cca 0,5 – 0,6 ‰ (promile) alkoholu v krvi, což je hladina, která zatím není toxická, ale subtoxická.²⁶

Nešpor a Csémy považují i toto množství za rizikové a jako *relativně bezpečné pití* (u nemocných jsou dávky menší) označují denní dávky 100 % alkoholu *16 g u ženy a 24 g u muže*.²⁷

Štablová, Brejcha a kol. uvádějí také pojem **rizikové užívání** alkoholu, které může být hodnoceno pomocí dvou indikátorů: 1. *pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti (tj. zhruba 2,5 l piva nebo 1 l vína nebo 2,5 dcl destilátu)*; 2. *nadprůměrné denní dávky alkoholu, které odpovídají více než 40 g alkoholu denně u mužů a více než 20 g alkoholu denně u žen*.²⁸

Užívání vyšších dávek se podle Nešpora a Csémy považuje za **škodlivé pití**, tj. pití, které poškozuje somatickou nebo psychickou stránku lidského zdraví. Hranice škodlivého pití je u některých skupin nižší. Jsou to lidé s různými nemocemi, jako např.

²⁴ V literatuře, ze které ve své práci čerpám.

²⁵ Srov.: KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. s. 30.

²⁶ Autor mluví o přijatelném množství alkoholu, které se může vypít. Více in: Srov.: KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. s. 30.

²⁷ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. s. 29.

²⁸ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 87.

jaterní nemoci, hypertenze, pankreatitis apod. Také jsou to ti, kteří se léčí některými farmaky. Dále jsou to děti, mladiství a lidé vyššího věku.²⁹

Můžeme chápat, že misúzus a abúzus alkoholu jsou faktory, které mohou způsobit ZA, nevymizí ale ani během této závislosti. Také jsme si řekli, že o patologickou ZA by se mohlo jednat, když jedinec začne ztrácet svoji sociální suverenitu.

Marhounová a Nešpor zdůrazňují, že *první krok k chronickému alkoholismu dělá člověk tehdy, když si nedokáže odříct svou obvyklou dávku!*³⁰

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje ZA jako stav kdy *abúzus alkoholu – zpravidla již nutkavého charakteru – působí zřetelné oslabení na tělesném a duševním zdraví či problémy a těžkosti ve společenských vztazích (v rodině) a ve společenské činnosti.*³¹

O patologickou ZA se tedy může jednat v době, kdy jedinec bude mít pravidelně nutkavou potřebu konzumace alkoholu a pití mu začne ztěžovat jeho život z hlediska psychosomatického (zdravotního), ale také sociálně ekonomického jako např. v rodině, v práci nebo také problémy spojené se ztrátou bydlení³².

Skála mluví o vývojových stádiích „píjácké kariéry“ podle E. M. Jellinka, která má čtyři období: 1. počáteční (iniciální, incipientní stadium), 2. varovné (prodromální) stadium, 3. rozhodné (kruciální) stadium, 4. konečné (terminální) stadium³³.

Období těchto čtyř stadií může trvat 3, 10 až 15 let.³⁴

1.a V počátečním stadiu jedinec konzumuje jen takové množství alkoholických nápojů, které mu postačuje k potlačení nepříjemných psychických stavů, nebo pouze pro pozvednutí své nálady. Dávky se však zvyšují a přestávky mezi jednotlivými konzumacemi těchto nápojů se zkracují. Člověk se dostává do stavu podnapilosti.

2.a Do varovného stadia se může jedinec dostat během několika let, ale i měsíců. Člověk se začíná dostávat do stavu, který přesahuje hranice podnapilosti a opilosti obecně. Začínají se objevovat tzv. „okénka“ neboli částečná ztráta paměti na určité události v době opilosti. Intervaly opilého stavu se v průběhu tohoto stadia zmenšují,

²⁹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi.* s. 29.

³⁰ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, feťáci a gambleři.* s. 66.

³¹ SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost.* s. 42.

³² Více kapitola 1.2.3 Důsledky závislosti na alkoholu.

³³ Srov.: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost.* s. 42 – 45; Srov.: Stadia alkoholizmu vývojová In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* s. 559.

³⁴ Pokud neuvádím jinak, tak čerpám během popisu Jellinekových čtyř vývojových stadií a pěti typu závislosti na alkoholu z: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost.* s. 42 – 45.

jedinec si často volí nápoje s větší koncentrací alkoholu, míra tolerance alkoholu se postupně zvyšuje.

Můžeme si zde všimnout, že autor sice mluví o toleranci až v druhém vývojovém stadiu, domnívám se však, že tolerance se začíná zvyšovat již v prvním stadiu. Toleranci rozumíme *schopnost organismu snášet určitou látku*³⁵. Je to proces, kdy při opakovaném užívání se účinek zmenšuje a pro dosažení stejného účinku jako dříve se dávka musí zvyšovat.³⁶

3.a Z varovného stadia se každý sedmý až desátý jedinec dostává do **rozhodného** stadia, ve kterém můžeme tohoto člověka pokládat jako osobu se ZA, na rozdíl od předchozích dvou stadií, ve kterých ještě byl pouhým pijákem. Okénka jsou již častá. Období, které si nepamatuje, může trvat 15 minut až několik hodin. Zájem o alkohol již upřednostňuje před jinými zájmy. V tomto stadiu dochází ke snížené či dokonce ztracené kontrole pití. Tato trvalá změna se vyvíjí v průběhu 6 – 12 měsíců.

4.a V důsledku poškození jater i nervového systému se rostoucí tolerance alkoholu v **konečném** stadiu promění v pravý opak a člověk se ZA se snadno opije i poloviční dávkou toho množství, na které byl zvyklý dříve. Stát se to může i v situacích velmi nevhodných.

V tomto stadiu jedinec může setrvat v opilém nebo podnapilém stavu 2 – 3 dni a více, např. dokud se finančně nebo fyzicky nezhroutí. Často začíná den tzv. ranním douškem, aby byl schopen pracovat, a za několik hodin má potřebu další dávky.

Můžeme si všimnout odlišení mezi osobou se ZA a pijákem, který stále ještě má pod kontrolou svoji hranici pití pro povzbuzení dobré nálady a do opilých stavů se dostává zřídka. Zároveň se pijáctví považuje za počátek vývoje ZA.

Kromě čtyř vývojových stadií Jellinek ještě vyvodil pět typů závislosti, na které se některá zmíněná stadia mohou vztahovat. Jsou to typy: gama, delta, epsilon, alfa a beta.

Abúzus typu **gama** se vyznačuje hlavně zvýšenou tolerancí alkoholu a ztrátou kontroly pití. Jedinec se ZA je ale schopen abstinence.

Autoři Štablová, Brejcha a kol. uvádějí typ ZA gama podle Jellinka také jako anglosaský, který je nejběžnější v České republice a je charakterizován již zmíněnými čtyřmi vývojovými stadii: počáteční, varovné, rozhodné a konečné.³⁷

³⁵ DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. s. 9

³⁶ Srov.: Tamtéž.

³⁷ Více in ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 90.

Typ **delta** je opakem typu gama a je typický pro románské země s velkou konzumací vína. U tohoto typu člověk není schopen abstinovat a chybí mu ztráta kontroly pití. Abstinenční příznaky jsou výraznější než u typu gama. Příkladem tohoto typu může být člověk, který je neustále ve stavu podnapilosti.

U abúzu typu **epsilon** se jedná o symptomatickou závislost, která je spojená s jinými psychickými chorobami, jako jsou schizofrenie, manická fáze cyklofrenie, progresivní paralýza a epileptické rozklady.

O typ **alfa** se jedná, když jedinec je stabilně ve druhém varovném stadiu. Tento typ je však vzácný.

U posledního typu **beta** se nevytváří závislost ani psychická, ani somatická. Při dlouhodobém abúzu však dochází ke zdravotním potížím, jako jsou např. polyneuritidy (záněty několika nervů), gastritidy (záněty žaludku) a cirhózy. Přejít z abúzu tohoto typu do typu gama nebo delta je vzácný na rozdíl od typu alfa.

Pro shrnutí uvedeme, co je pro nás v této práci důležité: existuje pět typů závislosti a jednou z nich je anglosaský typ závislosti gama, jehož vývoj probíhá během čtyř zmíněných období. Co ale ZA předchází? Touto otázkou se budeme zabývat v další kapitole, ve které se stručně zmíníme i o důsledcích této nemoci.

1.2 Etiologie závislosti na alkoholu a důsledky této závislosti

Dnešní společnost čelí podstatnému problému, kterým je nadměrná konzumace alkoholu. Štablová, Brejcha a kol. citují, že: *Ve společenském a kulturním kontextu Evropy se jedná o natolik rozšířené, tolerované a podceňované návykové látky, že vedle užívání je obecně legální i jejich dostupnost (výroba a prodej).*³⁸

Podle údajů Českého statistického úřadu spotřeba stoprocentního alkoholu na osobu v České republice stoupá, *v polovině 20. století to bylo cca 6 litrů za rok, koncem 20. století přes 8 litrů, počátkem 21. století přes 10 litrů.*³⁹

V následujících třech podkapitolách se budeme zabývat faktory, které mohou vyvolat a udržovat ZA. Dále uvedeme rozdíly mezi ZA u mužů a u žen a stručně uvedeme důsledky, které ZA mohou provázet.

³⁸ Alkohol a tabák v celospolečenském kontextu. Zaostřeno na drogy, 2005, č. 1, s. 2 in ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s.85.

³⁹ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 95.

1.2.1 Faktory vyvolávající a udržující závislost na alkoholu

Štablová, Brejcha a kol. uvádějí, že nadměrné požívání alkoholu, stejně tak jako i tabáku, je problém s multifaktoriálními příčinami. Faktory mohou být genetické, biochemické, psychologické a společenské.⁴⁰ V této práci nás budou zajímat faktory psychosociální a o dědičnosti se zmíníme jen stručně.

Nezávisle na různorodosti faktorů, o kterých jsme se zmínili v předchozím odstavci, Skála uvádí, že *jedinou jistotou v patogenezi závislosti na alkoholu je, že závislým se člověk může stát, když dlouhodobě a často konzumuje velká množství alkoholu.*⁴¹

Vlastnosti a účinky alkoholu působí na každého jedince individuálně. Do určité míry záleží na vlastnostech jedince jako např. na jeho vyšší nervové činnosti, na látkové přeměně, jejich poruchách a individuálních odlišnostech, také na činnosti žláz s vnitřní sekrecí apod.⁴²

V kapitole 1.1 Vývoj závislosti na alkoholu a její definice jsme uvedli, že ZA má určitý kratší nebo delší vývoj. Nejdříve se jedná o zlepšení nálady, pak o příležitostné opíjení se a až nakonec dochází ke ztrátě kontroly pití a k ZA. Někdo může zůstat v určitém vývojovém stadiu dlouhodobě nebo do konce svého života.

Co je ale prvopočátkem této závislosti a co ji předchází? V minulé subkapitole⁴³ jsme se zmínili, že na začátku jedinec poznává účinky alkoholu jako látky, pomocí které se mu zlepšuje nálada a tlumí se nepříjemné emoce. Na psychické účinky alkoholu poukazují také autoři Štablová, Brejcha a kol.:

*Již po požití malé dávky alkoholu dochází ke snížení úzkosti, euforii, psychické relaxaci. Pro toto působení vedoucí k příjemnému psychickému uvolnění, zlepšení nálady a odstranění pocitu nejistoty byl, je a bude alkohol vyhledáván a užíván.*⁴⁴

Člověk tedy může mít potřebu dobré nálady, která mu chybí. Kromě špatné nálady může mít také pocity úzkosti, psychického napětí a tím i potřebu psychického uvolnění. Motivačním prvkem může být i pocit euforie, které jedinec dosáhne až po napití.

⁴⁰ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 95.

⁴¹ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 33.

⁴² Srov.: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost*. s. 36.

⁴³ 1.1 Vývoj závislosti na alkoholu a její definice.

⁴⁴ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 87.

Časem si člověk začne zvyšovat dávky a vrací se k pití častěji. Zvyšování dávek se vysvětluje zvyšující se tolerancí.

Se zvyšující se tolerancí alkoholu u pijáka roste také sebevědomí a víra ve vlastní schopnosti.⁴⁵ Pokud by i tenhle faktor byl pro jedince motivující, mohlo by to znamenat, že už začínající piják může mít s těmito vlastnostmi určitý problém, který řeší požitím alkoholu. Na problém se sebevědomím poukazují např. Murdoch a Barker, kteří mluví o nutnosti práce s touto vlastností.⁴⁶

Marhounová a Nešpor poukazují, že *...vznikem návyku bývá často nejvíce ohrožen ten, kdo alkohol dobře snáší.*⁴⁷ Můžeme toto chápat, že lidé s organismem odolnějším vůči alkoholu více podléhají riziku ZA, kdežto lidé s horší odolností mají svůj „stop signál“ daleko „viditelnější“, tj. požití alkoholu jim může způsobovat nepříjemné psychické a somatické pocity, které jsou pro jedince ve vztahu k pití spíše demotivující.

Skála také uvádí, že predispozici k závislosti bude mít ten, u koho požití alkoholu vyvolá zvláště silný pocit euforie, a také ten, kdo vlastní určitý druh fyziologické nerovnováhy, na kterou má alkohol zvláštní normalizující vliv.⁴⁸

Jsou tedy faktory, které mají vzhledem ke konzumaci alkoholu motivační charakter (lepší odolnost vůči alkoholu, dosahovaný pocit zvláště silné euforie po napití), a faktory demotivující, které mají opačný účinek.

Pro lepší vysvětlení faktorů, které předcházejí ZA, uvedeme čtyři funkce, které plní nápoje alkoholického charakteru: 1) výživná – je součástí jídla, 2) sociální – přispívá k sociální interakci, 3) anxiolytická – snižuje hladinu úzkosti, 4) orgiastická – slouží jako prostředek záměrné intoxikace⁴⁹.

Podle Marhounové a Nešpora je pro zjištění příčiny ZA důležité zjišťovat, které funkce si člověk se ZA cení a do jaké míry.⁵⁰

Skála a kolektiv uvádějí na základě vyšetření několika set lidí obou pohlaví v osmdesátých letech, že obě pohlaví oceňují hlavně funkci výživnou, muži si cení také funkce sociální a ženy funkce anxiolytické.⁵¹

⁴⁵ Srov.: MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišci a gambleři*. s. 66.

⁴⁶ Více: MURDOCH, D., BARKER, Ph. *Základy behaviorální terapie*.

⁴⁷ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišci a gambleři*. s. 66.

⁴⁸ Srov.: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost*. s. 36.

⁴⁹ Srov.: MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišci a gambleři*. s. 68.

⁵⁰ Srov.: Tamtéž: s. 68.

⁵¹ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 37.

Abychom pochopili, kdy jaká funkce má přednost, je důležité, abychom uvedli, kdo je nejvíce ohrožen ZA, respektive kdo má rizikové faktory a u koho se později vyskytuje větší konzumace a ZA.

K tomuto pochopení nám mohou přispět výsledky výzkumu, který zahrnoval pražské mladé muže a byl organizován Výzkumným ústavem psychiatrickým.⁵²

Nejprve uvedeme výsledky, které poukazují na věk, v němž muži začali alkohol užívat v toxickém množství: a) alespoň jednou týdně začali konzumovat alkohol: 9% v 15 letech, 20% v 16 letech, a 40% již v 17 letech, a to víc než šest „piv“ (je důležité zde poznamenat, že se jedná o konzumaci intoxikujícího množství alkoholu); b) 25 až 30% mužů ve věku od 22 do 23 let konzumuje alkohol sociálně i zdravotně rizikovým způsobem (min. 100 ml alkoholu). Třetina dotázaných podle svých sdělení vypije za jeden večer pět a více půllitrů piva.

Dále uvedeme skupiny mužů, kteří jsou ohrožení ZA, resp. ty, u kterých se později nejvíce objevovaly abúzus alkoholu a evidence pro závažnou ZA: a) muži se základním vzděláním pracující v zaměstnaní s minimálními požadavky na vzdělání; nejvíce ohrožení jsou pracovníci stavebních prací a pracovníci v provozech veřejného stravování; b) další skupinou jsou pracovníci manuálních profesí, kteří např. mají větší spotřebu piva nežli lidé v jiných oborech; c) muži, u kterých se na rozdíl od jiných častěji vyskytovalo v období do 15 let věku nekvalitní rodinné prostředí⁵³; d) muži se sníženou známkou z chování na základní škole, dále ti, kteří prošli ústavní výchovou, ti, kteří v době dospívání vyvolali pozornost represivních složek a u kterých se v období nezletilosti objevovala pravidelná konzumace alkoholu. Ve výsledcích výzkumu byly tyto faktory označeny jako poruchy chování; e) muži, pocházející z rodin, kde byl otec se ZA.

U skupiny mužů pocházejících z rodin, kde byl otec se ZA, může vzniknout otázka, zda k této skupině nepatří také muži pocházející z rodin, kde měl ZA jiný člen rodiny. Štablová, Brejcha a kol. uvádějí, že faktor ZA jiného člena rodiny se jeví též jako rizikový, ačkoliv většinou se jedná o otce se ZA.⁵⁴

Skála a kol. uvádějí, že na základě studií osob, které měly od útlého dětství adoptivní rodiče, existuje dělení etiologie ZA u mužů na dva typy, navazující na

⁵² Pokud dále neuvádím jinak, tak čerpám z: Srov.: MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišci a gambleři*. s. 66-67.

⁵³ Autoři sice použili pojem nekvalitní rodinné prostředí, neuvedli však jeho definici.

⁵⁴ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 95.

hereditární predispozici. Jeden typ je vzácnější a je determinován biologickou dědičností. Druhý typ je častější a je důsledkem nepříznivého rodinného prostředí⁵⁵. Tyto dva vlivy byly zjištěny i u závislých žen.⁵⁶ Lze tedy usoudit, že se jedná o endogenní biologické faktory a faktory exogenní sociální.

Pod biologickou dědičností mohou spadat genetické faktory, o kterých mluví Štablová, Brejcha a kol., kteří uvádějí, že ke genetickým faktorům patří především biochemické (enzymové) vybavení a genetická výbava osobnosti. Genetická stránka má podstatný vliv nejen na přístup jedince k nadměrnému pití, ale také na jeho projevy po „napití“. Dále zmiňují, že se jedná o řadu osobností od anomálních až po těžké psychopaty.⁵⁷

K biologické dědičnosti existuje také další vysvětlení, které uvádí odborníci zaměřeni na tuto problematiku. Děti z rodin osob se ZA mají podle nich sníženou produkci endorfinu.⁵⁸ V psychologickém slovníku se uvádí, že úkolem těchto látek, které mají podobný účinek jako morfin, je *vyladění psychické reakce na stres*⁵⁹, což se děje hlavně pomocí citového a afektivního projevu, ale mají i další účinky:

*...ovlivňují spánek, náladu, zvyšují práh bolesti, usnadňují přežití situací ohrožení, spolu s ACTH mohou dodat organismu mimořádnou sílu a schopnost překonat těžkou či hrůznou situaci; ... snižují krevní tlak a v určitých situacích zrychlují učení, zlepšují paměť, rozvíjí tvořivost a odstraňují únavu...*⁶⁰

U lidí se ZA s biologickou dědičností můžeme tedy předpokládat, že se jedná o nepříznivý psychický stav, který má endogenní původ. V tomto případě by se mohlo jednat o funkci anxiolytickou. Také si můžeme všimnout, že endorfiny ovlivňují náladu a schopnost zvládnutí situací ohrožení a situací náročných na psychiku, což by mohlo lidi vést k užívání alkoholu pro tyto jeho účinky.

1.2.1.1 Některé rizikové faktory a sociální funkce alkoholu

Vraťme se ke skupinám mužů, u kterých byl zjištěný vztah mezi nízkým stupněm vzdělání v kombinaci se zaměstnáním s minimálními požadavky na vzdělání, zejména

⁵⁵ Autor mluví v kontextu o dětech z rodin s osobami se ZA.

⁵⁶ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 36.

⁵⁷ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 95.

⁵⁸ Srov.: MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišti a gambléři*. s. 68.

⁵⁹ Endorfin In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 140.

⁶⁰ Tamtéž: s. 140.

v manuálních profesích, a závislosti.⁶¹ V tomto případě alkoholické nápoje plní funkci sociální. *Vzdělání totiž podle Marhounové a Nešpora ovlivňuje konzum alkoholu především prostřednictvím skupinové normy té které sociální skupiny, vlastní spotřeba alkoholu je ve velmi těsném vztahu k spotřebě přátel a ve vztahu k tomu, jak silný nátlak přátelé vyvíjejí, aby se člověk účastnil společného konzumu.*⁶²

Mohlo by to znamenat, že u mužů s nižším vzděláním může stupeň vzdělání ovlivňovat volbu přátel. Vzdělání také ovlivňuje výběr zaměstnání, např. člověk se základním stupněm vzdělání má omezený výběr pracovních míst pouze na pozice s minimálními požadavky na vzdělání a člověk se zaměřením na manuální práci může vykonávat pouze tu činnost, ke které je kompetentní, nebo činnost s minimálními požadavky na vzdělání.

V zaměstnání může být více nebo méně rizikových faktorů, vyvolávajících častý a silný konzum. Proto také změnou nebo odchodem ze zaměstnání člověk může zároveň přestat pít.⁶³ V pořadí návaznosti je několik nejdůležitějších faktorů: *sociální nátlak na pití, příležitost k levnému napití, převaha mladých spolupracovníků, souhlas spoluzaměstnanců s pitím, nemožnost normálních sociálních a sexuálních vztahů, oficiální souhlas se silným konzumem a nábor silných pijáků.*⁶⁴

Mohli bychom předpokládat, že čím je rizikových faktorů více, tím je větší pravděpodobnost abúzu alkoholu. Skála a kol. uvádějí, že snadněji k dlouhodobému a častému konzumu velkého množství alkoholu dochází při současném působení dvou faktorů: 1) sociální prostředí, které je k tomu tolerantní a 2) snadná dostupnost alkoholických nápojů. V tomto prostředí se u jedince pevně formují kladné postoje k pití alkoholu.⁶⁵ Může tedy vzniknout „řetězec“, ve kterém jeden člověk získá v určité sociální skupině kladný vztah k pití a poté ho předá dalším jedincům atd.

Nešpor a Csémy uvádějí další rizikovou kombinací, kterou je profesionální stres a snadná dostupnost alkoholu a jiných návykových látek.⁶⁶

V případě této kombinace již to nemusí být pouze člověk s minimálním vzděláním a manuální profesí, ale i řada dalších lidí, kteří mají v zaměstnání takové podmínky, ve kterých se stres a snadná dostupnost alkoholu kombinují.

⁶¹ Osobně se domnívám, že lidé z této sociální skupiny mohou být ohroženi nejen závislostí na alkoholu, ale také stigmatizací ze strany jiných sociálních skupin včetně odborníků ze sociální sféry.

⁶² MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišti a gambleři*. s. 68.

⁶³ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 39.

⁶⁴ Tamtéž: s. 39.

⁶⁵ Tamtéž: s. 33.

⁶⁶ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*.

Např. v psychiatrické léčebně, fungující od roku 1984, na oddělení pro ženy závislé na alkoholu a jiných návykových látkách v terapeutické komunitě z 25 osob prakticky vždy byla alespoň jedna z pacientek lékařkou nebo zdravotní sestrou.⁶⁷

Je důležité si ale uvědomit, že v tomto příkladu se jedná o skupinu závislých žen a ne mužů. U žen je etiologie závislosti většinou odlišná od té mužské. Také „alespoň jedna“ osoba z 25 znamená, že se jedná o minimálně 4 % žen se ZA v terapeutické komunitě.

Sociální funkce alkoholu se také ve velké míře objevuje u nezletilých mužů, a to zvláště u 17letých. Je nutné dodat vysvětlení, že *...nadměrný konzum alkoholu úzce souvisí s vlivem kamarádských skupin v době dospívání i později.*⁶⁸

Nejedná se tedy pouze o vliv skupin přátel v dospělosti, ale ještě mnohem dříve.

Štablová, Brejcha a kol. uvádějí, že ke vzniku závislosti na alkoholu přispívá také nekvalitní výchova⁶⁹, nevhodný způsob trávení volného času, pijácké party, přebírání zvyku tradičních oslav alkoholickými nápoji. Konzumace alkoholu u dětí stejně jako kouření je součástí životního stylu některých rodin a skupin vrstevníků.⁷⁰

Také Miššík mluví o patologickém sociálním jevu, kdy lidé kladně vnímají toho, kdo konzumuje alkohol, a za outsidera považují toho, kdo abstinuje.⁷¹

V tomto případě lze konstatovat, že se jedná o důsledek socializace a člověk se dostane k alkoholu na základě interakce s určitou sociální skupinou. Znamená to tedy, že zdaleka ne v každém případě se jedná o potřebu zvyšovat si náladu nebo zbavovat se úzkostných stavů a nemusí být vždy v dětství a dospívání nekvalitní rodinné prostředí a známky poruch chování.

Kvapilík, Svobodová a kol. uvádějí, že existují dva důvody, které vedou lidi k požívání alkoholických nápojů: společenské a individuální.⁷² Do těchto dvou kategorií

⁶⁷ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. s. 28.

⁶⁸ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 36 – 37.

⁶⁹ Pojem „Nekvalitní rodinná výchova“ Skála vysvětluje jako rodinné prostředí, ve kterém „autoritářství, vyžadování úspěchu a přílišné moralizování vesměs představují nenaplnění potřeb dětského citového života.“... „Rodičovské moralizování se v dítěti projeví silnými pocity viny a množstvím zábran. V důsledku toho dítě potlačuje jakékoli projevy normální agrese a nechá si vždy všechno líbit, ačkoli tím vnitřně trpí. Vidí svůj hlavní úkol, aby bylo hodné, aby si získalo a udrželo lásku rodičů. Protože jejich požadavky jsou příliš vysoké, nemá dítě pocit, že své rodiče opravdu uspokojilo. Z toho pramení opět pocit sebedoceňování, pocit méněcennosti, stydlivosti, pocit osamocenenosti, který v dospělém věku u budoucích osob závislých na alkoholu vede ke špatnému přizpůsobování se ve společnosti.“ In SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost*. s. 37 – 38.

⁷⁰ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 95.

⁷¹ Srov.: MARHOUBOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišti a gambléři*. s. 72.

⁷² KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. s. 30.

by se mohly rozdělit veškeré příčiny ZA. Skála uvádí čtyři společenské příčiny, které vedou ke zneužívání alkoholických nápojů a k ZA:

*1. Sbližující účín alkoholu, který v sobě nese podceňované riziko pro některé jedince. 2. Nedostatečná připravenost lidí a institucí na správné využívání volného času a nevhodná forma jeho trávení, doprovázená konzumací alkoholických nápojů, především u mladých lidí. 3. Nedodržování zákonných opatření o požívání, resp. podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým, podnapilým apod. 4. Absence hlubšího životního stylu, což vede v době hospodářské hojnosti spíše ke „konzumaci“ života než k jeho tvůrčímu naplnění.*⁷³

K těmto společenským příčinám přistupují faktory individuální, které vedou jedince k návyku a následně k ZA. Jsou to důsledky nepříznivého rodinného prostředí a negativních zážitků z dětství, které vedou k citové nezralosti a psychické křehkosti a zranitelnosti. Dále je to výskyt misúzu alkoholu v rodině. Je to také zkušenost, že pocity úzkosti, napětí a nezdary se dají ztlumit i menší dávkou alkoholu. Jsou to též mimořádné životní situace, které se pomocí alkoholu v minulosti lépe snášely.⁷⁴

Skála a kol. také uvádějí, že těžké psychické deprivace v dětství patrně přispívají k abnormalitám osobnosti a ty zase urychlují příklon k pijáckým skupinám.⁷⁵

Kvapilík, Svobodová a kol. se zmiňují, že *ten, kdo drogu nadužívá, nachází přijetí a porozumění u druhých často jemu podobných.*⁷⁶ V tomto případě by se mohlo jednat i o kombinaci individuálních a společenských příčin. Mohlo by to znamenat, že u člověka, který již má problémy s abúzem alkoholu, je velké riziko, že se dostane do uzavřeného kruhu, ve kterém je nejen prostředí podporující konzumaci alkoholu, ale jedinec tam také nachází pochopení, což může být často opakem toho, co se od člověka očekává v jiném společenském prostředí (např. v rodině, v zaměstnání).

Domnívám se, že pro odborníky, pracující s lidmi se ZA, včetně samotných lidí se ZA to může být jedním z důvodů, proč vytvářet terapeutickou komunitu s osobami se ZA, nebo alespoň zapojovat tyto osoby do skupinové psychoterapie nebo také vytvářet svépomocné skupiny, jejichž příkladem mohou být Anonymní alkoholici.

⁷³ SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost.* s. 35.

⁷⁴ Srov.: Tamtéž: s. 35 – 36.

⁷⁵ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* s. 33.

⁷⁶ KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol.* s. 32.

1.2.1.2 Vztah mezi orgiastickou a sociální funkcí a mezi orgiastickou a anxiolytickou funkcí alkoholu

Když se vrátíme k funkcím alkoholu, může jít také o kombinaci orgiastické a sociální funkce, kdy orgiastická funkce motivuje jedince k častému konzumu velkého množství alkoholu a je většinou podporovaná postojem, že jde jen o druh neškodné zábavy. Sociální funkce má za to, že se to děje ve skupině lidí, které závislý vnímá jako své přátele. Většinou ale jde o funkci sociální. Kombinace orgiastické funkce s funkcí anxiolytickou je vzácnější. Např. Marhounová a Nešpor poukazují na skutečnost, že u mladých mužů závislost s úzkostí nemá nic společného. Mladí lidé dokonce pijí většinou ve skupině a velmi zřídka se stává, že by konzumovali o samotě intoxikující množství alkoholu.⁷⁷

U tzv. excesivních konzumentů, u kterých se jedná o orgiastickou funkci, je zase zajímavá jejich odlišnost od ostatních lidí se ZA.

Již v dětství se objevují poruchy chování a později ve fázi dospívání kontakty s represivními složkami. Tento fakt jim značně brání v dosažení vyššího stupně vzdělání. Tito závislí se také často zmiňují, že mají po požití alkoholu silné zážitky euforie.⁷⁸

Skála uvádí, že v dosažení maturity nebo vyučení těmto osobám překážejí také výskyt psychopatických rysů, mozková dysfunkce či obojí zároveň.⁷⁹

Zážitky euforie pro osoby se ZA s orgiastickou funkcí mohou být zvlášť motivujícím faktorem k pití. Riziko se stupňuje přítomností pijáckých skupin a kombinací s postojem, že velká konzumace je druhem neškodné zábavy.

Na základě údajů Výzkumného ústavu psychiatrického můžeme sledovat vztah mezi zjištěným procentem mužů, kteří začali s konzumací alkoholu ještě jako nezletilí, a s prokázanou skutečností, že právě tito muži patří do skupin, které jsou nejvíce ohrožené ZA.

Na základě uvedených informací můžeme uvést vztah mezi několika faktory: poruchy chování často vedou k nižšímu stupni vzdělání; nižší vzdělání může vést k menšímu výběru pracovních míst na pracovním trhu, což často vede jedince k tomu, aby si zvolil manuálně zaměřené povolání a zaměstnání s větším množstvím rizikových

⁷⁷ Srov.: MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišci a gambleři*. s. 68 – 69.

⁷⁸ Srov.: Tamtéž: s. 70.

⁷⁹ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 39.

faktorů pro abúzus alkoholu; jedním z těchto faktorů je sociální skupina, která má pozitivní vztah k častému a silnému konzumu alkoholu; v této skupině se začne socializovat a postupně přebírat pozitivní postoj k pití a postupně může získat ZA, k čemuž také mohou přispět psychické či somatické predispozice.

1.2.2 Rozdíly mezi závislostí na alkoholu u mužů a u žen

V literatuře o ZA je velká pozornost věnována zrovna ZA u mužů a na muže a ženy se v této problematice hledí často odděleně. Domnívám se, že důvodem bude určitá odlišnost v problematice závislosti u žen a u mužů. Odlišnější jsou i příčiny ZA, které jsou u mužského pohlaví také rozmanitější.

Na rozdíl od mladých mužů, u kterých zvláště chybí vztah mezi úzkostí a ZA, u žen je vztah mezi těmito složkami naopak zřetelný.⁸⁰

Je třeba se také zmínit, že nejčastějšími pacienty z řad mužů jsou to lidé ve věku kolem 25 let, kdy zrovna mají první kontakt s psychiatrickými pracovišti. U pacientů ženského pohlaví je tomu jinak, jsou starší v průměru o 10 let.⁸¹

Ženy se ZA můžeme rozdělit do dvou skupin. Tu první skupinu tvoří relativně starší ženy, u kterých může být bohatá neurotická symptomatologie při zdánlivé sociální stabilizaci. Tyto ženy mohou navenek působit jako dobré matky, manželky a dcery pečující o staré rodiče. Ve skutečnosti však potají konzumují alkohol proto, aby se mohly zbavit vnitřního napětí, které je důsledkem toho, že jejich skutečná činnost se neztotožňuje s tím, co by rády dělaly doopravdy. Tu druhou nepoměrně menší skupinu tvoří naopak dospívající dívky, u kterých většinou probíhá vývoj psychopatických rysů.⁸²

U žen se ještě na rozdíl od mužů častěji objevuje afektivní porucha. Winokur např. našel u osob se ZA primární afektivní poruchu, a to mezi ženami 25 % jedinců, mezi muži však pouhá 3 %.⁸³

U mužů tedy prvotním důvodem závislosti nemusí být pouze úzkost a potřeba lepší nálady, ale také určité sociální kontakty atd., u žen se okruh příčin velmi zužuje. U starších žen je to vnitřní konflikt mezi tím, co dělají, a tím, co chtějí dělat, u dospívajících dívek jsou to psychopatické rysy.

⁸⁰ Srov.: SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. s. 68.

⁸¹ Srov.: Tamtéž: s. 71.

⁸² Srov.: Tamtéž: s. 71.

⁸³ Srov.: Tamtéž: s. 35.

Osobně se domnívám, že v dnešní době se rozdíl v konzumaci alkoholu u žen a u mužů zmenšují a že větší procento žen v dnešní době si cení na alkoholu sociální funkce. Toto tvrzení je však podle mého názoru odvážné a vyžaduje výzkum. Nicméně Nešpor se zmiňuje, že v posledních desetiletích se zvětšilo množství žen, které mají problémy a alkoholem a jako jeden z důvodů uvádí *sblížení životních stylů mužů a žen*.⁸⁴

1.2.3 Důsledky závislosti na alkoholu

Jako primární důsledek závislosti na alkoholu můžeme chápat chronickou intoxikaci (vývojová stadia) podle Jellinka, kterou jsme uvedli v kapitole 1.1 Vývoj závislosti na alkoholu a její definice. Je nutné dodat, že ve třetím stadiu může jedinec prožívat pocity studu a nahromaděné problémy ho mohou dříve nebo později donutit k abstinenci, která může trvat několik týdnů, ale i měsíců, a je také podle Skály jediným řešením této závislosti. Na základě úspěšné abstinence, která je pro něj snazší než kontrola pití, se člověk může mylně domnívat, že znovu získal nad sebou kontrolu. Pokud se vrátí v průběhu abstinence doby zpět k alkoholu, ztratí kontrolu pití, a to jak ohledně množství tak i doby konzumace alkoholu. Po těchto stavech opilosti se snaží tuto skutečnost nějak odůvodnit, je však svým okolím kritizován, což se může stát důvodem k dalšímu pití. Jedinec se ZA si může také stanovit určitou hodinu, před kterou nebude požívat alkohol. Také si může stanovit, že bude pít pouze určité druhy alkoholických nápojů a jen na určitých místech. Takováto rozhodnutí ale mohou přivolat krizi.⁸⁵

Budeme-li mluvit konkrétně o dopadu chronické intoxikace, dostaneme se k tvrzení odborníků Štablové, Brejchy a kol. o dlouhodobých nebo trvalých změnách, kterými jsou poruchy orgánů, včetně poruch mozku, což vede k poruchám chování a intelektu.⁸⁶

Tito autoři také uvádějí dělení problémů v důsledku rozšířené nadměrné konzumace alkoholu na tři kategorie:

a) **somatické**: *zhoubné nádory, kardiovaskulární nemoci, nemoci trávicí soustavy, poruchy výživy a přeměny látek, infekční nemoci, nervové nemoci, nemoci krve a*

⁸⁴ NEŠPOR, K. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře.*

⁸⁵ Srov.: SKÁLA, J.: *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost.* s. 42 – 45.

⁸⁶ Srov.: ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost.* s. 90.

*krvetvorných orgánů, nemoci kůže a svalů, ...otravy a úrazy (kulpózní a dolózní)); b) **psychiatrické**: psychická závislost na alkoholu, syndrom z odnětí, delirium tremens, psychotické stavy vyvolané alkoholem, postižení intelektu, poruchy osobnosti, zvýšené riziko deprese a sebevraždy; c) **sociální**: nižší produktivita práce nebo dlouhodobá nezaměstnanost, bezdomovectví, nedokončené vzdělání, rodinné problémy, rozvody, zanedbávání dětí, finanční problémy, trestná činnost.*⁸⁷

Obecně misúzus alkoholu, jako jedné z legálních návykových látek vede k sociální dysfunkci a má i dopady kriminálního charakteru: potencuje negativní rysy osobnosti (agresivita, hostilita, nezdrženlivost, žárlivost, negativismus); vede k nepřiměřené euforii a útlumu autokritiky, zvyšuje úrazovost, tlumí morální a sociální zábrany (výtržnictví, ohrožování výchovy mládeže), mění životní hodnoty (rozvodovost, ztráta zaměstnání, bezdomovectví).⁸⁸

⁸⁷ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. s. 86.

⁸⁸ Srov.: Tamtéž: s. 91.

2 SYSTEMICKÁ TERAPIE

V této kapitole se budeme zabývat teoriemi, které tvoří systemické myšlení, charakteristikou systemické terapie, dále uvedeme pro příklad dva systemické přístupy, které by se daly považovat za nejvýznamnější, resp. jedny z nejvýznamnějších.

2.1 Úvod do systemického myšlení a terapie

Dříve, než budeme pokračovat, měli bychom si ve stručnosti vysvětlit, co znamenají slova „systemický“ a „systém“.

2.1.1 Základní pojmy

Termín „**systemický**“ Ludewig vysvětluje jako *obecný myšlenkový přístup*, kterým je *konstruktivistické porozumění teorii systémů*.⁸⁹ V kontextu terapie to znamená využití tohoto myšlenkového přístupu v pomáhající praxi.⁹⁰

„**Systém**“ resp. „systémy“ Ludewig popisuje jako *konstrukty lidského poznání nebo „kognice“*⁹¹ nebo dále uvádí, že jsou to *jednotky, které pozorovatel vytváří operacemi rozlišování jako jednotky složené a ohraničené*⁹² a *vytvářejí se kognitivně – jazykovými výkony pozorovatelů, kteří vnímají jednotky jako jednotky složené*^{93,94}. Rovněž Konečný mluví o tom, že systémy vznikají a vyvíjejí se pomocí „jazykování“, tedy tím, že se hovoří např. o problémech.⁹⁵

Ludewig dále uvádí, že systémy jsou závislé na poznání a vznikají na základě cirkulárního pohybu pozorování a myšlení.⁹⁶

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že systém není něco, co se pozorovateli prezentuje, nýbrž něco, co pozorovatel rozpoznává. Tato myšlenka má podle nich v sobě podstatu systemické teorie poznání. Systém nelze chápat jako něco, co existuje, ale něco, co získává svůj smysl teprve, když na to začneme nahlížet ve vztahu k tomu,

⁸⁹ LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 41.

⁹⁰ Srov.: KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 93.

⁹¹ LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 41.

⁹² Tamtéž: s. 61.

⁹³ Tamtéž: s. 62.

⁹⁴ Srov.: Tamtéž: s. 41.

⁹⁵ Srov.: KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 93.

⁹⁶ Srov.: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 41.

kdo to poznává.⁹⁷ K tomu můžeme doplnit, že *každý aktuální okamžitý stav systému popsaný pozorovatelem není ničím více ani méně než iluzí jediné alternativy danou zorným úhlem pozorovatele.*⁹⁸

Již po čtyřech odstavcích této subkapitoly můžeme shrnout systemický pohled na systémy do jedné věty. Žádné systémy tedy podle systemického přístupu neexistují, dokud je někdo nevytvoří pomocí pozorování a kognitivního zpracování a „jazykování“.

Co se týče tvorby systémů, v systemice existuje tvrzení, že je vytvářejí problémy. Konečný např. uvádí, že na **problém** se v systemice nenahlíží jako na něco patologického, co vzniklo uvnitř systému, nýbrž jako na něco, čím je systém vytvářen.⁹⁹

Von Schlippe a Schweitzer mluví podobně, když popisují základní obraz vzniku problémů. Podle nich to může objasnit pojem „**system determinovaný problémem**“.
Autorem tohoto pojmu je Goolishian.¹⁰⁰ Problémy v systemické terapii lze vnímat jako *sociální systém, jenž se rozvinul kolem jakkoliv – třeba i náhodně – vzniklého chování nebo tématu a jenž je charakterizován komunikací o problému.*¹⁰¹ Můžeme dále domyslet, že o problémech se může diskutovat v rámci širokého sociálního prostředí (nejen rodina, ale také např. přátelé, známí, lékaři, psychologové, sociální pracovníci apod.). A jelikož systém vzniká na základě komunikace, znamená to, že *system utváří každý, kdo se na problému nějak podílí, tzn. přispívá k jeho vzniku nebo k jeho řešení nebo o něm jen hovoří.*¹⁰²

2.1.2 Základní charakteristika systemického přístupu

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že kořeny systemické terapie lze nalézt hluboko v historii psychoterapie.¹⁰³ Dříve, než vznikl systemický přístup, musel proběhnout vývoj jiného směru, od kterého se nově vzniklý směr musel oddělit.

Nejprve, ještě v 50. letech, začali někteří odborníci z oblasti psychoterapie opouštět oblast práce s jednotlivci a oblast práce se skupinou a začali pracovat s rodinami. V té době byla založena rodinná terapie. Až po určité době se objevil

⁹⁷ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 63.

⁹⁸ KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 93.

⁹⁹ Srov.: Tamtéž: s. 93.

¹⁰⁰ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 73.

¹⁰¹ Tamtéž: s. 73.

¹⁰² KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 93.

¹⁰³ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 15.

systemický pohled.¹⁰⁴ Z historického hlediska se systemická terapie oddělila od svého předchůdce v 80. letech minulého století.¹⁰⁵

Techniky systémových terapií se podle von Schlippeho a Schweitzera zakládají na otázkách, jakým způsobem lidé tvoří svou skutečnost v sociálních systémech, z jakých základních přesvědčení vychází jejich myšlení a prožívání, jak tato přesvědčení zjistit a následně je „narušit“. Čím více byla tato stanoviska upřednostňována, tím více byla odsouvána důležitost skutečnosti, se kterým sociálním (dílčím) systémem se pracovalo a zda byla nutná přítomnost celé rodiny. S postupem času se tedy mluví méně o rodinné terapii a více o terapii systemické.¹⁰⁶

O systemické terapii se dá podle Zatloukala mluvit rovněž jako o konstruktivistické, v rodinné terapii se o ní mluví jako o kybernetice druhého řádu nebo také existuje rozlišení mezi systémovým a systemickým přístupem.¹⁰⁷

Podle Strnada je tento směr výrazně kognitivní, terapie je krátkodobá a počítá se spoluprací klienta. Systemická terapie je dále zaměřená na to, co se děje v současné době, a opírá se o rozumové zpracovávání terapeutického materiálu natolik, že se snaží vyprovokovat vlastní klientovy sebeozdravné zdroje. Zdůrazňuje se při tom důležitost změny způsobu komunikace.¹⁰⁸

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že systemická terapie se dělí na různé modely a koncepty. Podle hrubého rozdělení to jsou koncepty „klasické“ orientace, „kybernetika druhého řádu“ a „narativní přístupy“. Autoři také upozorňují, že všechny modely nemohou být podle tohoto rozdělení zachyceny.¹⁰⁹

Zatloukal rovněž mluví o systemických přístupech, které jsou podle něj nejvýznamnější: krátkodobá terapie zaměřená na řešení, narativní terapie, hamburský „zakázkový“ model podle Ludewiga¹¹⁰ a v jiném odborném článku se také zmiňuje o způsobu práce s reflektujícím týmem.¹¹¹

¹⁰⁴ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 15.

¹⁰⁵ Srov.: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 615.

¹⁰⁶ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 15.

¹⁰⁷ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. *Psychoterapie* 1, 2007. s. 188.

¹⁰⁸ Srov.: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 615.

¹⁰⁹ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 19.

¹¹⁰ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. *Sociální práce*. s. 76.

¹¹¹ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. *Psychoterapie* 1, 2007. s. 188.

Zatloukal dále uvádí dva proudy, na základě kterých je tvořen filozofický rámec systemických přístupů¹¹² a které také reprezentují postmoderní myšlení, ačkoliv to nejsou jediné přístupy, které do sebe zahrnuje postmodernismus.¹¹³ Jsou to **(radikální) konstruktivismus** a **sociální konstrukcionismus**. Těmito dvěma přístupy bylo do sféry poradenství a psychoterapie přineseno nové chápání **epistemologie** a nové chápání **kauzality**. Zatloukal dále uvádí, že na těchto dvou aspektech, o kterých budeme pojednávat níže, je vystavěno celé systemické myšlení.¹¹⁴ Dalo by se tedy také říci, že systemická terapie se opírá o postmoderní myšlení, resp. o některé aspekty postmoderního myšlení. Proto se také budeme postmodernismu a dvěma přístupům postmoderního směru (sociálnímu konstrukcionismu a konstruktivismu) v následujících subkapitolách stručně věnovat. Nejdříve však uvedeme pro orientaci, co je kybernetika prvního a druhého řádu.

2.2 Teoretická východiska / systemické myšlení

V této subkapitole se budeme zabývat teoriemi, ze kterých systemické myšlení vychází. Na začátku uvedeme kybernetiku prvního a druhého řádu. Patří k tomu i systémový a systemický přístup, proto je uvádíme v jedné subkapitole.

2.2.1 Kybernetika prvního a druhého řádu

Již jsme se zmínili, že o systemickém přístupu se také mluví jako o kybernetice druhého řádu. Existuje také kybernetika prvního řádu a pro lepší vysvětlení či pochopení kybernetiky druhého řádu se budeme v této subkapitole věnovat oběma přístupům. O kybernetice druhého řádu je důležité se zmínit také z toho důvodu, že v ní je výstižně vyjádřen systemický pohled na svět.

Kybernetikou podle von Schlippeho a Schweitzera rozumíme *vědecký program k popisu regulace a řízení komplexních systémů*.¹¹⁵ Její vývoj lze rozdělit do dvou

¹¹² Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 77.

¹¹³ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. Psychoterapie 1, 2007. s. 187.

¹¹⁴ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 77.

¹¹⁵ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 40.

fází¹¹⁶, kdy do první fáze kybernetika prvního řádu (fáze vývoje teorií o pozorovaných systémech) a do druhé fáze patří kybernetika druhého řádu (fáze vývoje teorií o pozorovatelných pozorujících systém). Podle von Schlippeho a Schweitzera jsou v druhém řádu *principy kybernetiky aplikovány na ni samotnou*.¹¹⁷ Podle historiků teorie systémů by se dala zařadit první fáze do období přibližně od roku 1950 do roku 1980, poté již začíná fáze druhá.¹¹⁸ Heylingen a Joslyn však uvádějí, že kybernetika druhého řádu vznikla již na začátku 70. let.¹¹⁹

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že kybernetické koncepty byly rychle přijaty v rodinné terapii. Základ kybernetických konceptů je mnohdy tvořen pomocí předpokladu, že tak dostaneme opravdovou výpověď o systému, v němž jsou hranice, pravidla, subsystemy, koalice apod. Toto lze chápat jako „výpovědi na úrovni událostí“, které se označují jako kybernetika prvního řádu.¹²⁰

Heylingen a Joslyn vysvětlují kybernetiku prvního řádu na příkladu inženýra, který pracuje s mechanickým systémem a pomíjí rozdíl mezi systémem a jeho modelem, protože většinou přesně zná jeho vnitřní strukturu a jeho chování. Model je tedy vnímán jako samotný systém a dále se na něj nahlíží jako na pasivní a objektivně danou věc.¹²¹

Kybernetika druhého řádu vnímá systém jako *subjekt s vlastními právy, integrující s jinými subjekty a samozřejmě i s pozorovatelem*.¹²² Dále uvádí, že *pozorovaný objekt a pozorovatele nelze od sebe oddělit a výsledek pozorování je výsledkem jejich vzájemné interakce*.¹²³ Kybernetickým systémem se již stává sám pozorovatel se snahou o vytvoření modelu jiného kybernetického systému. Pro práci s tímto fenoménem je zapotřebí kybernetiky kybernetiky, které se také říká metakybernetika či kybernetika druhého řádu.¹²⁴

¹¹⁶ Budeme se zabývat kybernetikou v rámci terapeutických přístupů. Původně se kybernetika zaměřovala pouze na stroje a zvířata a až později se zaměřila také na oblasti vědomí a sociálních systémů. Také je zajímavé, že samotný pojem kybernetika se např. objevuje již ve starověku u Platóna. in HEYLINGEN, F., JOSLYN, C., *Kybernetika a kybernetika druhého řádu*. s. 3.

¹¹⁷ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 39.

¹¹⁸ Srov.: Tamtéž: s. 39.

¹¹⁹ Srov.: HEYLINGEN, F., JOSLYN, C., *Kybernetika a kybernetika druhého řádu*. 2004 [cit. 16-6-2010]. s. 3.

¹²⁰ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 40.

¹²¹ Srov.: HEYLINGEN, F., JOSLYN, C., *Kybernetika a kybernetika druhého řádu*. 2004 [cit. 16-6-2010]. s. 4.

¹²² HEYLINGEN, F., JOSLYN, C., *Kybernetika a kybernetika druhého řádu*. 2004 [cit. 16-6-2010]. s. 4.

¹²³ Tamtéž: s. 5.

¹²⁴ Srov.: Tamtéž: s. 4 - 5.

Jak uvádějí von Schlippe a Schweitzer, kybernetika druhého řádu se tedy odlišuje od kybernetiky prvního řádu tím, že v kybernetice druhého řádu se kybernetické principy zaměřují na samotnou kybernetiku. Zjišťuje se, jakým způsobem kyberneticky funguje lidské poznání. Pochybuje se, že terapeut může poznat systémy, které „jsou“ někde „za“ něčím.¹²⁵ Mohli bychom tedy říci, že terapeut podle kybernetiky druhého řádu není schopen poznat, jaké mezilidské systémy doopravdy jsou.¹²⁶

Dále je podle von Schlippeho a Schweitzera důležitější konceptualizovat samotného pozorovatele, jehož možnosti poznání jsou součástí kontextu, který je jím pozorován.¹²⁷ Je třeba si také uvědomit, že jakmile terapeut a klient začnou spolu mluvit o problému, vytvářejí tímto způsobem systém¹²⁸ a terapeut je tedy též pozorovatelem, který má v tomto systému svoje místo. Na tomto základě bychom také mohli dodat, že je jedním ze zúčastněných v tomto systému.

V kapitole 2.1.2 Základní charakteristika systemického přístupu jsme se zmínili, že existuje také pojmové rozlišení mezi systémovým a systemickým přístupem. Uvedme tedy další základní rozdíly mezi těmito dvěma přístupy, abychom mohli lépe vysvětlit (obecné) principy systemické terapie.

O rozdílech mezi zmíněnými přístupy mluví Konečný, jež porovnává jak pohledy systémového a systemického přístupu na rodinu, tak i role terapeuta ve vztahu ke klientům.¹²⁹ Uvádí tedy, že systémový přístup nahlíží na rodinu jako na **otevřený systém**, do něhož lze vnášet informace pomocí intervence, a terapeut je zde v pozici experta na komunikaci, který je kompetentní diagnostikovat a měnit vzorce chování. V systemické terapii je tomu naopak. Rodina je vnímaná jako **systém uzavřený** (také jako autopoietický, samotvořivý), do něhož informace vnášet není možné, protože podle tohoto přístupu není možné předpovědět, jak informace v systému bude zpracovaná, a tudíž nikdo (ani terapeut) neví, jaká bude následovat reakce. Jedinou možnou cestou je redefinice problémů, „přenálekování“ symptomů a hledání jiných významů a kontextů.¹³⁰

Dále v systémové terapii je otevřený systém rodiny vnímán jako prostor, v němž neustále probíhají změny. Symptom je patologickou homeostázou, která podle této

¹²⁵ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 40.

¹²⁶ Více: kapitola 2.2.3 Radikální konstruktivismus; 2.2.4 Sociální konstrukcionismus.

¹²⁷ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 40.

¹²⁸ Více: kapitola 2.1.1 Základní pojmy.

¹²⁹ Viz: KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 92.

¹³⁰ Srov.: Tamtéž: s. 92.

teorie brání probíhání procesu změn (vývoje), a systém, který ztratil schopnost změny, je patologický. V systemické terapii se také nahlíží na systém jako na prostor s neustálými změnami, s tím rozdílem, že se zde změna nevysvětluje na základě lineární kauzality, jak je tomu v systémovém přístupu, ale pomocí cirkulární kauzality. Podle systemického přístupu neexistuje v systému s neustálými změnami žádná rovnováha, a to ani v kontextu (ani patologické) homeostázy.¹³¹

Dále Konečný mluví o cílech terapie systémové a systemické. Uvádí, že cílem v systémovém přístupu je dosažení změny prvního řádu, tedy takové změny v systému, pomocí které bude možné opustit symptom. Terapeut, jež je v roli experta, nabízí rodině řešení, pomocí kterých členové rodiny přestanou symptom potřebovat. Změna probíhá v rámci neměnitelného systému. Cílem v systemickém přístupu je změna druhého řádu pomocí změny komunikace. Hledají se nové významy, které problémy mohou mít. Pomocí intervence na úrovni jazyka terapeut pomáhá klientům přijít na nové způsoby mluvení o problému a tím i vytvoření možnosti pro redefinici tohoto problému. Tím, že terapeut vytvoří s rodinou jediný systém a podílí se na jeho komunikaci, nabízí nové možnosti jak definovat systém. Terapeut není v pozici vnějšího pozorovatele a experta na komunikaci, nýbrž tím, kdo si uvědomuje jak své místo v systému, tak význam komunikace v něm.¹³²

Dále podle systémové terapie vznik a udržování problému závisí na tzv. špatných způsobech řešení. Problém rodina vytváří pro zachování stavu rovnováhy nebo aby zabránila vývoji. Podle systemické teorie žádný systém neexistuje do té doby, než ho vytvoří problém. Neexistuje vlastně ani problém s negativním významem.¹³³

V systémovém přístupu terapeut přistupuje ke klientům direktivně, tzn. že jim předepisuje určité chování, např. navození nějaké paradoxní situace. V systemickém přístupu je to naopak. Terapeut nemůže postupovat direktivně tak, jak to dělá systémový terapeut, protože podle systemického myšlení (jak jsme se již zmínili výše) se nikdy neví, jak bude systém reagovat. Nejsou zjistitelné žádné objektivní informace o systému, a proto také nejsou ani žádné instrukce, jež by posloužily ke změně nežádoucího chování na žádoucí.¹³⁴

¹³¹ Srov.: KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomaticce*. s. 93.

¹³² Srov.: Tamtéž: s. 94.

¹³³ Srov.: Tamtéž: s. 94.

¹³⁴ Srov.: Tamtéž: s. 97 – 100.

Připomeneme si ještě jednou, že systemický terapeut je jedním z pozorovatelů systémů a je tedy i jedním ze zúčastněných členů, který pomáhá klientům hledat jiné úhly pohledů na to, co se označuje jako „problém“.

2.2.2 Postmodernismus

Termín „postmodernismus“ byl poprvé použit v 60. letech ve vztahu k literární kritice a byl časem rozšířen do širokého kulturního kontextu.¹³⁵ Od počátku 80. let debata „postmoderny“ ovlivňuje i systemické myšlení. Tato debata se odstartovala spisem Jeana Françoise Lyotarda „Postmoderní vědění“ z roku 1979. Lyotard diagnostikuje „*konec velkých meta-příběhů*“, jež ztratily v postindustriální době lidskou důvěru. Těmito meta-příběhy jsou např. mýty o stvoření a velké projekty do budoucna, které slibují spásu. Podle Lyotarda to jsou „jazykové hry“. Kritizuje jejich náchylnost k totalitarismu a jejich roztržitost, heterogenizaci a pluralizaci.¹³⁶

Postmodernista Wolfgang Welsch nahlíží na postmodernu jako na *ústavu radikální plurality*¹³⁷, jež má různé úrovně: společnost, jež je odlišná i v základních hodnotách; jedinec, jež sám „žije v plurálu“,¹³⁸ tzn. že *spojuje v sobě protichůdné myšlenky a způsoby života*¹³⁹; teorie, jež s každým tvrzením současně *ihned uvádí kontext jeho vzniku a platnosti, která je ochotná opakovaně posunovat smysl každého vyjádření*¹⁴⁰.

Postmodernu se vždy objevuje na místě, kde je praktikován *zásadní pluralismus jazyků, modelů postupu, a to nikoliv pouze vedle sebe v různých dílech, nýbrž v témže díle*.¹⁴¹

Výrost, Slaměník a kol. uvádějí, že postmodernismus *se nepokouší o racionální uchopení světa a jeho ovládnutí, poskytuje pluralitu stanovisek. Zaměřuje se na procesy a prostředky vytváření a přenášení interpretací, na analýzu jazyka*.¹⁴²

¹³⁵ Srov.: SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 211.

¹³⁶ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 59.

¹³⁷ WELSCH, W. *Unsere Postmoderne Moderne*. 1991. s. 4. In Tamtéž: s. 59.

¹³⁸ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 59.

¹³⁹ Tamtéž: s. 59.

¹⁴⁰ Tamtéž: s. 59.

¹⁴¹ WELSCH, W. *Unsere Postmoderne Moderne*. 1991. s. 16. In Tamtéž: s. 59.

¹⁴² VÝROST, T., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Sociální psychologie*. s. 44.

Von Schlippe a Schweitzer popisují, že systemickou terapii zvláštním způsobem ovlivnili především dva představitelé francouzského **poststrukturalismu**: Michel Foucault a Jacques Derrida, kteří byli zaměřeni především na jazyk.¹⁴³

Foucault je autorem úvah, jež patří k nejdůležitějším v systemické terapii: úvahy o tom, jak nadvláda sociálních norem připravuje lidi o jejich svobodu „být pány svého vlastního vidění života“. Zde se dá podle von Schlippeho Schweitzera najít spojitost s tím, jak systemičtí terapeuti pracují se „smyslem pro možnosti“, s výjimkami apod. Schopnost hledat alternativní vidění je podle Foucaulta zakotvená v člověku samotném.¹⁴⁴

Foucaultův žák, filozof a literární teoretik jménem Derrida pokračoval v pátrání po tom, co předurčuje a formuje lidské vnímání skutečnosti. Je zastáncem *strategie postupně se zakořeňující pluralizace*,¹⁴⁵ což vyžaduje *nové psaní – takové, které mluví více jazyky zároveň a přináší více textů zároveň*.¹⁴⁶ Podle Derridy je rozhodující to, že smysl je vždy rozptýlen.

Smith uvádí, že Derrida zakládal na teorii, že jazyk nemůže poskytnout o žádné skutečnosti ve světě pravdivou informaci.¹⁴⁷ Realita je podle něj obsažená v textech (v jazyce), jež jsou nestabilní a protiřečící. Jediná realita je tedy fiktivní a je pouze tím, co je obsaženo v jazykových vzorech, a změnou těchto vzorů se pro každého čtenáře mění i realita. Dále, ve výsledku interpretace, kterou poskytuje několik odlišných čtenářů, vznikají vyprávění, která jsou pouze výsledkem těchto interpretů. Ve výsledku tedy naprosto chybí původní význam zamýšlený autorem textu. Význam vzniká na základě vývoje neustále se měnící skutečnosti a jejího neustále měnícího kontextu. A jelikož konečný význam chybí, jediným kritériem reality se stává pravděpodobnost vyprávění nebo zájem, který toto vyprávění představuje pro určitou kulturu v konkrétním historickém období.¹⁴⁸

Derrida také vytvořil teorii, kterou pojmenoval „dekonstrukcionismem“ a podle které se staré ruší a místo starého se tvoří nové. Smith dekonstrukcionismus popisuje

¹⁴³ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 60.

¹⁴⁴ Srov.: Tamtéž: s. 61.

¹⁴⁵ Tamtéž: s. 61.

¹⁴⁶ Tamtéž: s. 61.

¹⁴⁷ Foucault rovněž pochyboval o jazyku jako o nositeli jakékoli pravdy. Věřil, že jazyk určuje myšlení a myšlenky nemohou odrážet svět takový, jaký je. In Srov.: SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 211 – 212.

¹⁴⁸ Srov.: Tamtéž: s. 211.

jako proces „zneplatnění“¹⁴⁹ textu za účelem demonstrování toho, že sladěnost je výsledkem určitých způsobů použití jazyka a kulturních vzorů.¹⁵⁰ Tímto se má poukázat na to, co bylo vynecháno a skryto¹⁵¹ a že objektivita je skrytá.¹⁵² Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že praktik dekonstrukce pracuje v rámci pojmového systému s cílem rozbít ho, aby pracoval se smyslem takovým způsobem, aby nabídl nová spojení, korelace a kontexty.¹⁵³

V tomto myšlení lze podle von Schlippeho a Schweitzera najít souvislost s praxí hypotetického dotazování, s hledáním výjimek a rozvíjením alternativních příběhů v rámci systemické terapie.¹⁵⁴

Můžeme uvést stručné shrnutí postmodernismu podle Smitha, který uvádí, že postmodernismus zpochybňuje premisu o tom, že realita může být poznávaná nezávisle na svých verbálních popisech. Dále také zpochybňuje premisu o existenci individuálního poznávacího nebo „subjektivního já“ nezávisle na diskursivní společnosti.¹⁵⁵ Ten, který poznává, se podle postmodernistů sjednocuje s tím, co poznává. Lidské „já“ je sociální konstrukcí, jejíž zkušenost je nedílnou součástí sociální interakce.¹⁵⁶

Na závěr této subkapitoly ještě zmíníme, že postmodernisté podle Smitha přiznávají, že postmodernismus *nemůže kandidovat na zákonitost svých tvrzení a je pouze pragmatickým přístupem.*¹⁵⁷

¹⁴⁹ V angličtině bylo použito slovo „undermining“, do ruštiny bylo přeloženo jako „развенчание“. Překládám tedy podle kontextu, ve kterém bylo slovo použito, ale nikoliv doslovně.

¹⁵⁰ SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 211.

¹⁵¹ Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že už samotný popis předmětů z více úhlů pohledů lze považovat za dekonstrukci a hledání zdánlivě vedlejších detailů, jež jsou opomíjené (např. mimoděčné metafory, poznámky pod čarou, náhodné změny směru při argumentaci) a jejichž braní v potaz by mohlo znamenat zvrát v příběhu. In Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 62.

¹⁵² Srov.: SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 211.

¹⁵³ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 62.

¹⁵⁴ Srov.: Tamtéž: s. 62.

¹⁵⁵ V ruském překladu je použito slovo „сообщество“, což je v češtině společenství či komunita. Podle významu použitého slova v textu se domnívám, že je vhodnější slovo „společnost“.

¹⁵⁶ Srov.: SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 212.

¹⁵⁷ Tamtéž: s. 212.

2.2.3 Radikální konstruktivismus

Již jsme uvedli, že radikální konstruktivismus a sociální konstrukcionismus patří k reprezentantům postmoderního myšlení a o ně se zároveň opírá myšlení systemické. Uvedeme tedy (v této a následující subkapitole) stručně, co tyto dva směry znamenají, abychom mohli lépe proniknout do filozofie systemické terapie.

Zatloukal uvádí, že jsou tyto dva směry velmi podobné, až na některé drobné rozdíly, které slouží spíše vzájemnému doplňování.¹⁵⁸

Konstruktivistická filozofie tvoří podle von Schlippeho a Schweitzera základ epistemologie neboli teorie poznání v systemickém myšlení. Poznáváním se rozumí rozlišování poznávaného tím, kdo poznává. V konstruktivismu se klade základní a podstatná otázka, jakým způsobem se člověk aktivně podílí na konstrukci svého světa zkušeností.¹⁵⁹

Podle von Schlippeho a Schweitzera konstruktivismus (společně s konceptem autopoiezy, disipativní strukturou, sinergetikou a teorií chaosu) od začátku 80. let hodně ovlivňuje diskusi a praxi systemické terapie a poradenství.¹⁶⁰

K rozvíjení konstruktivistického myšlení zvláštním způsobem přispěl biolog Humberto Maturana, jež v 50. letech vytvořil teorii autopoietických (samo-tvořivých) systémů a později došel na základě svých výzkumů k závěrům, že objektivní realita je před lidmi skrytá a vnímání je pouhou konstrukcí.¹⁶¹

Andersonová rovněž uvádí, že *konstruktivistická perspektiva zpochybňuje karteziánský svět a odmítá hmatatelnou vnější realitu, která může být poznána nebo popsána.*¹⁶² Dále pokračuje, že je společně s věděním subjektivně vytvářená (konstruovaná) a interpretovaná lidmi.¹⁶³ Zatloukal uvádí, že nástrojem k vytváření této reality je jazyk.¹⁶⁴

Zatloukal rovněž mluví o konstruktivistickém pohledu jako o protikladu pohledu objektivistů, kteří zakládají na myšlence, že objektivní pravda je někde „za“ něčím, lidé ji postupně odhalují a lidské poznání je zrcadlením skutečnosti.¹⁶⁵ Konstruktivismus

¹⁵⁸ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 76.

¹⁵⁹ Srov.: VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 63.

¹⁶⁰ Srov.: Tamtéž: s.39.

¹⁶¹ Srov.: KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. s. 91 – 100.

¹⁶² ANDERSON, H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii*. s. 38.

¹⁶³ Srov.: Tamtéž: s. 38 – 39.

¹⁶⁴ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 77.

¹⁶⁵ Srov.: Tamtéž: s. 77.

podle von Schlippeho a Schweitzera nahlíží na pravdu jako na subjektivní konstrukci pozorovatele.¹⁶⁶

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že člověk tvoří (neboli konstruuje) skutečnost aktem pozorování. Na jakékoliv popisy skutečnosti nelze nahlížet jako na „fotografie“ předložené skutečnosti, protože skutečnost je tvořena popisy. Východiskem pozorování je v konstruktivismu – stejně jako i v teorii autopoietických systémů – jedinec, jeho mozek a způsob, jakým si tento člověk utváří svět. Konstrukty a vjemy získávají svou podobu tím, že organismus jedince „naráží“ na prostředí.¹⁶⁷

Von Schlippe a Schweitzer také popisují, že konstruktivistická teorie navazuje na Kantovou myšlenku o rozumu, který nezískává své zákony z přírody, ale naopak, sám své zákony přírodě stanovuje. Jakákoliv teorie je tedy teorií pozorovatele. Dokonce i zdánlivě objektivní pojmy jako je čas a prostor, nejsou objektivně dané, ale jsou pouze *nezbytnou pojmovou kostrou našeho rozumu*¹⁶⁸. Podle autorů je zapotřebí si klást otázku, kde člověk bere pro svá tvrzení jistotu.¹⁶⁹

Smith popisuje rozlišení mezi konstruktivismem a konstrukcionismem podle Gergena, který rozlišoval mezi svým sociálním konstrukcionismem a konstruktivismem podle prací Jeana Piageta a George Alexandra Kellyho. Podle Piageta dítě asimiluje realitu a současně se akomoduje světu. Realitu tedy podle konstruktivistů konstruuje individuum a nikoliv sociální skupina. Podle Kellyho, jedinec konstruuje či interpretuje svět sice na své osobní úrovni, ale objektivní realita existuje. Realita podle zmíněných autorů existuje nezávisle na sociálních procesech. Smith dále uvádí tvrzení dalšího odborníka, Geera, že realita podle konstruktivistů existuje mimo sociální konstrukty vědění.¹⁷⁰ Objektivní skutečnost tedy podle konstruktivistů existuje, ale není možné ji poznat.

Smith mluví také o konstruktivistické terapii, zároveň ji však několikrát ztotožňuje s terapií konstrukcionistickou.¹⁷¹

Konstruktivistická terapie má podle něj různé formy. Smith dále uvádí jednu z nich, kterou je narativní rekonstrukce, jež začíná externalizací problémů, které se ve

¹⁶⁶ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 35.

¹⁶⁷ Srov.: Tamtéž: s.39, 57.

¹⁶⁸ Tamtéž: s. 64.

¹⁶⁹ Srov.: Tamtéž: s. 64, 200.

¹⁷⁰ Srov.: SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. s. 219.

¹⁷¹ Viz: Tamtéž: s. 225.

vztahu k individuui představují jako vnější. Terapeut mezitím vede klienta k rozvíjení příběhů, které mají souvislost s životními podmínkami vyvolávajícími problémy. Na problém by se přitom mělo nahlížet jako na něco, co je od klienta odděleno. Pak je pro klienta snazší vypracovat alternativní příběh, který mu umožňuje kontrolu nad problémem. Terapeut dále potvrzuje validitu příběhu a vydává klientovi diplom o úspěšném absolvování terapie¹⁷² nebo vytváří dopisy, ve kterých popisuje klientovy úspěchy či povzbuzuje klienta k dalšímu rozvíjení příběhu.¹⁷³ Smith tento proces přirovnává k behaviorálním technikám zpevnování (posilování) chování na základě operantního podmiňování.¹⁷⁴

2.2.4 Sociální konstrukcionismus

U vzniku sociálního konstrukcionismu stáli zakladatelé jménem Peter L. Berger a Thomas Luckmann,¹⁷⁵ kteří vydali knihu „Sociální konstrukce reality“. V této knize autoři zdůraznili, že *pojmy „realita“ a „vědění“ jsou společensky podmíněné.*¹⁷⁶ Např. „realita“ bude odlišná u podnikatele a tibetského mnicha, stejně tak i „vědění“ bude odlišné u kriminalisty a kriminálního apod. „Vědění“ je velice různorodé a tento soubor vědění je ve společnosti vnímán jako „realita“. Tato transformace probíhá na základě „objektivizace“, a to především pomocí jazyka. Ze subjektivního se stává objektivní a jazykové znaky se při tom neustále mění.¹⁷⁷

Další významnou osobností je Kenneth Gergen, který je hlavním představitelem sociálního konstrukcionismu.¹⁷⁸ Podle něj se tato postmoderní teorie snaží nahradit modernistický pohled na člověka jako na stroj *modelem člověka jako sociální konstrukce, jehož jednání je komplikovaným způsobem propojeno se společenskými*

¹⁷² Anglicky: „*diplomas of mastery*“ In SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика.* s. 225.

¹⁷³ Srov.: Tamtéž: s. 225.

¹⁷⁴ Viz: Tamtéž: s. 225.

¹⁷⁵ Srov.: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Sociální psychologie.* s. 25.

¹⁷⁶ PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie.* s. 280.

¹⁷⁷ Srov.: Tamtéž: s. 280.

¹⁷⁸ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství.* s. 57; Více: VÝROST, T., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Sociální psychologie.* s. 25?; PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie.* s. 275 – 278, 280; SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика.* s. 214.

procesy.¹⁷⁹ Člověk je podle tohoto úhlu pohledu takový, jak se na něj dívá jeho okolí a on sám.¹⁸⁰

Konstrukcionismus vychází podobně jako konstruktivismus z tvrzení, že objektivní realita je nezjistitelná. Na rozdíl od konstruktivismu a teorií autopoietických systémů však zde není východiskem pozorování jedince, jeho mozek a to, jakým způsobem konstruuje svět, ale vztahovost a vzájemná koordinace osob. Lidská realita se konstruuje na základě komunikačních procesů v konkrétním historickém kontextu. Jazyk je chápán jako nejdůležitější médium těchto procesů a vyžaduje účast minimálně dvou osob. Je tedy sociální.¹⁸¹

Jakékoliv vyprávění, popisování či definice (které se uskutečňuje pomocí jazyka) se podle Výrosta, Slaměníka a kol. označuje jako konstrukce, kterou lidé vytvářejí v různých kontextech a nesčetném množství. Norma, podle které bude někdo považován za mladého či starého, zdravého či nemocného apod. závisí na tom, na jaké verzi se lidé shodnou.¹⁸²

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že na základě procesu sociální výměny se myšlenky, obrazy a vzpomínky tvoří a prostřednictvím jazyka se předávají. Pocit identity a vnitřní hlas získává jedinec pouze na základě probíhající konverzace mezi ním a jeho blízkými interakčními partnery. „Realita“ tedy vzniká v dialogu, čímž terapie získává nové metafory. Poradci jsou vedeni k tomu, aby používali pojmy a koncepty jako „příběh“, „metafora“, „zacházení s významem“, „rétorika a vyjednávání“. Měli by tedy pozorovat, jakým způsobem lidé v systémech konstruují společně význam. Toto myšlení je základem narativního přístupu.¹⁸³

Pro terapii pohled sociálního konstrukcionismu znamená velký zvrat. Protože pokud se na věc lze dívat z různých úhlů pohledu a různými způsoby a pokud různé pohledy způsobují různé důsledky, úsudky a rozhodnutí, znamená to, že samotná věc ztrácí význam. Důležité pak je, jak se na věc dívají, jak ji pojmenovávají a kategorizují sociální skupiny. Zvláštním způsobem se nahlíží i na pocity, které jsou vnímány jako součást vztahů. Např. deprese podle tohoto pohledu nepatří jednotlivci, ale celé skupině; jednatel je pouze její nositelem.

¹⁷⁹ GERGEN, K. J. *Die Konstruktion des Selbst im Zeitalter der Postmoderne*. 1990. s. 191 In Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 57.

¹⁸⁰ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 57.

¹⁸¹ Srov.: Tamtéž: s. 57.

¹⁸² Srov.: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Sociální psychologie*. s. 25.

¹⁸³ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 57 – 58.

Plháková mluví o sociálním konstrukcionismu v rámci psychoterapie,¹⁸⁴ kde hovoří o tom, jakým způsobem tento směr psychoterapii mění, resp. obohacuje či nabízí jiný, alternativní přístup.

Autorka mluví o již zmíněném Kennethovi Gergenovi a Lise Warshusové a o jejich práci „*Psychoterapie jako sociální konstrukce*“. Dále uvádí některá teoretická východiska, jež jsou ve zmíněné práci nabízena a jsou odlišná od tradiční psychoterapie.¹⁸⁵

Uvedme tedy ve stručnosti nejdříve kritiku tradiční psychoterapie, jak ji uvádí Plháková, a následně sociálně konstrukcionistické alternativní myšlení.

Tradiční psychoterapie¹⁸⁶ usiluje o definici „skutečného“ problému a „skutečných“ příčin. Dále v tradičním přístupu také existuje pojetí, které zakládá na předpokladu, že slova vyjadřují významy, jež vznikají v individuální lidské mysli. Tradiční moderní přístup také zakládá na předpokladu, že existuje primární individuální self (primární svět jednotlivce) a až pak sekundární svět vztahů s druhými. Dále také zakládá na medicínském modelu nemoci a jejího léčení. Klient je v pozici pacienta, jehož problémy se nálepkují různými patologickými termíny, a úkolem terapeuta je problém odstranit, resp. „vyléčit“. Tento model zakládá na předpokladu, že problém existuje nezávisle na jeho interpretaci „experty“.¹⁸⁷

Sociální konstrukcionismus se na rozdíl od tradiční psychoterapie snaží spíše *vstoupit do světa sociálně vytvářených významů a přesně je artikulovat*.¹⁸⁸ V sociálním konstrukcionismu se zakládá také na tom, že je důležité se vyhnout termínu „problém“. Toto doporučení se vysvětluje tím, že zahájením analýzy klientových problémů terapeut zároveň zahajuje s klientem konverzační realitu, čímž také dochází ke zvětšení a zcitlivění těchto problémů. Dále je důležité se vyhnout diagnostické terminologii, stavějící klienta do nerovné a závislé pozice vůči terapeutovi, který se dostává v takovém případě do role experta, jež lečí problémy. Důležité je zaměřit se místo toho na *rovnoprávnou diskuzi o pozitivních možnostech a perspektivách svých klientů*.^{189, 190}

¹⁸⁴ Více: PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. s. 281 – 283.

¹⁸⁵ Více: Tamtéž: s. 281.

¹⁸⁶ Tradiční psychoterapeutické přístupy Plháková nevyjmenovává, v jedné větě ale používá označení *od psychoanalýzy až po rogerovský přístup*. In Tamtéž: s. 281.

¹⁸⁷ Srov.: Tamtéž: s. 281 - 282.

¹⁸⁸ Tamtéž: s. 281.

¹⁸⁹ Tamtéž: s. 282.

¹⁹⁰ Srov.: Tamtéž: s. 281 - 282.

Plhánková také mluví o Harlene Andersonové, podle které expertem na svůj život a na řešení svých obtíží je klient sám, a proto také zdůrazňovala využití jeho vlastních znalostí. Terapeut má mít na starosti rozvíjení dialogů a hledání prostoru, v němž má klient hledat řešení svých obtíží. Terapeut tedy není odborníkem na klientovy problémy, ale spíše na orientaci v terapeutickém vztahu, ve kterém společně s klientem vyhledávají a vytvářejí nové možnosti.¹⁹¹

Na závěr ke dvěma předchozím subkapitolám můžeme uvést, že konstruktivismus zaměřuje svoji pozornost především *na jednotlivce jako uzavřený autopoietický (sebeorganizující) systém, který konstruuje realitu „narážením“ na prostředí.*¹⁹² Sociální konstrukcionismus podle něj *klade důraz na sociální kontext, v němž se významy vytvářejí.*¹⁹³

2.2.5 Základní otázky systemické teorie

V kapitole 2.1.2 Základní charakteristika systemického přístupu jsme se zmínili o dvou aspektech, jež tvoří systemické myšlení. Jsou to postmoderní epistemologie a cirkulární kauzalita. Mohli bychom zde navázat třemi základními otázkami podle von Schlippeho a Schweitzera, které se týkají hlavních východisek epistemologie ve vztahu k systemické terapii. Jsou to tyto otázky: *“Co je skutečné?”*, *„Jak to vypadá s kauzalitou?”* a *„Jakou roli v této souvislosti hraje jazyk?”*¹⁹⁴ Budeme se tedy těmito otázkám věnovat v následujících třech subkapitolách.

2.2.5.1 Postmoderní epistemologie

Když budeme mluvit o postmoderní epistemologii neboli postmoderní teorii poznání, budeme často opakovat to, co bylo již zmíněno v předchozích podkapitolách, jelikož - jak jsme se již zmínili v kapitole 2.1.2 Základní charakteristika systemického přístupu - nové chápání epistemologie (stejně jako chápání kauzality) bylo uskutečněno v sféře poradenství a psychoterapie pomocí konstruktivismu a sociálního konstrukcionismu.

¹⁹¹ Srov.: PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. s. 282 - 283.

¹⁹² ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 76.

¹⁹³ Tamtéž: s. 76 – 77.

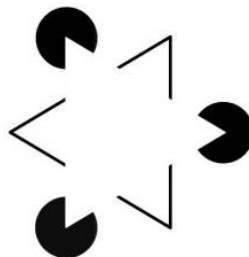
¹⁹⁴ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 62.

Museli bychom se tedy znovu zmínit, že se konkrétně jedná o nemožnost poznání objektivní skutečnosti a že realita je pouhým konstruktem lidí, jež se uskutečňuje pomocí jazyka.

O postmoderní epistemologii mluví např. Zatloukal, jež uvádí, že postmoderní epistemologie *radikálně zpochybňuje možnosti objektivního poznávání skutečnosti*.¹⁹⁵ Dále uvádí, že postmoderní epistemologie *nedůvěřuje příběhům, které chtějí aspirovat na něco víc než na to, že jsou příběhy, tedy na objektivní platnost*.¹⁹⁶ Tímto je vyjádřené zpochybnění k možnostem člověka poznávat objektivní skutečnost.¹⁹⁷

Jak jsme se tedy již zmínili, lidské poznání není zrcadlením skutečností, ale interpretací, a objektivní realitu není možné poznat.

Toto tvrzení lze vysvětlit pomocí **vnímání**, které můžeme ilustrovat pomocí následujícího obrázku:¹⁹⁸



Pozorovatel může na obrázku vidět různé tvary. Může to být např. bílý trojúhelník, který je „tvořen“ prázdnými místy, nebo černý trojúhelník, protože jsou tam přítomné úhly. Pokud ale pozorovatel bude tvrdit, že vidí pouze úhly, ale ne trojúhelník, nebude jeho interpretace ani lepší ani horší, protože tyto různé tvary na obrázku jsou pozorovatelem domýšlené neboli zkonstruované. Ať už je vnímání takové či jiné, nemůže vypovídat o tom, zda ty trojúhelníky na obrázku existují či neexistují. Vnímaná věc je závislá na pozorovateli, který ji vnímá.¹⁹⁹ To, co je vnímáno, je podle Zatloukala *ovlivněno určitými kulturními vzorci a je vždy výsledkem interpretace*.²⁰⁰

Mohli bychom říci, že na tomto příkladu je dobře vidět ilustrace konstruktivistického myšlení, podle kterého, jak jsme se již zmiňovali, není důležité,

¹⁹⁵ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 77.

¹⁹⁶ Tamtéž: s. 77.

¹⁹⁷ Srov.: Tamtéž: s. 77.

¹⁹⁸ Tamtéž: s. 77.

¹⁹⁹ Srov.: Tamtéž: s. 77.

²⁰⁰ Tamtéž: s. 77.

jaká je objektivní skutečnost, protože ji není možné poznat a realita je tedy „pouhou“²⁰¹ konstrukcí člověka. Von Schlippe a Schweitzer označují schopnost konstruování jako schopnost „poznání“, které podle těchto autorů umožňuje člověku orientaci a existenci. Ten vytváří koncepty, tzv. „mapy“ světa, které mu umožňují orientaci v tomto světě. Těmito koncepty jsou různé pojmy, které se mohou zdát samozřejmé, i když nejsou. Jsou to např. „duše“, „tělo“, „nemoc“ a „rodina“.²⁰²

Zatloukal podotýká, že věc nemůže být poznána bez přítomnosti pozorovatele, který musí nejdříve uskutečnit vnímání.²⁰³ Člověk se tedy musí nejdříve stát pozorovatelem, aby mohl vytvořit určitou realitu. K tomu bychom mohli dodat tvrzení von Schlippeho a Schweitzera, že na určitou skutečnost se nemůžeme v systemické terapii dívat jako na něco, co je odtržené od pozorovatele.²⁰⁴ Mohli bychom tomu rozumět tak, že pokud někdo označí něco jako problém, znamená to, že je pozorovatelem. Jak jsme se již zmínili v kapitole 2.2.2 Postmodernismus, poznávající se sjednocuje s poznávaným, a v kapitole 2.2.1 Kybernetika prvního a druhého řádu jsme uvedli, že výsledek pozorování je výsledkem vzájemné interakce pozorovatele a pozorovaného objektu. Tzn. že ten, který označí něco jako problém, byl či je s tímto „problémem“ ve vzájemné interakci. A na základě této interakce byl nějaký jev označen pozorovatelem jako problém.

Dále je důležité uvést, že konstruktivistické pojetí *nepředpokládá libovolné konstruování reality*,²⁰⁵ ale že konstruování reality a vzájemné porozumění je závislé na viabilitě. Viabilitou rozumíme průchodnost pro dosažení cíle a řešení aktuálních problémů.²⁰⁶ Mohli bychom tomu rozumět tak, že člověk konstruuje realitu tak, aby v ní mohl fungovat.

Koncept viability můžeme ilustrovat na příkladu slepce podle Glaserfelda. Slepce se nachází v neznámém prostředí, tápe a ohledává si cestu. Když narazí na nějakou překážku, vrátí se zpět a zkusí jinou cestu. Postupně si tak vytváří kognitivní mapu tohoto prostředí. Jako záchytné body v této kognitivní mapě slouží překážky, o kterých slepec neví nic kromě toho, že jsou překážkami a cesta kvůli nim není zatím průchozí.

²⁰¹ Úmyslně dávám slovo „pouhou“ do uvozovek, abych tím poukázal na důležitost toho, jakým způsobem je realita konstruována.

²⁰² Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 63.

²⁰³ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 77 – 78.

²⁰⁴ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 63.

²⁰⁵ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²⁰⁶ Srov.: Tamtéž: s. 78.

Zatloukal uvádí, že podobně je to i v sociálních systémech, ve kterých jedinec nabízí druhým určitou konstrukci reality. Některé tyto nabídky jsou průchozí, jiné nejsou.²⁰⁷

Dále Zatloukal upozorňuje, že ani tyto překážky nejsou objektivně stanovené, ale že jde pouze o konstrukce, které prozatím brání v určité cestě. Na tyto konstrukce lze hledět z jiného úhlu pohledu (aby byly průchozí), což patří k úkolům systemické terapie.²⁰⁸

Pro průběžné shrnutí uvedeme, že člověk konstruuje realitu, čímž vytváří své poznání, ve kterém jsou obsaženy „mapy“ světa, jež mu umožňují orientaci a přežití. Když se objeví překážka, znamená to, že ji pozorovatel jako překážku označil, ale jde pouze o úhel pohledu.

Von Schlippe a Schweitzer také mluví o tom, že když pozorovatel začne vnímat určitou koncepci jako skutečnou (kategoriální chyba), může to mít vážné důsledky. U systemického přístupu je třeba si pamatovat, že jde o *možnosti pochopení věcí a nikoli o věci samotné*.²⁰⁹ Zda se, že tato myšlenka je velice podobná, ba dokonce možná má v sobě stejnou podstatu jako myšlenka v kognitivně – behaviorálním přístupu (tedy konkrétně v kognitivním směru), ve kterém se teorie opírá o tvrzení Epikteta, filozofa stoické školy, že „*Nejsou to věci samy, co nás znepokojuje, ale naše mínění o těchto věcech.*“²¹⁰

Pro další průběžné shrnutí uvedeme, že člověk tedy může zkonstruovat překážku, o níž si pak může myslet, že je reálná, a v rámci systemické terapie se bude jednat o změnu pohledu na tuto překážku a tím také o uvědomění si skutečnosti, že nejde o realitu, ale o interpretaci.

Von Schlippe a Schweitzer se zmiňují o komplexitě světa a podotýkají, že člověk ji může redukovat různými způsoby. Člověk nese zároveň určitou odpovědnost za to, co považuje za „skutečné“ či „pravdivé“.²¹¹

Na prožívaný svět je dále podle těchto autorů třeba nahlížet jako na proces. Tento proces je nutné chápat jako společenský a nikoli individuální. Je tedy nutné chápat skutečnost jako konsensuální fenomén, jelikož lidé se nacházejí v sociálních souvislostech. To, co se člověk naučí označovat a chápat jako „skutečnost“, vzniká

²⁰⁷ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²⁰⁸ Srov.: Tamtéž: s. 84.

²⁰⁹ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 63.

²¹⁰ PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. s. 14.

²¹¹ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 64.

v dialogu, v rozhovoru, je důsledkem dlouhého průběhu socializace a proměny v jazyk. Na základě těchto procesů tedy vznikne pohled, který určuje, zda je něco štěstí či neštěstí, spokojenost či nespokojenost.²¹²

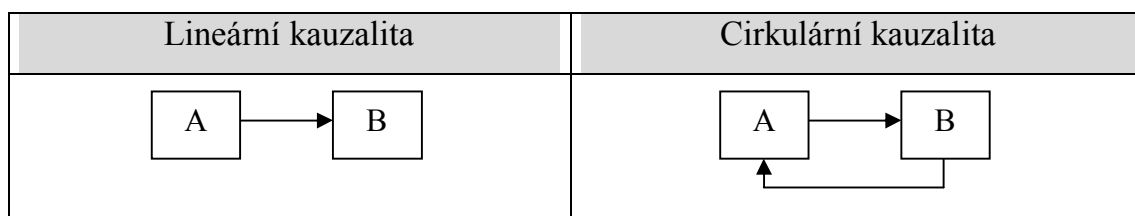
Komplexně můžeme uvést čtyři základní premisy podle Freedmana a Combse, které jsou charakteristické pro systemickou epistemologii: 1) *reality jsou sociálně konstruované*, 2) *reality se utvářejí skrze jazyk*, 3) *reality jsou organizovány a udržovány vyprávěním*, 4) *nejsou žádné základní pravdy*.²¹³

2.2.5.2 Kauzalita

Dříve, než se budeme zabývat kauzalitou, je důležité se zmínit o domněnce von Schlippeho a Schweitzera, že otázka kauzality je zároveň otázkou epistemologickou, jelikož během pozorování se u pozorovatele uskutečňuje redukce komplexity dějů do příčinných souvislostí.²¹⁴

Existuje kauzalita lineární a cirkulární (viz následující schéma²¹⁵). Systemické myšlení se podle Zatloukala opírá o kauzalitu cirkulární a od lineární se vzdaluje.²¹⁶

Termín „cirkulární kauzalita“ prosazuje Norbert Wiener, který je rovněž zakladatelem kybernetiky. Jakýkoliv čin v procesu vzájemné interakce zahrnuje zpětný dopad na osobu, která tento čin uskutečnila. Tento jev je označován jako „soběvztažnost“ nebo „sebereflexnost“.²¹⁷



Podle schématu je viditelné, že podle cirkulární kauzality, na rozdíl od té lineární, nejen A ovlivňuje B, ale také B má určitou zpětnou reakci (vliv) na A apod. Z tohoto hlediska už přestává být podstatné, co bylo dříve, zda A nebo B.²¹⁸ Zatloukal dále uvádí, že zaměřením pozornosti jen na tyto dvě proměnné (A a B) člověk redukuje

²¹² Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 64 – 65.

²¹³ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²¹⁴ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 66; ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²¹⁵ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²¹⁶ Srov.: Tamtéž: s. 78.

²¹⁷ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 65.

²¹⁸ ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

komplexitu pozorovaných jevů, jelikož proměnných je nespočetné množství a jsou ve vzájemné rekurzivní interakci.²¹⁹

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že systém nemůže být oddělený od pozorovatele a současně pozorovatelem může být každý účastník. Pokud je to tak, pohled se pak podle autorů obrací na vzorce vztahů a vzájemné interakce. Dále uvádí, že pokud se v dílčí oblasti systému provede změna, způsobí to změnu i v jiných oblastech. Ani změna však není objektivní, ale to, co pozorovatel jako změnu hodnotí. Tato změna pak může změnit chování jednotlivých pozorovatelů. Tento jev se ohodnotí také jako změna apod.²²⁰

Dále autoři popisují, že způsoby chování lidí se navzájem podmiňují. Z toho vyplývá, že lineárně kauzální způsob nahlížení není vhodný. Cirkulární kauzalita má sloužit k objasnění procesu, ve kterém části systému jsou střídavě ve vzájemné interakci.²²¹

Chápat kauzalitu jako výlučný vysvětlovací princip je podle von Schlippeho a Schweitzera z hlediska systemické teorie nedostačující. Na příkladu teorie rodinné terapie autoři uvádějí, že v ní nepopisujeme roli jednotlivých osob pomocí kauzálních vysvětlovacích principů. Dítě např. není chápáno jako „nemocné“ nebo „oběť“ rodičů, ale spíše jako účastník tzv. „vztahového tance“, do kterého vstoupilo za všechny, kdo se zúčastňují interakčních procesů. Na symptom se nahlíží jako na signál, který je voláním o pomoc jménem celé rodiny. Z tohoto důvodu je klient často brán terapeutu jako „označený pacient“, čímž se charakterizuje jeho role v systému.²²²

Otázka, co je příčinou poruchy, nemá podle von Schlippeho a Schweitzera v systemické teorii poznání význam, jelikož otázka příčiny je problémem otázky a ne odpovědi. Na základě tohoto důvodu se systemická terapie nevěnuje ani „léčbě příčin“, ani léčbě symptomů. Místo toho poskytuje živým systémům podněty, které mají posloužit ke společnému vývoji nových vzorců a k přijetí nové podoby organizace za účelem růstu.²²³

²¹⁹ Srov.: DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znaost*. In ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. s. 78.

²²⁰ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 65.

²²¹ Srov.: Tamtéž: s. 65.

²²² Srov.: Tamtéž: s. 67.

²²³ Srov.: Tamtéž: s. 67.

2.2.5.3 Význam jazyka

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že existuje oblast fenoménů, tzv. „říše jazyka“. Ta vede člověka ke dvěma úrovním, kterými jsou věci a mluvení o věcech. Proto, aby člověk získal poznatky o světě věcí, nemůže se obejít bez světa popisů. O tom, jaký je svět, se neustále vypráví. Lidé to vyprávějí sami sobě a také druhým, čímž udržují stabilitu světa. Jazyk představuje rámec, v jehož hranicích získávají význam lidské zkušenosti. Ve světě významů, v konverzaci, v rozhovoru a ve vyprávění se odehrává celý lidský život.²²⁴

Von Schlippe a Schweitzer dále popisují, že podle představitelů systemické terapie by rodinné systémy měly být vnímány spíše jako jazykové systémy, ve kterých se na základě konverzace tvoří významy a tím i jeden obraz skutečnosti pro všechny členy společně, a ne jako kybernetické jednotky, ve kterých jednotliví členové rodiny regulují navzájem své chování.²²⁵

Autoři mluví o jazyku také ve vztahu k systémům. Uvádí, že jazyková koordinace slouží k tomu, aby se lidé mohli v sociálních systémech dohodnout na společných tématech, která budou dávat společný smysl. Ten může být dlouhodobý jako např. „manželství“ a „rodina“ nebo také může být krátkodobý jako např. společné setkání kvůli společnému psaní knihy. Zvláštní systém se pak tvoří okolo dalšího systému, ze kterého může být silný **organizující princip**, na základě kterého se tvoří komunikační systém. Z tohoto důvodu se systémy, které vzniknou vedle různých problémů, nazývají „problémovými systémy“ nebo „systémy vztahující se k problému“. Pomocí jednání lidé tvoří problémový systém za účelem odstranění problému. Např. u lidí, kteří se sejdou za účelem psaní knihy, lze mluvit o „knižním systému“ apod. V těchto procesech se nejedná o zapojené členy, ale o komunikaci a interakci mezi nimi. Problémový systém se podle von Schlippeho a Schweitzera nikdy netvoří stejným způsobem, jelikož změna definice problému může způsobit i změnu vytváření problému.²²⁶

²²⁴ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 68.

²²⁵ Srov.: Tamtéž: s. 68.

²²⁶ Srov.: Tamtéž: s. 72.

2.3 Systemické přístupy

V této subkapitole uvedeme dva systemické přístupy, kterými jsou přístup zaměřený na řešení a narativní terapie.

2.3.1 Přístup zaměřený na řešení

Za hlavní zakladatele přístupu zaměřeného na řešení lze považovat Steva de Shazera a Insoo Kim Berg. Tento přístup se orientuje na hledání „klíčů“ k řešení problému, které jsou na něm nezávislé. Řada významných technik, vzniklých v rámci tohoto přístupu, vznikla spontánně při práci s konkrétními klienty a až poté se aplikovala v práci s jinými klienty.²²⁷

Steve de Shazer společně s Bradfordem Keeneyem, Paulem Delleem a dalšími byli společně průkopníky toho, čemu se v současné době říká „systemické myšlení“. Tito autoři tvrdili, že představa terapeuta, který objektivně a nezaujatě pozoruje klienty, resp. systémy a následně jednostranně provádí intervenci za účelem dosažení změny z nežádoucího stavu na žádoucí, je neudržitelná. Důvodem je, že terapeut tvoří terapeutický systém spolu s klienty a společně s nimi tvoří pozitivní kontext pro změnu nebo kontext negativní, ve kterém je změna nereálná.²²⁸

Později de Shazer nahlížel na terapii jako na „jazykovou hru“, v jejíchž hranicích vznikají nové pohledy a významy. Na základě této myšlenky kladl důraz na spolupráci s klienty a na rozvíjení řešení v rámci rozhovoru a nikoliv na rozvíjení problému.²²⁹ De Shazer totiž tvrdil, že při popisu problému člověk dělá něco jiného než při pátrání po řešení.²³⁰

Přístup zaměřený na řešení se řídí podle Zatloukala, resp. podle týmu Dalet následujícími principy:²³¹

a) *terapie se má zaměřit na řešení, ne na problémy* – v terapii existuje myšlenka, že klient má kromě svých trápení také jedinečné zdroje a možnosti. Znamená to, že je účelnější se zaměřit na minulé úspěchy, současné zdroje a budoucí možnosti než na

²²⁷ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Přístup zaměřený na řešení – stručný úvod*. s. 3.

²²⁸ Srov.: Tamtéž: s. 3.

²²⁹ Srov.: Tamtéž: s. 3.

²³⁰ Srov.: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 83.

²³¹ Všechny principy uvádím podle Zatloukala. In Srov.: ZATLOUKAL, L. *Přístup zaměřený na řešení – stručný úvod*. s. 3.

minulá selhání, současné limity, slabost a budoucí omezení. Je tedy lepší zjišťovat, co funguje, a ne zkoumat to, co nefunguje. Navíc, podle systemiků, problém a řešení jsou dvě odlišné věci a řešení z problému nevychází, jen musí odpovídat kontextu konkrétní situace. Tento postoj také znamená nedůležitost detailů problému.

b) *Terapie má být efektivní* – terapie je terapeutů týmu Dalet chápána jako provizorium, jako přechod od trápení k řešení. Už to není osamělé trápení, ale ani to ještě neznamena vyřešený problém. Proto by měl tento terapeutický přechod trvat co nejkratší dobu. V průběhu terapie se tedy sleduje, jak daleko je její konec. Tento přístup znamená prevenci vzniku tzv. závislosti na terapii. Také z tohoto důvodu existuje pro terapii zaměřenou na řešení označení „krátká terapie“. Neznamena to, že by musela být terapie vždy a bezpodmínečně krátká. Jde jen o to, aby terapie skončila, co nejdříve je to možné.

c) *Každý klient je jedinečný a zaslouží si vlastní jedinečnou terapii* – v přístupu zaměřeném na řešení se sice využívají různé techniky a je nutné jejich osvojení terapeutem, ale nejde o jejich mechanické využívání. Jde právě o to osvojit si nejdříve techniky, aby bylo možné s nimi improvizovat a různě je využívat při individuální práci s konkrétními jedinci, kteří mají jedinečné zdroje, vyžadující individuální přístup.

d) *Spolupráce je základní předpoklad úspěchu v terapii* – podmínkou úspěšného průběhu terapie je spolupráce mezi terapeutem a klientem. Tento spolupracující vztah vyžaduje, aby terapeut bral klienta vážně, aby se také upřímně snažil pochopit jeho úhly pohledu, aby bral klienta takového, jaký je, a dokázal se s ním dohodnout, jak a na čem budou pracovat.

e) *I malé krůčky mohou vést k velkým změnám* – tento princip se zakládá na předpokladu, že i malá změna jedné části systému může způsobit velké změny v jiných částech. Někdy je účelnější pomoci klientovi s nějakou malou změnou a dále ji rozvíjet. Nelze sice změny naprogramovat, ale lze s nimi pracovat.

f) *Víc pohledů je lepší než jen jeden* – může se jednat o různorodé lidi (terapeuty) s odlišnými výcviky, zkušenostmi, způsoby práce s klienty.

2.3.2 Narativní přístup

Pod narativní terapii podle Gjuričové spadají terapeutické praxe, které *sdílejí klíčovou metaforu terapie jako vyprávění životního příběhu a jeho převyprávění*.²³²

Narativní přístupy nahlízejí na svoji terapii jako na konstruktivistickou praxi. Pohled se zaměřuje v tomto přístupu na významy.²³³

Dále autorka uvádí, že v terapii se využívají různé podněty, které se zapojují do jazyka terapeutického rozhovoru. Identita jedince vzniká, vyvíjí se a proměňuje se v sociálních diskurzích. Terapie může posloužit jako prostředí, ve kterém se některá klientova přesvědčení o sobě mohou zpochybnit, zdekonstruovat a pak se mohou hledat nové aspekty jeho identity. Za negativním osobním přesvědčením, jako je např. „jsem neúspěšný člověk“, terapeuti nehledají pouze významy konkrétních interakcí, např. kdo by mohl vidět neúspěch jinak, ale také inkonzistenci, která se může objevit v klientových argumentech, kdy se např. nechová v souladu se svým přesvědčením o své neúspěšnosti. Dále také terapeuti hledají souvislosti s přesvědčeními, která se vytvářejí a sdílejí sociálně, např. majoritní představy o úspěšnosti v té konkrétní společnosti.²³⁴

Způsob práce terapeutů je podle Gjuričové různorodý. Odlišná je např. aktivita terapeutů v terapii. Jeden ze způsobů je „reflektující pozice“. Podle Toma Andersena je reflexivita aktem, na jehož základě se člověk stává předmětem vlastního pozorování. Pomocí reflektujících rozhovorů, v nichž jedinec „pozoruje“ svůj předchozí rozhovor, posouvá člověk diskurz a tím i perspektivu. Člověk dokáže vystoupit z diskurzu, do něhož byl zapojen, a podívat se na průběh rozhovoru z jiného úhlu pohledu. V terapii se používá *naslouchání a zkoumavého*²³⁵, kde se může opatrně nabízet terapeutovo vlastní porozumění klientům. Terapeutova verze porozumění může rozšířit klientův dosavadní příběh. Terapeut se může dále odmlčet a poskytnout tím klientovi prostor pro možnou reflexi.²³⁶

Dále Gjuričová uvádí, že předchozímu způsobu práce je podobná terapeutova pozice nevědění a pokládání „nevědoucích otázek“. Tyto otázky otevírají věci, jež nebyly dosud poznány, jsou nepředvídatelné a otevírají nové možnosti. Pokud je otázka

²³² GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. s. 38.

²³³ Srov.: Tamtéž: s. 38.

²³⁴ Srov.: Tamtéž: s. 38.

²³⁵ Tamtéž: s. 38.

²³⁶ Srov.: Tamtéž: s. 38.

položena vhodně, může vytvořit příběh, který zahrnuje odpověď na otázku a je současně klíčem k porozumění. Terapeut s klientem mají přitom kooperativní partnerský vztah.²³⁷

Existují také terapeuti, kteří se na tvorbě klientova příběhu spolupodílejí více. Gjuričová uvádí Michaela Whita a Davida Epstona. Součástí terapeutického umění je zde schopnost volby vhodné pozice vůči klientům a znalost svých osobních možností.²³⁸

Pro shrnutí můžeme uvést, že narativní terapie pomáhá klientům objevovat: výjimky v „beznadějných“ příbězích, vzpomínky, které tyto výjimky potvrzují, dále zapomenuté minulé výjimky, kdy neúspěch nebyl dokonalý. Narativní terapie toto vše umožňuje už jen tím, že vytváří tyto představy. Tím, že člověk začne vlastními slovy popisovat alternativní verzi svého života, které dá přednost, začne tuto alternativu svým způsobem také uskutečňovat, dává mu tedy narativní realitu.²³⁹

²³⁷ Srov.: GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. s. 38.

²³⁸ Srov.: Tamtéž: s. 38.

²³⁹ Srov.: Tamtéž: s. 38 – 39.

3 VYBRANÉ TECHNIKY SYSTEMICKÉ TERAPIE

Než začneme mluvit o technikách systemické terapie, které by se mohly využívat při práci s lidmi se ZA, položme si nejdříve otázku, jakým směrem by práce s lidmi se ZA měla směřovat. Touto otázkou se budeme zabývat hned v následující subkapitole, na kterou budou navazovat další, v nichž se budeme věnovat vybraným technikám systemické terapie.

3.1 Úvaha o orientaci terapeuta v sociálních službách při práci s lidmi se ZA

Po přečtení předchozí kapitoly²⁴⁰ můžeme říci, že to, čemu říkáme „závislost na alkoholu“, je tedy pouhou konstrukcí lidí, kteří se pomocí jazyka dohodli, že to tak budou nazývat. Pokud budeme uvažovat výhradně na základě kapitoly 1 Závislost na alkoholu, můžeme říci, že v případě ZA se jedná o problém, který má individuální dopad na samotného jednotlivce²⁴¹ postiženého touto nemocí a v důsledku toho i na jeho rodinu.²⁴² K tomu můžeme připočítat dopad na společnost, protože mezi rodinou a společností neustále probíhá interakce, během které se např. vyměňují hodnoty a postoje. Můžeme uvést i dopad na ekonomickou stránku samotného státu, protože jednak v důsledku nepříznivé ekonomické situace rodina může získat určité nároky na peněžité dávky ze systému sociálního zabezpečení,²⁴³ jednak v důsledku možné ekonomické pasivity jednotlivých členů rodiny (v tomto případě člověk, který v důsledku ZA onemocní) se např. neodečítají z příjmů těchto jednotlivců finanční částky do státního rozpočtu.²⁴⁴

²⁴⁰ Kapitola 2 Systemická terapie.

²⁴¹ Dopad zdravotní včetně psychického a ekonomický a sociální v důsledku poškozeného zdraví. S tím souvisí i pokles pracovní schopnosti.

²⁴² Dopad psychosociální a ekonomický.

²⁴³ Tím jsou míněny tři pilíře sociálního zabezpečení: sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc.

²⁴⁴ Více k této problematice mohou doporučit např.: KREBS, V. a kol. *Sociální politika*; KOLDINSKÁ, K. *Právo sociálního zabezpečení*.

Toto všechno tedy můžeme na základě předchozí kapitoly²⁴⁵ označit jako „realitu“, která je výsledkem konstrukcí společnosti. Pokud ale budeme takto uvažovat, můžeme se ocitnout u otázky, jaké by mělo být řešení problému zvaného „závislost na alkoholu“. Jedná se snad o nutnost přerámování této „reality“ na jinou, ve které by se fenomén, kterému říkáme „závislost na alkoholu“, jmenoval úplně jinak (nějak pozitivně)?²⁴⁶

Pro vymezení terapeutovy orientace při práci s lidmi se ZA v rámci sociálních služeb nám může posloužit zkonstruování určitého logického rámce.

Jak jsme se již zmínili, realita je konstrukcí lidí. Podíváme-li se na sociální politiku, můžeme tedy říci, že je to systém, který je zkonstruovaný lidmi a jež nese název „sociální politika“. Jelikož je systém vytvořený problémem, může to znamenat, že společnost se shodla na tom, že existují určité problémy, např. chudoba. Tím, že lidé pojmenovali, resp. zkonstruovali problémy, tedy vytvořili i systém zvaný „sociální politika“, v rámci kterého se těmto problémům má předcházet, odstraňovat a minimalizovat již existující problémy. V tomto systému jsou pojmenovány (objevovány) další problémy, kterými se vytvářejí další systémy a jedním z nich je tedy problém = systém, kterým je ZA. Mohli bychom tedy říci, že se jedná o systém v systému a oba dva systémy existují v závislosti na určitém historickém období a na kulturním kontextu. V systému sociální politiky jsou určité cíle,²⁴⁷ které se naplňují pomocí jiných systémů, tzv. nástrojů sociální politiky a jedním z těchto nástrojů jsou sociální služby,²⁴⁸ ve kterých působí např. sociální pracovníci, psychologové, pracovníci v sociálních službách apod.. Systém sociálních služeb se má řídit zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nařizuje, že pomoc:

*... musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.*²⁴⁹

Je vhodné se na tomto místě zmínit o tzv. „zakázkách“, kterými zde rozumíme *dohodu o poskytování služby*,²⁵⁰ a o nichž mluví Zatloukal. Tento autor uvádí celý

²⁴⁵ Kapitola 2 Systemická terapie.

²⁴⁶ Částečně by to mohlo znamenat pozitivní výsledek, protože tím, že se vyhneme odborné terminologii (pojmenování problému), můžeme se vyhnout určitým negativním důsledkům, které použití odborné terminologie může obnášet.

²⁴⁷ Můžeme zde uvést obecný cíl sociální politiky, kterým je *zdokonalování životních podmínek lidí a rozvoj osobnosti člověka*. In KREBS, V. *Sociální politika*. s. 37.

²⁴⁸ Srov.: KREBS, V. *Sociální politika*. s. 66.

²⁴⁹ § 2, odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

proces, kterým musí vznik zakázky projít.²⁵¹ Jak jsme se již zmínili, nejprve vznikne problém, který vytvoří systém, tento systém se promění v „systém hledající pomoc“. Systém hledající pomoc je reprezentován jedním či více lidmi, kteří mají připravenou „objednávku“ a navážou kontakt s institucí, ve které očekávají pomoc. Z druhé strany je zde jiný systém, „systém pomáhajících“, jež je tvořen pomáhajícím pracovníkem a organizací, ve které je zaměstnán. Tento systém pomáhajících se řídí určitými pravidly a zodpovídá za jejich dodržování jiným institucím, kterými je kontrolován. Určitá objednávka je i v tomto systému, a tou je poskytovat pomoc. V kontextu určité organizace se oba dva systémy setkají jménem klienta či klientů a jménem pomáhajícího pracovníka či pracovníků. Při setkání se oba zmíněné systémy propojí a vznikne tím „systém klinický“.²⁵²

Zatloukal dále mluví o tzv. zadavatelích, které rozlišujeme na primární, sekundární a další. Primárním zadavatelem je organizace, která pomáhající pracovníky zaměstnává, sekundárním zadavatelem je klient. Dále může být terciální zadavatel, kterým je např. dítě (v případě rodiny, která má s dítětem určitý problém; zde však vzniká otázka, kdo je tedy sekundárním a kdo terciálním zadavatelem). Zakázka se musí stanovovat pyramidovým způsobem, kdy na prvním místě je primární zadavatel, na druhém sekundární apod. Upřednostnění zakázky sekundárního zadavatele a tím porušení zásad a hodnot primárního zadavatele by bylo neprofesionální.²⁵³

K tomuto tématu se vyjadřují také von Schlippe a Schweitzer v kontextu závěrečné intervence, která má podle nich odpovídat kontextu poradce, což znamená, že nesmí sám sobě způsobit potíže. Např. školní psycholog nebude doporučovat žákovi, aby ještě více pokračoval v záškoláctví, kněz nebude nabízet možnost potratu nebo rozvodu apod. Tímto by mohli získat špatnou pověst jak u svých klientů, tak i u zaměstnavatelů.²⁵⁴ K tomu bychom mohli dodat, že terapeut či sociální pracovník, který působí v rámci sociálních služeb, nebude doporučovat klientům se ZA (navíc v organizaci, která by se na lidi se ZA zaměřovala), aby pokračovali i nadále v abúzu či dokonce misúzu alkoholu.

²⁵⁰ ZATLOUKAL., L. *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup*. Sociální práce. s. 4.

²⁵¹ Mluví o tom velmi podobně, jak jsme to uvedli v navrhovaném logickém rámci.

²⁵² Více: ZATLOUKAL., L. *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup*. Sociální práce. s. 3 – 12.

²⁵³ Více: Tamtéž: s. 3 – 12.

²⁵⁴ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 136.

Při práci s lidmi se ZA²⁵⁵ se tedy musíme v rámci sociálních služeb řídit určitými normami a sledovat, zda se naplňují záměry, které jsou zkonstruované v rámci sociální politiky, sociálních služeb a tedy i konkrétních subjektů sociální politiky. Šlo by nám tedy o pomoc člověku (v kontextu primárního zadavatele), aby mohl psychosociálně a ekonomicky fungovat. Pokusme se zaměřit následující úvahu na problematiku ZA.

V kapitole 1 Závislost na alkoholu jsme se zmínili, že alkohol plní určité funkce, kterými jsou: anxiolytická funkce, orgiastická funkce a funkce sociální. V rámci systemické terapie můžeme zkusit upustit od pojmů jako „závislost na alkoholu“, „alkoholismus“ či „alkoholik“ a zaměřit se místo toho na kybernetiku kybernetiky. Znamená to, že bychom se zaměřili na zjišťování, jak člověk uvažuje a v jakých situacích se na základě tohoto uvažování rozhoduje o konzumaci alkoholu. Dále bychom se mohli naopak zaměřit na situace, ve kterých sice klient většinou alkohol konzumuje, ale někdy také ne. Např. klient, u kterého alkohol plní funkci anxiolytickou, se někdy zbaví nepříjemných emocí nebo dokonce dosáhne stavu velmi dobré nálady pomocí něčeho jiného než požitím alkoholu. Nebo člověk, u kterého alkohol plní funkci sociální, dokáže někdy alkohol odmítnout, a to jak při nátlaku ze strany jiných lidí, tak i během příležitosti k levnému napití. Jedinec, u kterého alkohol plní funkci orgiastickou, si může např. někdy zvolit i jiný druh zábavy než nadměrný konzum alkoholu. V rámci systemické terapie by tedy mohlo jít o zjišťování a povzbuzení těchto silných stránek klientů. Ostatně, při takovémto uvažování se před námi může objevit úplně jiný název, než je „závislost na alkoholu“, např. „nedostatečné využití schopností“ (např. komunikačních, zvládnání stresu, organizování volného času apod.).

3.2 Techniky systemické terapie

Dříve, než začneme vybírat techniky systemické terapie, zkusíme zjistit, jaké techniky se v oblasti systemické terapie využívají.

Důležité je předem uvést tvrzení von Schlippeho a Schweitzera, že *systemická terapie a poradenství nepředstavují bezprostředně vědeckou aplikaci systémově teoretických konceptů ani čistě řemeslnou sadu technik. Mezi obojí vstupuje*

²⁵⁵ V podstatě stejně jako u jakékoliv jiné cílové skupiny.

*systemicky pracující osoba a také kontext systemické práce. Obojí je vzájemně propojeno řadou základních premis a postojů, inspirujících konkrétní jednání.*²⁵⁶

Kratochvíl uvádí některé techniky s poznámkou, že jsou to techniky, které systemická terapie přinesla do terapie rodinné,²⁵⁷ a dále uvádí, že často se také v systemické terapii využívají techniky, které *jsou převzaty ze strategické a rodinné terapie.*²⁵⁸ Jako systemické techniky tedy uvádí techniky (s poznámkou, že jsou to některé z nich), kterými jsou: cirkulární dotazování, otázka „po zázraku“, „technika zázračné změny“, která navazuje na otázku „po zázraku“, zhodnocení pozitiv, reflektující tým a externalizace problému. Dále uvádí pro příklad techniky, které jsou převzaté ze strategické a komunikační terapie: pozitivní přeznačkování problému, vyjádření pochybností o možnostech změny a paradoxní pokyny²⁵⁹ a v kapitole o komunikační psychoterapii uvádí také techniku, kterou je změna rámce.²⁶⁰

Ludewig uvádí, že technik, které se vyvinuly v rámci systemické terapie, není mnoho, a uvádí pouze tři techniky (bez komentáře, že by existovaly nějaké další): konstruktivní dotazování, reflektování v týmu a závěrečná intervence.²⁶¹ Dále pokračuje, že v systemické terapii se vybírají již existující techniky, jež systemičtí terapeuti přizpůsobují svému směru.²⁶² Jako příklad uvádí některé z nich: *interpretace, sochy, práce se sny, rituály, „paradoxní předpisy“, práce s tělem a dialog zaměřený na klienta.*²⁶³ Dále pokračuje, že tyto techniky můžeme *přiřadit třem formám: dotazování, reflektování, doporučování.*²⁶⁴

Dále bychom se mohli odkázat na diplomovou práci Illeové, která sestavila seznam technik²⁶⁵ využívaných v systemické terapii, které se podle autorky dají využít při práci s rodinou: cirkulární dotazování, konstruktivní otázky (dotazování), otázka po zázraku, technika zázračné změny, měřicí otázky, otázka: „a co ještě?“, pozitivní

²⁵⁶ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 84.

²⁵⁷ Více: KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 260 – 262.

²⁵⁸ Tamtéž: s. 262.

²⁵⁹ Více: Tamtéž: s. 260 – 262.

²⁶⁰ Více: Tamtéž: s. 81.

²⁶¹ LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 92.

²⁶² Srov.: Tamtéž: s. 92.

²⁶³ Tamtéž: s. 92.

²⁶⁴ Tamtéž: s. 92.

²⁶⁵ Podle následujících publikací: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. 1999, Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. 2006, GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2003, LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. 1994, WATZLAVICK, P., BEAVIN, BAVELASOVÁ, J., JACKSON, D. *Pragmatika lidské komunikace*. 2000.

konotace, otázka: „proč?“, rituály, neměnná intervence, formule pro první sezení, technika „předepsání symptomu“, teorie dvojné vazby. Dále autorka uvádí techniky: rodinné sousoší, rodinná deska, videotrénink interakcí VTI – videokonzultace, externalizace problému, metafory, analogické příběhy, žerty, karikatury.²⁶⁶

Než budeme pokračovat, můžeme ještě poukázat na zvláštnost volby techniky, uvedené Kratochvílem, Illeovou a Ludewigem, kterou je technika paradoxních úkonů, resp. „předepsání symptomů“. Na základě kapitoly 2 Systemická terapie bychom mohli uvést, že techniky paradoxních úkonů, které se klientovi předepisují, jsou spíše typické pro systémový direktivní přístup a jejich použití v rámci systemické terapie by mohlo být proti její teorii, která se zakládá na tom, že systémy jsou autopoietické neboli samotvořivé a nikdy nikdo nemůže vědět, jak budou reagovat na předepsané úkony. Von Schlippe a Schweitzer mluví také o využití techniky paradoxních úkolů nebo jednání v rámci systemické terapie. Nemluví však o tom, že by se nějaké chování předepisovalo, ale pouze navrhovalo, s tím, že se klienti vždycky mohou rozhodnout pro nebo proti, a také s upozorněním, že plnění navrhovaného úkolu může vyvolat velké změny, ovšem nikdo neví jaké, a že např. u partnerského páru to může znamenat i rozchod.²⁶⁷

Během tvorby následujících subkapitol nebudeme zakládat na tom, zda byla technika vždy systemická nebo byla převzata z jiného přístupu. Podstatné pro nás bude, že se technika systemickému přístupu přizpůsobila a v rámci tohoto přístupu se využívá. Výběr technik však uděláme podle Ludewigova rozlišování do tří skupin: dotazování, reflektování, doporučování.

3.2.1 Techniky dotazování

V této subkapitole se pokusíme specifikovat, jakým způsobem by se dotazování dalo využít u osob se ZA.

Von Schlippe a Schweitzer uvádějí, že

²⁶⁶ Více: ILLEOVÁ, M. *Systemický přístup, sociální práce a komunikace*. Magisterská diplomová práce. s. 21 – 28.

²⁶⁷ Více: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s.135 – 147.

*kladení otázek není jen způsobem získávání informací, důležité je i to, že otázkou se informace rovněž vytváří, generuje. V každé otázce se totiž skrývá také implicitní výpověď, která může potenciálně narušit obvyklý způsob vidění věcí v rodině.*²⁶⁸

Dále autoři uvádějí, že podle axiomu komunikační teorie, kterým je tvrzení, že „nelze nekomunikovat“, kladením otázek vyvoláváme u tázané osoby její vlastní myšlenky.²⁶⁹

Úlehla uvádí, že pokud zazní nějaká věta, pak možných otázek, kterými bychom na ni mohli reagovat, by byl bezpočet. Ptát se lze na každé slovo a význam, které tazatel ve větě nalezne. Přitom je důležité si pamatovat, že není možné přijít na jediný správný význam či otázku.²⁷⁰

Z toho pak podle Úlehly vyplývá, že neexistuje jednoznačný návod na to, jakým způsobem se mají otázky klást. Existují pouze v praxi ověřená doporučení, pomocí kterých se zvyšuje pravděpodobnost úspěšného dojednávání.²⁷¹

Úlehla dále uvádí, že otázky rozlišujeme **stvrzující a otevírací**. Otázky stvrzující jsou typické např. pro policisty, soudce, lékaře, apod. Tyto otázky slouží ke kontrole a nikoliv k pomoci. Dále tyto otázky problémy neobjasňují, ale naopak upevňují a kromě toho uspokojují pracovníkovu potřebu rozumět.²⁷²

Obecnějším termínem pro systemický způsob kladení otázek je podle Úlehly „konstruktivní dotazování“.²⁷³ Zatloukal uvádí dělení konstruktivních otázek na individuální, systemické, lineární a cirkulární.²⁷⁴ Důraz je u konstruktivních otázek kladen na to, že mají být formulovány jako otevírací. Jedním ze základních pojetí tohoto přístupu je, že problém může být popsán sebelépe, ale nepomůže to při jeho řešení.²⁷⁵ Více v kapitole 2.3.1. Přístup zaměřený na řešení. V případě člověka se ZA je tedy rozdíl mezi tím, kdy se bude snažit popsat, jak nedokáže nepít, a tím jak dokáže nepít.

²⁶⁸ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 99.

²⁶⁹ Srov.: Tamtéž: s. 100.

²⁷⁰ ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 79 – 80.

²⁷¹ Tamtéž: s. 80.

²⁷² Tamtéž: s. 80.

²⁷³ Srov.: Tamtéž: s. 83.

²⁷⁴ Srov.: ZATLOUKAL, L. *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup*. Sociální práce. s.

²⁷⁵ Srov.: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 83.

Klient podle Úlehly většinou odpovídá na konstruktivní otázky „Nevím“. Má to být podle autora dobrým znamením, protože to znamená, že otázky směřují tam, kam se ještě klient svými myšlenkami nedostal. Proto je Úlehla doporučuje pokládat znovu.²⁷⁶

Úlehla dále uvádí čtyři typy konstruktivních otázek: 1) otázky k dojednávání zakázky;²⁷⁷ 2) otázky na „minulost“;²⁷⁸ 3) otázky na řešení;²⁷⁹ 4) otázky na průběh²⁸⁰.

Svoji pozornost budeme dále věnovat cirkulárnímu způsobu dotazování.

Cirkulární dotazování

Metoda cirkulárního dotazování je založena podle von Schlippeho a Schweitzera na předpokladu, že jakékoliv chování může být v sociálním systému chápáno jako nabídka komunikace. Proto je také účelné nenahlížet na chování pouze jako na něco, co se odehrává v člověku, ale také na to, co může definovat vzájemně vztahy. Znamená to, že větší smysl může mít zviditelnění těchto komunikačních významů než dopodrobna zkoumat pocity jedince. Proto také může být účelnější zaměřit se u otázek, týkajících se symptomů, na úhly pohledů členů rodiny a na jejich reakce.²⁸¹

Předpokládejme ale také, že práce bude probíhat individuálně. Úlehla k tomu uvádí, že nezáleží na tom, kolik osob je přítomných, jde hlavně o otevírání jiných variant příběhu a o to, aby se člověk učil dívat na věci z různých stran.²⁸²

Dále Úlehla uvádí, že cirkulární otázky v sobě nesou dvojí význam. Za prvé zjišťují, jaké jsou rozdíly ve vidění věcí, za druhé zjišťují pohled „toho třetího“. Když je

²⁷⁶ Srov.: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 83.

²⁷⁷ *Co bude jinačího, až tento rozhovor skončí?, Když si představíte, že už jdete domů a jste s výsledkem našeho rozhovoru spokojen, co nejmenšího se tu stane, aby už to k tomu pocitu stačilo?, Jak vypadá ten nejmenší cíl, s nímž už budete spokojen jako se znamením, že věci začínají jít dobrou cestou?, Co čekáte, že se tady dnes bude dít, dělat, probírat?, Jak chcete využít tohoto setkání?, Podle čeho poznáte, že už je to vyřešené?* In Tamtéž: s. 83 – 84.

²⁷⁸ *Co z toho, kde jste dosud byl, se vám osvědčilo? Co bylo na návštěvě u kolegy pro vás nejužitečnější? Co stálo za zapamatování?, Jak rozumíte tomu, že vás sem poslali? Co od toho čekají? Podle čeho poznají, že je to už lepší?* In Tamtéž: s. 84.

²⁷⁹ *Na čem poznáte, že se věci už změnilly? Kdo ještě to pozná a na čem? Co ještě jiného se změní, až bude potíže vyřešena?, Kdyby dnes v noci nastalo něco jako zázrak a všechno tohle trápení by se tím vyřešilo, co bude ráno to první podle, čeho poznáte, že, zatímco jste spal, zázrak nastal? Na čem ještě? Kdo další uvidí co?, Kdy budete mít ten problém vyřešený? Kolik máme času na to abychom vám pomohli?, Je vám milejší řešení rychlé nebo pomalé?, Jaké máte zdroje, které vám dodávají sílu žít? Kdo vám pomáhá a čím oživovat tyto zdroje? Kdo ještě?* In Tamtéž: s. 84.

²⁸⁰ *Je to, co spolu děláme, přiměřené vašemu očekávání (přání, potřebám)? Nebo bychom měli dělat něco jiného? A co?; Co bych rozhodně neměl dělat, čemu se mám vyhnout, aby to pro vás byla pomoc a ne kontrola? Možná máte sám nějaký nápad, jak bych vám měl pomoci, aby to bylo užitečné? Co z toho, co jsme dosud udělali, bylo nejužitečnější? Co stojí za zapamatování? Jak se vám to poslouchalo?* In Tamtéž: s. 84 – 85.

²⁸¹ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 100.

²⁸² ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 82.

u sezení přítomno více osob, bude tedy každá z nich vyzvána, aby popsala vztah mezi jinými členy rodiny.²⁸³

Úlehla dále rozděluje cirkulární otázky podle jejich směřování do pěti stupňů:

1) *na popis rozdílů vzhledem ke konkrétní situaci* - otázky budou směřovat na popis chování jiných osob za určité situace; 2) *na popis rozdílů v použitých termínech při popisu chování* - otázky budou směřovat na vysvětlování klientem použitých termínů, např. když člověk řekne, že někdo po sobě šteká, otázky budou směřovat na popis toho „štekání“; 3) *na popis rozdílů v zařazení* – otázky budou směřovat na popis pocitů (např. kdo se nejvíc trápí), pozice a reakce druhých; 4) *na popis rozdílů vzhledem ke konkrétní události* – otázky budou směřovat na popis, zda byl problém²⁸⁴ větší nebo menší před a po určité události; 5) *na změny vzhledem k hypotetickým podmínkám* – dalo by se říci, že otázky budou směřovat k tomu, co se stane když něco nastane, např. kdo převezme péči o domácnost, kdyby dotyčná osoba, která to má na starosti odešla z domu.²⁸⁵

Pokusíme se navrhnout příklady otázek, týkajících se situace lidí se ZA. Modelové situace se pokusíme vymezovat podle funkcí alkoholu. Např. tam, kde alkohol plní funkci sociální, mohou otázky směřovat na popis chování druhých v situaci, když někdo klienta nebo také někoho jiného nutí ke konzumu alkoholu. Dále na chování okolí (chování těch, kdo alkohol nadměrně konzumují a těch, kteří alkohol nekonzumují nebo jen v malém množství), když se klient rozhodne alkohol konzumovat a když konzumaci odmítne. Rovněž se otázky mohou orientovat na chování druhých, když klient není pod vlivem alkoholu, když je dostupný / nedostupný levný alkohol, když s konzumem alkoholu někdo souhlasí / nesouhlasí. Otázky mohou také směřovat na popis partnerova chování (resp. chování sexuálního partnera) v situaci, kdy klient alkohol požívá a když abstinuje. Toto byly příklady otázek, týkajících se spíše sociální funkce alkoholu. Další otázky by mohly směřovat konkrétně na popis chování druhých, když klient volí druh zábavy, která zahrnuje nadměrnou konzumaci alkoholu, a dále za situace, když volí zábavu jinou. Toto je příklad, jež se týká orgiastické funkce alkoholu. U anxiolytické funkce by otázky mohly směřovat velmi podobně, a to např. na chování druhých, když klient pociťuje negativní emoce jako např. stres, úzkost nebo skleslou

²⁸³ ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 82.

²⁸⁴ Termín „problém“ zde používáme obecně, při práci s klientem by se musela specifikovat konkrétní situace, např. bylo víc hádek před apod.

²⁸⁵ Srov.: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. s. 83.

náladu, a pak také na popis chování druhých, když klient reaguje na stres pozitivním alkoholem a když vyřeší nepříjemné emoce jinak, např. poslechem hudby, sportováním, tvůrčí činností apod.

K tomu můžeme dodat domněnku, že účelnější zřejmě bude více zaměřovat pozornost na klientovy úspěchy než neúspěchy, čímž se tedy bude vytvářet nová alternativní realita, a to např. taková, podle které klient disponuje určitými schopnostmi, které nedostatečně využívá. Přitom nikdo nemusí nic vymýšlet, jelikož konstrukce nové reality bude probíhat na základě klientových pozitivních zkušeností, že určité „nezvladatelné“ situace už v minulosti snadno zvládl.

Toto byly příklady prvního typu otázek. U druhého typu by otázky směřovaly na popis použitých termínů, např. kdyby klient uvedl, že ho někdo do pití „tlačí“, otázka by mohla znít: „Co dělají, že vás do pití tlačí?“.

Třetí typ otázek by mohl směřovat na popis pocitů druhých (mohou to být např. členové rodiny, ale také přátelé či kolegové²⁸⁶), když klient alkohol použil, resp. požil např. za účelem sociální interakce, za účelem zbavení se negativních emocí nebo pro zábavu, a když alkohol za těmito účely nekonzumoval.

Čtvrtý typ otázek by mohl směřovat na popis rozdílů, zda klient alkohol nadměrně konzumoval např. před nastoupením do určitého typu zaměstnání a po něm, nebo před kontaktem s určitou skupinou lidí a po něm (např. přátelé). Nebo místo zaměření na abúzus alkoholu by bylo možno otázky zaměřit na schopnost sociální interakce.²⁸⁷ Dále by se tento typ otázek mohl zaměřit např. na prožitky nepříjemných emocí před určitou událostí a po ní.²⁸⁸ U orgiastické funkce by se otázky zaměřovaly na volbu druhů zábavy před určitou událostí a po ní.

Pátý druh otázek se orientuje na hypotetické budoucí události, např. jak to bude vypadat, když klient změní zaměstnání nebo když přestane se stýkat se svými přáteli, nadměrně konzumujícími alkoholem, nebo když se s nimi bude stýkat, ale nebude konzumovat alkohol. Jiné otázky by se mohly zaměřit na to, jak to bude vypadat, když člověk vyškrtne ze svého života abúzus alkoholu jako druh zábavy. U anxiolytické funkce alkoholu by se otázky zaměřily na to, jak by situace vypadala, když se pocity úzkosti budou řešit pomocí dosavadních zkušeností (bez požití alkoholu).

²⁸⁶ Ačkoliv přátelé a kolegové nejspíš přítomní u terapie nebudou, ale jak jsme se již zmínili, důležité je, aby se klient naučil dívat na věci z různých stran.

²⁸⁷ Např. schopnost navázání sociálních kontaktů (s ženami, s přáteli, s kolegy apod.)

²⁸⁸ Konkrétní událost by se zjišťovala až při práci s konkrétním klientem.

3.2.2 Reflektování

Pokud budeme mluvit o reflektování v systemické terapii, můžeme tedy mluvit buď o reflektujícím týmu jako o systemické technice, nebo můžeme také mluvit o reflektování jako o skupině technik (systemických a převzatých z jiných terapeutických přístupů) využívaných v rámci systemické terapie. Co ale do „reflektování“ patří?

Ludewig uvádí, že jsou to komentáře, a uvádí Úlehlou navržený termín „přemítání“, protože tým terapeutů přemítá o klientech (v rámci techniky reflektujícího týmu).²⁸⁹ Von Schlippe a Schweitzer také použili termín „komentáře“ a zařadili do něj: „uznání, kompliment, oceňující konotace“, „přerámování – reframing“ a „splitting: tým a terapeut nejsou zajedno“. Techniku reflektujícího týmu přitom uvedli zvlášť mimo „komentáře“.²⁹⁰

Svoji pozornost budeme věnovat technice „přerámování“ a ve stručnosti poté uvedeme práci s reflektujícím týmem.

3.2.2.1 Přerámování – reframing

Techniku přerámování von Schlippe a Schweitzer vysvětlují tak, že se události *„dodá jiný smysl tím, že se zasadí do jiného rámce, jenž změní význam události.“*²⁹¹ Jedná se tedy o změnu pohledu z negativního na pozitivní. Terapeut by si měl pokládat otázky, týkající se kontextu, ve kterém by mohl mít problém smysl nebo dokonce být optimálním řešením. Autoři také uvádějí, že významem reframingu je nastolení jasného rozdílu mezi novým alternativním a předchozím pohledem na realitu a cílem této techniky je také narušení starého pohledu na věc. Klientovo lineární myšlení se má konfrontovat s myšlením cirkulárním.²⁹² Autoři také uvádějí východiska, na kterých je založena technika přerámování:

Každé chování dává smysl, pokud známe jeho kontext; Neexistuje vlastnost osoby oproštěná od kontextu; Každé chování má smysluplný význam koherencí celého systému; Existují pouze schopnosti. Problémy někdy vznikají proto, že kontext a

²⁸⁹ Srov.: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 93.

²⁹⁰ Více: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 130 – 135.

²⁹¹ Tamtéž: s. 131.

²⁹² Srov.: Tamtéž: s. 133 – 134.

*schopnost se k sobě dost dobře nehodí; Každá zdánlivá nevýhoda v jedné části systému se na jiném místě jeví jako možná přednost.*²⁹³

Tento systemický „systém přesvědčení“ (belief – systém) se objevuje v každém terapeutickém projevu včetně cirkulárního dotazování.

Pro ilustraci můžeme uvést několik příkladů přerámovacích otázek:

„Mojí ženě trvá věčnost, než se pro něco rozhodne. Než si v obchodě vybere nějaké šaty, musí si prohlédnout a porovnat všechny, které tam mají“ – „Takže se rozhoduje velmi pečlivě. Není to skvělá poklona, že si ze všech mužů vybrala právě vás?“²⁹⁴

„Moje dcera stále víc hubne!“ – „Bylo to před vaším rozchodem nebo po něm, kdy se rozhodla přestat jíst?“ Premisou je zde pohled, že rozhodnutí nejíst bylo uskutečněno jako aktivní rozhodnutí, související s tím, co se odehrává ve vztazích v rodině. Chování také dává smysl, když je znám jeho kontext.²⁹⁵

„Vždycky se tak rychle rozzlobím.“ – „A přejete si i jiné možnosti, jak dát najevo, že se vám něco nelíbí?“²⁹⁶ Tato otázka se řídí např. pravidlem, že jsou pouze schopnosti.²⁹⁷

Pro průběžné shrnutí můžeme tedy říci, že u techniky přerámování jde o odhalení problematických²⁹⁸ myšlenek, navrnutí alternativních myšlenek a tím i narušení původního pohledu na věc. Mohli bychom ale uvést kritiku, že tato technika má i určitý nedostatek²⁹⁹, totiž ten, že alternativní pohled navrhuje terapeut (i přesto, že ho navrhuje otázkou), což může znamenat, že kvalita využití techniky přerámování závisí na terapeutově fantazii a vynalézavosti více, než tomu může být v jiných terapeutických přístupech. Např. v kognitivně – behaviorální terapii terapeut s klientem ověřují platnost neboli pravdivost negativních myšlenek společně.³⁰⁰ V rámci systemické terapie by to

²⁹³ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 133.

²⁹⁴ BANDLER, R., GRINDER, J. *Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie*. s. 27 In Tamtéž: s. 133.

²⁹⁵ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 133.

²⁹⁶ Tamtéž: s. 133.

²⁹⁷ Srov.: Tamtéž: s. 133.

²⁹⁸ Myšlenek, které tvoří překážky, problém.

²⁹⁹ Myšleno spíše jako nedostatek techniky v tom kontextu, jak ji popisují von Schlippe a Schweitzer.

³⁰⁰ V podstatě o spolupracující vztah jde i v systemice, ale domnívám se, že v kognitivně – behaviorální terapii terapeut nenavrhuje klientovi alternativní pohledy a myšlenky, a to proto, aby nedošlo k situaci, kdy terapeut bude obhajovat svoji pozici s alternativními pohledy a klient zase bude obhajovat svoji stranu. Více k teorii a technikám kognitivně – behaviorální terapie: PAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch a deprese*.

mohl být problém, protože podle systemického myšlení objektivní pravdu neboli objektivní realitu nelze zjistit.

Nyní můžeme navrhnout, jak by mohly vypadat přerámovací otázky při práci s lidmi se ZA. Budeme se přitom snažit opírat o funkce alkoholu, tak jak je to v předchozí subkapitole 3.2.1 Techniky dotazování.

U anxiolytické funkce alkoholu by otázky mohly znít následujícím způsobem: „Přejete si i jiné možnosti, jak se zbavovat nepříjemných pocitů / jak si zlepšovat náladu?“ nebo „Kdy jste se rozhodl, že nebudete žít ve stresu, ale že s tím budete něco dělat?“ - U této otázky můžeme např. vnímat důraz kladený na aktivní rozhodnutí a odhodlání klienta místo poukazování na neschopnost řešit problémy, „Přejete si i jiné způsoby relaxace?“ - kombinace anxiolytické a orgiastické funkce. U sociální funkce: „Chtěl byste využívat i jiných možností, jak si zachovat / udržet přátelský vztah s přáteli / s kolegy?“. U orgiastické funkce: „Slyšel jsem, že spousta lidí si dnes nedokáže vyhradit nějaký volný čas a užívat si života. Přejete si i jiné možnosti, jak se odreagovávat?“

Mohli bychom k tomu ještě dodat již jednou zmíněné, že alternativní možnosti chování by se hledaly v klientově životě, tedy v jeho vlastních zkušenostech, a terapeut by mohl společně s ním hledat alternativní možnosti řešení problému v klientově vyprávění.

3.2.2.2 Reflektující tým

Techniku reflektujícího týmu uvádíme, protože se často používá jako součást závěrečné intervence, která je též v této práci uvedena.³⁰¹

Tato technika se podle von Schlippeho a Schweitzera zakládá na myšlence, že *k optimální změně může dojít tam, kde je „prostor pro výměnu myšlenek mezi dvěma nebo více lidmi, kde je zajištěna individuální integrita dvou nebo více lidí.“*³⁰²

Ludewig uvádí, že reflektující tým se skládá z minimálně dvou a maximálně pěti lidí. Optimálním počtem jsou tři terapeuti. Terapeut, který vede rozhovor s klientem, se nepočítá. Tématem podle Ludewiga je vypracovaná zakázka. Cílem techniky je

³⁰¹ Více v subkapitole 3.2.3 Závěrečná intervence, doporučení.

³⁰² Andersen, T. (HG.) *Das reflektierende Team*. Dortmund: Modernes Lernen. 1990. s. 45 In Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 147.

nabídnout otevírající nápady, dojmy a fantazie, dále zjišťovat zdroje jistot, jež brání zvažování aktuálních alternativ, a vykreslení možností příznivého vývoje. Způsob práce je spíše postavený na principu hledání a uvažování „jaké by to bylo, kdyby...“. Délka zpětné vazby je limitovaná pěti až patnácti minutami.³⁰³ Intervaly mezi reflektujícími fázemi trvají obvykle 20 až 25 minut.³⁰⁴

Technika reflektujícího týmu může probíhat způsobem, kdy členové týmu, jež jsou za jednosměrným zrcadlem, si vymění místa s klienty. Může se to udělat tak, že si buď skutečně vymění místa, anebo pouze přepnou světla a přenos zvuku. Pak už se pozorovatelé dělí o své dojmy a nápady. Terapeut s klientem/ty v této době pozorují vyjádření týmu a po skončení reflexe si všichni opět vymění místa. Terapeut se pak klientů ptá, jaké dojmy z týmového rozhovoru získali. Tento postup se může během sezení opakovat několikrát.³⁰⁵

3.2.3 Závěrečná intervence, doporučení

Závěrečnou intervencí může být podle von Schlippeho a Schweitzera shrnující resumé na konci rozhovoru, dále také paradoxní návrhy jednání nebo úkoly, které mohou být podané ústní nebo písemnou formou.³⁰⁶ Dále autoři uvádějí, že závěrečné intervence se musí držet následujících pravidel. Měly by tedy:

*se týkat pokud možno jen toho, o čem bylo hovořeno, popř. co bylo možno vnímat; zachycovat klientovu metaforiku a popř. ji dál rozvést; vzájemně kombinovat známé, nové a matoucí („třetinové pravidlo“), aby povzbuzovaly k přemýšlení a konfrontaci; být co možná zřetelné, názorné a třeba i drastické; v návrzích jednání vždy obsahovat časové vymezení: Je to „experiment“, limitovaný lhůtou do příštího sezení, nebo se „dočasně“ doporučí ještě nic neměnit, protože v tomto okamžiku se ještě zdá, že „je na to příliš brzy“.*³⁰⁷

Ludewig uvádí, že závěrečná intervence probíhá během čtyř fází: 1) *Potvrzení* – v této fázi terapeut vyzdvihuje ty sebepopisy klientů, jež jsou konstruktivní. Mohou to být např. výjimky a alternativy ve vztahu k problému nebo také upozornění na existující schopnosti. Takové potvrzení nebo uznání posiluje respekt terapeuta vůči klientům,

³⁰³ Srov.: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 93.

³⁰⁴ Srov.: VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 147.

³⁰⁵ Srov.: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 93.

³⁰⁶ Srov.: VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 135.

³⁰⁷ Tamtéž: s. 135 – 136.

sebeúctu klientů, atmosféru důvěry a pátrání po nevyužitých alternativních možnostech; 2) *Zakázka* – v této fázi probíhá redefinice zakázky; 3) *Způsob reakce* – v této fázi se uskutečňuje volba pro jednu z následujících variant: a) snažit se dělat to samé (to, co zatím pomáhalo), b) zkusit dělat něco nového, c) nic neměnit a všechno nechat tak, jak to je (protože se situace blíží k řešení), d) odmítnutí doporučení (v případě, když není stanovená zakázka nebo když terapeutovi nepřísluší); 4) *Poselství* – do této fáze patří určitý druh poselství (komentář, předepsání³⁰⁸ domácího úkolu nebo také žádná zpráva) a forma poselství (která se vztahuje k zakázce a rozhovoru, přiměřeným způsobem klienta k něčemu podněcuje a je zaměřená na budoucnost).³⁰⁹

Pokusme se vztáhnout tento proces na práci s lidmi se ZA. V první fázi terapeut bude na základě klientových vyprávění vyzdvihovat jeho silné stránky. Pro konkretizaci se vrátíme k funkcím alkoholu. U člověka, u kterého alkohol plní funkci anxiolytickou, bude terapeut vyzdvihovat to chování, kdy vyřešil problém s nepříjemnými pocity jiným způsobem než požitím alkoholu. U člověka se sociální funkcí alkoholu bude terapeut vyzdvihovat situace, ve kterých se bez problémů dokázal bavit s přáteli, navazovat kontakty s určitými lidmi apod. bez požití alkoholu. U člověka s orgiastickou funkcí alkoholu se budou vyzdvihovat situace, ve kterých se dokázal bavit a užívat si volný čas bez toho, aniž by se opil.

Ve druhé fázi by se tedy redefinovala zakázka, kterou si člověk se ZA ve spolupráci s terapeutem stanovil.

Třetí a čtvrté fázi se budeme věnovat zvlášť v následující subkapitole.

Ludewig uvádí, že po každé fázi rozhovoru následuje přestávka.³¹⁰ Ta je podle von Schlippeho a Schweitzera důležitým aspektem závěrečné intervence. Autoři uvádějí, že umožňuje terapeutům získat vnitřní odstup a vyvolává také vnitřní napětí u klientů. Pauza tak způsobuje, že terapeutovu sdělení bude věnovaná zvlášť velká pozornost.³¹¹

Závěrečná intervence se dá také kombinovat s reflektujícím týmem, který se konkrétně využívá ve zmíněných přestávkách mezi fázemi rozhovoru.³¹²

³⁰⁸ Jak jsme se již zmínili v kapitole 3.2 Techniky systemické terapie, jedná se spíše o terapeutův návrh, jež se nabízí klientovi.

³⁰⁹ Srov.: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 94.

³¹⁰ Srov.: Tamtéž: s. 94.

³¹¹ Srov.: VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 137.

³¹² Více: LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. s. 93 – 95; VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 137, 147 – 151.

Návrhy jednání

Uvedli jsme již tři návrhy jednání: zkusit dělat to samé, zkusit něco nového anebo nic neměnit. Von Schlippe a Schweitzer mluví o návrzích jednání podobně a doporučují následující možnosti: dělat to samé a více, něco vynechat anebo vyzkoušet něco nového.

Návrh „**zkusit dělat to samé**“ může znamenat, že klient bude dělat to, co mu zatím pomáhalo. U tohoto doporučení bychom mohli nalézt snahu o „stavění“ na klientových silných stránkách. Dodejme k tomu, že podmínkou je, aby se terapeut o těchto alternativních situacích nejdříve na základě rozhovorů s klientem dozvěděl. Pak může klienta na tyto alternativní varianty chování upozornit (vyzdvihnout je) a doporučit, aby v tom pokračoval ještě více. U lidí se ZA by to mohlo být doporučení, aby si klient častěji volil chování, které bylo zatím spíše výjimkou nebo patří do „dávné“ minulosti. Konkrétnější příklady jsme již uvedli ve vztahu k funkcím alkoholu, tzn. že člověk se ZA bude dosahovat určitých cílů pomocí jiných prostředků než pitím alkoholických nápojů.

U návrhu „**něco vynechat**“ jde podle von Schlippeho a Schweitzera o vynechání určitého chování, které bylo v původním vzorci běžným.³¹³ U lidí se ZA by to mohlo znamenat přímo vynechání pití alkoholu nebo takové chování, jako kdyby neměl negativní emoce (anxiolytická funkce alkoholu), neměl problémy s komunikací s určitými lidmi (sociální funkce) nebo jako kdyby žádný druh zábavy, spojený s konzumací alkoholu, neexistoval.

Mohli bychom také představit kombinaci dvou popsanych doporučení, ve kterých by terapeut povzbuzoval klienta, aby využíval svých alternativních schopností (chování, řešení problémů), které si již někdy vyzkoušel, a zároveň aby vynechal své původní stěžejní chování.

Doporučení „**vyzkoušet něco nového**“ poskytují podle von Schlippeho a Schweitzera prostor pro experimentování. Návrhy tohoto typu mohou vést k nejistotě, jelikož je to něco, co ještě není vyzkoušené. Z tohoto důvodu se takové návrhy většinou kombinují s něčím již známým.³¹⁴ Autoři uvádějí čtyři příklady takových doporučení:

1) *Dočasné odložení změn* – terapeut může klientům doporučit, aby zatím nic do příštího sezení neměnili, v případě, když spontánně začali tyto změny uskutečňovat.

³¹³ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 139.

³¹⁴ Srov.: Tamtéž: s. 140.

Klientům se může v tomto případě doporučit, aby si zatím tyto změny (o nichž se během sezení hovořilo) pouze představovali. Toto doporučení má zabránit příliš rychlému vývoji.³¹⁵

Autoři bohužel neuvádějí, proč se má příliš rychlá změna pozastavit. Můžeme se tedy pouze domnívat, že rychlá rozhodnutí mohou být málo promyšlená a nemusí vést člověka k jeho cíli, kdežto lépe promyšlené rozhodnutí může mít řadu nových pohledů a nápadů. Kdyby se např. klient se ZA najednou rozhodl, že náhle přestane požívat alkohol a začne dělat spoustu jiných věcí, vyžadovalo by to určité přemýšlení, zvažování a pátrání po podobných zkušenostech, aby mohla vzniknout určitá představa, jak by to mohlo nakonec dopadnout. Můžeme se také domnívat, že stejně tak by vyžadovalo nějaký čas na přemýšlení, kdyby se např. člověk se ZA, u kterého alkohol plní sociální funkci, rozhodl, že bude aktivně měnit přátele nebo že okamžitě odejde ze zaměstnání a bude hledat nové. Nebudeme v této bakalářské práci tvrdit, že jsou to špatné či dobré nápady, jen budeme předpokládat, že v případě příliš unáhlených řešení neuškodí nějakou dobu si představovat, jaké by to mohlo být a přemýšlet, co všechno to může znamenat a obnášet.

2) *To, co bylo doposud konáno současně, propříště konat jedno po druhém (sudé a liché dny)* – toto doporučení je vhodné pro ty, kdo se nacházejí v neřešeném ambivalentním napětí a musí konat současně protikladné věci: v době puberty trávit současně mnoho času s rodiči, ale také mnoho času s přítelkyní, žít veselý život a současně truchlit po smrti blízké osoby, být v roli otce a vydělávat ve světě práce hodně peněz a současně být doma s dětmi apod. Téměř vše se dá zvládnout, ale ne všechno najednou. Návrhy jednání „jedno po druhém“ mohou nabízet, jak věci zvládat, a to tím, že se naplánují tak, aby byly vykonávány postupně. Klasickým doporučením „jedno po druhém“ je předpis „sudých a lichých dnů“.³¹⁶

Autoři uvádějí příklad třicetiletého muže, který bydlí u svých rodičů a pracuje v dílně pro lidi s psychickým postižením. S oběma pozicemi je spokojený. Má však pocit, že není vytížen a že má nevyužité možnosti. Zároveň, mnohdy již v následujících větách, sděluje, že nezískává žádnou jinou možnost. Nepřetržitě rychle za sebou mění oba odlišné popisy. Na konci sezení terapeut dál klientovi návrh, aby si rozdělil týden na sedm dní. Aby se v pondělí choval jako mladý muž, jež má mnoho různých možností, v úterý jako zaměstnanec pracující v dílně pro lidi s postižením, ve středu

³¹⁵ Srov.: Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 140.

³¹⁶ Tamtéž: s. 140.

jako člověk, jež má vlastní názory a plány, ve čtvrtek jako člověk před důchodem, v pátek jako člověk se vzděláním a jako muž, který může být atraktivní pro ženy, v sobotu jako bezmocný a závislý na rodičích a v neděli podle své vlastní volby.³¹⁷

Tento typ doporučení bychom mohli vybrat jako vhodnější pro lidi se ZA s anxiolytickou funkcí alkoholu, kteří mohou mít např. časté stavy psychického napětí a přetížení z důvodu, že musí vykonávat více činností najednou. V případě zaměstnaného člověka, který vykonává pracovní činnosti, by doporučení podle „sudých a lichých dnů“ bylo nejspíš nevhodné, a to prostě z důvodu, že v každém zaměstnání zřejmě není možné vždycky plánovat pracovní činnosti samovolně a nezávisle na zaměstnavateli. Proto by mohlo být lepší doporučení, aby člověk vykonával činnosti postupně jednu po druhé. Jelikož je také málo pravděpodobné, aby se terapeut vyznal lépe v klientově práci (v oboru či v pracovních činnostech, které vykonává klient v konkrétní pracovní pozici) než sám klient, bylo by možná proto vhodnější, aby si klient plánoval harmonogram svých činností především sám a terapeut mu v tom spíše jen pomáhal. Můžeme předpokládat, že tímto by se zdůrazňovala klientova samostatnost, schopnost, skutečnost, že je expertem na svůj život, a také by se tím podtrhl fakt, že mezi terapeutem a klientem je partnerský vztah.

U člověka se ZA s anxiolytickou funkcí by tím mohly zmizet nebo se alespoň zmírnit pocity psychického neklidu, což by mohlo vést k tomu, že se začnou vytrácet i důvody ke konzumu alkoholu, čímž by se mohly odstranit i jiné problémy apod.

3) *Malé obměny problémového chování* – terapeut může navrhnout, aby si klient své chování zatím ještě předběžně zachoval, ale změny by se týkaly času, prostoru, průběhu nebo zúčastněných osob. Autoři uvádějí tři příklady. Prvním je příklad rodiny s čtyřmi syny, kteří měli enurézu. Rodiče dostali návrh, aby se děti v určitou dobu shromáždily kolem postele a společně se do ní záměrně vymočili. Dále bylo doporučeno, aby převlékání postele a praní ložního prádla první týden bylo na matce, další týden na dětech a další týden na otci. Dalším příkladem je situace rodiny, ve které její otec a manžel každý večer odcházel do sklepa k počítači a nebylo jasné, zda si přeje či nepřeje někoho vidět. Tato rodina dostala doporučení, aby muž použil semafor, na kterém by vždy nastavil určitou barvu, podle které by bylo jasné, zda si přeje někoho vidět. Třetím příkladem je situace rodiny s dívkou, která měla bulimii. Rodina dostala doporučení, aby se nakoupily všechny potraviny, jež patřily k večernímu záchvatu

³¹⁷ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 140 – 141.

žravosti, dále aby se všechno to jídlo dalo slavnostně na podnos a aby to všichni společně odnesli a spláchli do záchodu. Výsledek by byl v podstatě stejný, s rozdílem, že jídlo neprošlo žaludkem dívky.³¹⁸

U člověka se ZA bychom mohli navrhnout, aby např. vyhazoval peníze v takové výši, kterou obvykle utratí za alkohol, nebo aby alkohol, který obvykle vypije, nakoupil a vylil do umyvadla. K tomu bychom mohli dodat, že všechen alkohol by člověk vylil, ale choval by se tak, jako kdyby alkohol požil.

4) *Dělat jako že (problém ještě existuje nebo už je vyřešen)* – tento typ návrhu může pomoci vyvolat *zvědavý postoj badatele*,³¹⁹ a to tím, že se klientovi doporučí, aby se v následujícím období choval tak, jako kdyby problém byl, i kdyby zrovna chyběl. Člověk, který mívá manické fáze, se např. může chovat tak, jako kdyby zrovna manickou fází měl. Nebo jiný člověk může dělat, jako že druhého nenávidí. Jiný zase, jako kdyby ho bolela hlava. Dále by klient pozoroval, jak na jeho projevy reaguji druzí. Na základě tohoto úkolu je možné rozpoznat interakční vzorce, jež jsou vytvořené kolem problému. Jako příklad autoři uvádějí situaci ženy, která mohla uniknout přetěžujícím požadavkům okolí pouze bolestmi hlavy. Byla tedy požádána, aby simulovala bolesti hlavy dříve, než je bude mít ve skutečnosti, a tím vysílala varovný signál. Tímto způsobem měla zjišťovat, zda by se nemohla vyhnout přetěžování předčasně.³²⁰

V případě člověka se ZA by mohlo být návrhem, aby se tento člověk pouze choval, jako kdyby byl opilý. Problémem by však mohla být nedůvěryhodnost hraného stavu opilosti. Z druhé strany by nemuselo jít o předstírání opilosti, ale o to, jak působí určité chování jedince na jeho okolí. O dalším problému se můžeme domnívat, že řada lidí nemusí mít vždy dostatečnou odvahu chovat se tak, jako kdyby byli pod vlivem alkoholu. Protože, jak jsme se již zmínili v kapitole 1 Závislost na alkoholu, po požití alkoholu se lidem zvyšuje sebevědomí a ztrácejí se zábrany ve společenském chování.

Když se vrátíme k funkcím alkoholu, můžeme si také opět zkoušet představovat lidi s různými problémy, jako např. úzkost nebo jiné nepříjemné pocity, s určitými problémy v navazování a udržování některých sociálních kontaktů a s problematickou volbou zábavy. Tím techniku více specifikujeme pro lidi se ZA.

³¹⁸ Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. s. 141.

³¹⁹ Tamtéž: s. 141.

³²⁰ Tamtéž: s. 141.

U člověka s anxiolytickou funkcí by bylo možné navrhnout, aby se choval (alespoň podobně) jako opilý ještě dříve, než bude mít negativní emoce. U člověka se sociální funkcí lze doporučit, aby otevíral konverzaci s lidmi (s nimiž obvykle konzumuje nadměrně alkohol nebo s nimiž komunikuje ve stavu podnapilosti až opilosti) a pouze se snažil chovat, jako kdyby byl opilý. U člověka s orgiastickou funkcí by bylo možné navrhnout, aby dělal stejné činnosti a choval se takovým způsobem ve svém volném čase (tedy konkrétně v době, kdy nadměrně konzumuje alkohol v rámci zábavy) jako obvykle, pouze s rozdílem, že by nepil. V případě opačných doporučení by se pak člověk nemusel chovat, jako kdyby byl v opilém stavu, ale naopak jako kdyby alkohol k tomu nepotřeboval (např. jako kdyby neměl negativní emoce, jako kdyby neměl problémy s komunikací, jako kdyby se mohl bavit i bez alkoholu).

U doporučení „**nic neměnit**“ bychom mohli předpokládat, že člověk se ZA je již na cestě k řešení, a to buď s něčí pomocí, nebo samostatně. Můžeme předpokládat, že tento návrh by mohl zahrnovat také určité povzbuzení a vyzdvižení silných stránek klienta.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo najít způsob, jakým by se daly techniky systemické terapie využívat při práci s lidmi se ZA. Nejdříve v kapitole 1 Závislost na alkoholu byly uvedeny různé typy závislosti, jedním z nich byl anglosaský typ gama. Dále jsme také uvedli čtyři funkce, které plní alkohol: anxiolytická, sociální, orgiastická, výživná. Zaměřili jsme se na první tři funkce, protože jsou běžné pro ZA typu gama, jež je nejčastější v České republice. Dále v kapitole 2 Systemická terapie jsme uvedli pohled systemického přístupu a v kapitole 3 Vybrané techniky systemické terapie jsme popsali některé techniky systemické terapie a navrhli způsob, jakým by se dalo na ZA nahlížet a kde by bylo možno hledat klientovy silné stránky, na kterých by mohl člověk dále „stavět“. Zaměřili jsme se tedy nejdříve na tři problémové oblasti ZA, a to podle funkcí alkoholu (anxiolytická, sociální a orgiastická). Dále jsme navrhli „místa“, kde by se mohly objevovat klientovy ověřené schopnosti „nemít problém“. Ty by se samozřejmě musely zjišťovat až při individuální práci s každým jednotlivcem. Tato práce měla tedy navrhnout určitou základní orientaci, kam by mohly směřovat techniky systemické terapie.

Při práci s lidmi se ZA se dají využívat techniky i jiných psychoterapeutických přístupů. V absolventské práci jsme se např. zabývali technikami kognitivně – behaviorální terapie při práci s touto cílovou skupinou.

Vizí této práce byla existence organizace poskytující sociální služby pro lidi se ZA, ve které by byl přítomen jak sociální pracovník, resp. pracovníci, tak terapeut, který nemusí být výhradně systemický. Tato vize a práce zaměřené na lidi se ZA by mohly být určitým podnětem pro vypracování projektu pro vznik nové již zmíněné neziskové organizace.

LITERATURA A ZDROJE

Literatura

1. ANDERSON, H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-903858-6-3 [Z anglického originálu ... přeložil NEPUŠTIL, P.]
2. DOČKAL, J., *Člověk a drogy*. Praha: o.s. Éthum, 2000. ISBN není uvedeno
3. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3
4. GUDZENKO, O. *Využití kognitivně – behaviorální terapie při práci s lidmi závislími na alkoholu: Využití technik kognitivně – behaviorální terapie při práci s lidmi se závislostí na alkoholu*. Absolventská práce. Olomouc: Caritas VOŠ sociální Olomouc, 2010.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
6. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. Vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0
7. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007. ISBN 978-80-7357-276-1
8. KOLDINSKÁ, K. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: C.H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-620-6
9. KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1985. ISBN není uvedeno
10. LUDEWIG, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata 1994. ISBN 80-901710-0-1
11. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gambleři*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8

12. NEŠPOR, K. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-002-9
13. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
14. PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing, o.s., 2006. ISBN 80-247-0871-X
15. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
16. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum/Zdravotnické nakladatelství, n. p., 1987. ISBN není uvedeno
17. SKÁLA, J. *...až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: zneužívání a závislost*. 4. vyd. Praha: Avicenum/Zdravotnické nakladatelství, 1988. ISBN není uvedeno
18. SMITH, N. W. *Современные системы психологии: История, постулаты, практика*. Москва: Олма – Пресс, 2003. ISBN 5-93878-082-9 [z anglického originalu ... přeložili MIRONOV, N., RYSEV, S.] (*Current systems in psychology: History, theory, research, and applications*. Belmont, CA: Wadsworth, 2001. ISBN 0-8304-1484-8).
19. ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze: Vydavatelství PA ČR, 2006. ISBN 80-7251-224-2
20. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. Písek: Renaissance, 1996. (ISBN není uvedeno)
21. Von SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-082-7
22. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1428-8

23. ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. Psychoterapie 1., 2007. (ISBN není uvedeno)

24. ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce. 2007, č. 3. (ISBN není uvedeno)

25. ZATLOUKAL, L. *Práce se zakázkami v psychoterapii a poradenství – systemický přístup*. Sociální práce. 2008, č. 3. (ISBN není uvedeno) Dostupné z WWW:

<<http://www.dalet.cz/Clanky/zakazky.pdf>>

Prameny

26. Občanský zákoník č. 40/1964 Sb. ve znění pozdějších předpisů

27. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje

28. G&I: Konzultační a vzdělávací skupina. [cit. 24.7.2010] Dostupné z WWW:

<<http://g-i.cz/cz/>>

29. HEYLINGEN, F., JOSLYN, C., *Kybernetika a kybernetika druhého řádu*. 2004 [cit. 16-6-2010] [přeložil ... David Průdek] Dostupné z WWW:

<<http://www.systemic.cz/document/cybernetics.pdf>>

30. ILLEOVÁ, M. *Systemický přístup, sociální práce a komunikace*. Magisterská diplomová práce. Brno: Masaryková univerzita, Fakulta sociálních studií, 2007. Dostupné z WWW:

<http://is.muni.cz/th/185340/fss_m/>

31. KONEČNÝ, M. *Systémové a systemické směry v psychoterapii a psychosomatice*. Psych @ Som. 2007, č. 3. (ISBN není uvedeno) Dostupné z WWW:

<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_3/Psychosom_%203_2007.pdf>

32. MURDOCH, D., BARKER, Ph. *Základy behaviorálnej terapie*. Česko-slovenské vydanie. ISBN není uvedeno. [cit. 23.3.2010] Dostupné z:

<<ftp.caritas-vos.cz>: TMSP: Zatloukal-2DS: Studijní materiály>

33. *Přes sedm procent Čechů je závislých na alkoholu*. [cit. 18.7.2010] Dostupné z WWW:

<<http://www.ct24.cz/domaci/83784-pres-sedm-procent-cechu-je-zavislych-na-alkoholu/>>

34. *Umění terapie – komplexní psychoterapeutický výcvik*. [cit. 24.7.2010] Dostupné z WWW:

<<http://www.studujte.cz/index.php?show=more&id=1327>>

35. ZATLOUKAL, L. *Přístup zaměřený na řešení – stručný úvod*. [cit. 22.7.2010]. Dostupné z WWW:

<<http://dalet.cz/Clanky/SFBT-uvod.pdf>>