

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské/kombinované studium
2010-2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jana Březinová

**Systemický přístup v psychoterapii psychosomatických
onemocnění**

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

MUDr. Pavla Hellerová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010-2012

DIPLOMA THESIS

Jana Březinová

**Systemic Approach in Psychotherapy of Psychosomatic
Illnesses**

Praha 2012

The Diploma Thesis Supervisor:

MUDr. Pavla Hellerová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jana Březinová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce MUDr. Pavle Hellerové za cenné rady a postřehy.
Dále ing. Milanu Chladovi, PhD. za pomoc při formálním zpracování práce.
V neposlední řadě svým kolegům a pacientům za inspiraci a podnětné zážitky.

Anotace

Práce se zabývá aplikací systemického přístupu v psychoterapii psychosomatických onemocnění. Popisuje základní filozofická východiska, metodologii a praxi systemického přístupu a jeho použití v psychoterapii pro psychosomatická onemocnění. Dále vymezuje pojem „psychosomatický“ z pohledu historie a postmoderní filozofie. Celkově se zaměřuje na specifika této problematiky a formou reflektovaných kazuistik vybraných psychosomatických onemocnění dokladuje relevantnost použitých metod a možnost systemické terapie vůbec.

Klíčová slova

Kazuistika, kontext práce s klientem, metodologie systemiky, psychosomatika, psychoterapie, terapeutický rozhovor, systemický přístup.

Annotation

The work deals with the application of systemic approach in psychotherapy of psychosomatic illnesses. The original philosophical starting points along with the methodology and practice of systemic approach and its application in psychotherapy of psychosomatic illnesses are presented. Furthermore, the theses determines the term "psychosomatic" respecting the history and postmodern philosophy. Generally, it is aimed at the specifics of this matters and by the form of reflected casuistries of selected psychosomatic illnesses it illustrates the relevancy of used methods and the possibility of systemic therapy at all.

Keywords

Case report, context of the work with client, interviewing techniques, psychotherapy, systemic approach, systemic methodology, therapeutic interview.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	9
1. ZÁKLADY SYSTEMICKÉ TEORIE	11
1.1 Filozofická východiska	12
<i>1.1.1 Radikální konstruktivismus</i>	<i>12</i>
<i>1.1.2 Teorie autopoietických systémů</i>	<i>13</i>
<i>1.1.3 Teorie sociálních systémů</i>	<i>15</i>
<i>1.1.4 Realita</i>	<i>16</i>
<i>1.1.5 Říše jazyka</i>	<i>17</i>
1.2 Hamburská škola	17
1.3 Na řešení orientovaný přístup	19
1.4 Narativní přístup	22
1.5 Metody a techniky rozhovoru	24
1.6 Systém pomoci a kontroly	25
2. PSYCHOSOMATIKA	29
2.1 Psychosomatika z pohledu psychiatrie	30
2.2 Historie psychosomatického myšlení	31
<i>2.2.1 Přínos dr. Jana Poněšického pro psychosomatickou praxi</i>	<i>34</i>
2.3 Psychosomatické modely	36
<i>2.3.1 Model 1 - nerozlišitelná psychosomatická jednota</i>	<i>37</i>
<i>2.3.2 Model 2 - instruktivní interakce mezi psyché a soma</i>	<i>37</i>
<i>2.3.3 Model 3 - dva operacionálně uzavřené strukturálně sružené celky.....</i>	<i>39</i>

PRAKTICKÁ ČÁST

3. APLIKACE SYSTEMICKÉHO PŘÍSTUPU V PSYCHOTERAPII PSYCHOSOMATIYKÝCH PORUCH	42
3.1 Kontexty pro terapii psychosomatických poruch	43
3.2 Zadavatel terapie	43
3.3 Práce s předpoklady	44
4. SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP V KLINICKÉ PRAXI PŘI TERAPII VYBRANÝCH PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH	47
4.1 Systemická terapie u revmatoidní artritidy	49
4.1.1 <i>Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby revmatoidní artritidy</i>	50
4.1.2 <i>Kazuistika reflexí systemického přístupu</i>	51
4.2 Systemická terapie při dg. bolesti břicha, dráždivý tračník	60
4.2.1 <i>Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby při funkčních poruchách GIT</i>	61
4.2.2 <i>Kazuistika s reflexí systemického přístupu</i>	61
4.3 Systemická terapie při poruchách pohybového aparátu	69
4.3.1. <i>Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby nemocí pohybového aparátu</i>	70
4.3.2. <i>Kazuistika s reflexí systemického přístupu</i>	71
4.4 Systemická terapie při poruchách plodnosti	75
4.4.1 <i>Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby neplodnosti</i>	76
4.4.2 <i>Kazuistika s reflexí systemického přístupu</i>	78
ZÁVĚR	83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	85
SEZNAM PŘÍLOH	87
PŘÍLOHY	88

ÚVOD

V posledních letech se v lékařských vědách stále častěji používá pojem „psychosomatický“. Jde o pojem moderní medicíny, avšak ne vždy se opravdu používá na pravých místech a relevantních situacích. Často pacienti slýchávají od svých lékařů, že jejich problémy jsou psychického původu, ale tím celý proces také končí. Pacienti tomuto sdělení nerozumí a nedokážou v rámci svých kompetencí přebrat iniciativu a vyhledat spolupráci psychoterapeuta. Druhou stranou trendu tzv. psychosomatických onemocnění je zakládání specializovaných klinik, kde je propojena somatická medicína s psychologickou a psychoterapeutickou péčí. V ČR je nejznámější psychosomatická klinika v Liberci vedená dr. Chválou a Dr. Trapkovou. Dalším posunem v této oblasti je, že somatičtí lékaři začínají více spolupracovat s psychology. Je tomu např. na soukromých klinikách, kde je soustředěno více oborů, dále bývá standard psychologické péče na klinikách reprodukční medicíny.

Také samotný obor psychosomatiky v posledních letech zaznamenal značný rozvoj. Hlavně díky rozvoji jednotlivých psychoterapeutických škol a přístupů. Přebírá se inspirace ze zahraničí, začínají se respektovat i jiné přístupy než klasické. Jedním z těchto přístupů je systemický, který vychází z postmoderních filozofií, převážně z teorie radikálního konstruktivismu. V zahraničí je tento přístup v oblasti psychosomatické medicíny uznáván jako zcela relevantní a je zařazen do systému oficiálních léčebných postupů pro zdravotní pojišťovny.

Práce je zaměřena právě na problematiku aplikace systemického přístupu v psychoterapeutické práci v oblasti psychosomatických onemocnění, odráží systemické myšlení v přístupu k psychosomatické problematice. Dokladuje také přínos pro poradenskou a psychoterapeutickou práci v oblasti somatopedie. Snaží se tak reagovat na fakt, že v poslední době přibývá dětí, které mají různá somatická onemocnění, která souvisí s jejich zátěžovou životní situací (např. rozvodová situace, neúplná rodina, výchovné problémy atd.).

Práce je inspirovaná několikaletou zkušeností autorky jakožto psychoterapeutky pro psychosomaticky nemocné a rovněž absolventky a později supevizorky Komplexního psychoterapeutického výcviku v systemické psychoterapii při Institutu systemické zkušenosti v Praze. Při zpracovávání kazuistik vychází z více než desetileté klinické praxe.

Cílem práce není podrobné vysvětlení filozofie a jednotlivých směrů systemicky pojaté psychoterapie, ale vystižení její základní myšlenky a technik, které jsou dále aplikovány do oblasti psychosomatiky. Především jsou ukázány možnosti a výhody těchto metod pro samotnou práci s klienty. Práce se drží kontextu psychoterapeutického a jasně vymezuje psychoterapii jako samostatný obor.

Systemický přístup se v odborných kruzích setkává s četnou kritikou neuznávání diagnóz a psychopatologie, či nedostatečným teoretickým základem apod. Bohužel v omezeném rozsahu diplomové práce nelze objasnit všechny otázky, které se k systemice váží, ale v rámci možností jsou uvedeny pouze stručné definice základních pojmů a ukázány výhody a především možnosti popisovaného přístupu.

V praktické části jsou zpracována vybraná psychosomatická onemocnění, se kterými se klienti velmi často potýkají. Kazuistiky jsou podrobně zpracovány s ohledem na vystižení a reflektování systemické školy a mají dokladovat vhodnost použití metodiky systemické psychoterapie pro vybranou skupinu klientů. Mají také dokladovat platnost a funkčnost užívaných metod. Uvedené poznatky mohou být nejen profesní inspirací, ale také podnětem pro diskuzi v odborných kruzích, které jasně vymezují možnosti, výhody, rozdíly a přínos systemické psychoterapie.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁKLADY SYSTEMICKÉ TEORIE

Pojem „systemický“ je odvozen od slova systém. Systemický přístup chápe systém jako jednotky, které pozorovatel vytváří operacemi rozlišování. Jsou to jednotky složené a ohraničené. V následujících kapitolách je představen systemický přístup v psychoterapii z hlediska jeho filozofických východisek, metodologie a přesahů do poradenské a psychoterapeutické praxe.

„Systém jako takový je rozpoznatelný až tehdy, když jej lze odlišit od jeho prostředí, a to evidentně není možné bez pozorovatele, který rozhoduje o tom, co považuje za systém a co za prostředí.“ [1] str. 40.

Teorie systémů má svůj vývoj a řadu vysvětlení. Nejprve se vyvíjela v biologii a fyziologii. V období 2. světové války vstupuje významně do teorie systémů kybernetika. Zabývá se obecnými vlastnostmi a chování systémů, hlavně pak přenosem informací mezi systémy. V období od roku 1950 do roku 1980 nastupuje fáze „kybernetiky 1. řádu“ - fáze teorií o pozorovaných systémech. Následuje fáze „kybernetiky 2. řádu“ - teorie o pozorovateli [3]. Další významnou dobou pro vývoj teorie systémů byl počátek 80. let, kdy vstupuje do hry vliv úvah o autopoíze živých systémů.

„Systémy stejně dělají to, co odpovídá jejich sebeorganizaci, protože pokračování dalšího vývoje nelze zabránit, a proto terapeuté nemohou své klientské systémy ani objektivně popsat, ani instruktivně řídit. Tím pádem se také mění představy o roli terapeutů a poradců.“ [1] str. 39.

V podstatě neexistuje žádná obecně platná teorie systemiky, neexistuje žádný zakladatel. Systemika postupně vzniká v 70. a 80. letech 20. století na různých místech světa u řady terapeutů, kteří se právě nechali inspirovat

myšlenkovým proudem o teorii systémů. Teorie vychází z filozofie radikálního konstruktivismu a z teorie sociálních systémů.

„Předmětem systemického myšlení jsou základní otázky lidské existence“ [2] str. 14.

Tato kapitola se zabývá především filozofickými východisky a mezi mnoha různými školami a představiteli systemického přístupu popisuje výhradně ty, které podstatně ovlivňují a vytvářejí základní metodologický rámec systemické psychoterapie.

1.1 Filozofická východiska

Jak již bylo řečeno, systemické přístupy se opírají o teorii systémů. Systemický přístup výrazně ovlivňují rovněž dobové filozofické směry, jmenovitě radikální konstruktivismus a postmoderní filozofie.

Doba postmoderny ovlivňuje systemické poradenství zhruba od počátku 80. let. Směřuje až k eklekticismu a pluralitě hledisek. Na rozdíl od modernismu, který požadoval jasné vysvětlení věcí, empirický výzkum, vědeckost a hledání kauzálních vysvětlení a universálních pravd, se postmodernismus vzdává universálních teorií, je skeptický a odmítá přesvědčení o universální pravdě. Hlavním přínosem je pluralita na nejrůznějších úrovních. Zjednodušeně řečeno, umožňuje různé pohledy na různé věci, dovoluje rozehrávat různé pohledy ve skupinách, v rodinách apod. Systemický terapeut se v tomto kontextu může cítit svobodný, neboť se nemusí držet jedné platné teorie a má různé možnosti k rozvoji vlastního stylu.

1.1.1 Radikální konstruktivismus

Při vzniku systemického přístupu měly prvotní úlohu konstruktivistické teorie. Konstruktivismus vyšel z postmoderní filozofie a teorie systémů, především z kybernetiky druhého řádu. Klade důležitost na poznání, aktivní vytváření a konstruování subjektu.

„Ústřední otázkou konstruktivismu je, jakým způsobem se aktivně podílíme na konstrukci našeho vlastního světa zkušeností“. [1] str. 63.

Radikální konstruktivismus tvrdí, že poznání nereflektuje objektivní realitu, ale pouze to, co vytváří naše zkušenost. Odklání se tak od přesného popisu a tvrzení o objektivní pravdě a realitě. Radikální konstruktivismus chápe svět jako nekonečně velké množství realit a významů. Význam je tvořen pomocí jazykové aktivity, která je interakční a neustále se mění. Významy se pak mohou nekonečně dekonstruovat, přerámovávat. Úzce s tímto přístupem souvisí koncept pozorovatele (viz. teorie autopoietických systémů). Poznání je poznání pozorovatele. Realita je realitou konstruovanou pozorovatelem, jedincem.

Radikální konstruktivismus vychází z předpokladu, že poznání se děje v lidech a že myslící subjekt konstruuje své vědění na základě vlastní zkušenosti. Svět, který konstruujeme na základě svých zkušeností je vlastně svět, ve kterém vědomě žijeme.

„Konstruktivismus začíná své vyprávění od pozorovatele, nikoliv od skutečnosti“. [4] str. 6.

1.1.2 Teorie autopoietických systémů

Další významný pohled přinášejí do filozofických východisek systemického přístupu biologové Humberto Maturana a Francisco Varela. Vytvořili koncepty, které se týkaly zvláštností živých systémů a odlišují je od fyzikálně chemických systémů neživé přírody a od technických systémů. Na základě svých výzkumů, kdy se Maturana snažil pochopit jev percepce, dospěl k otázce, zda existuje korelace mezi vnímaným jevem a tím, co přijímají buňky sítnice. Nervový systém označuje jako uzavřený a tvrdí, že jde o vnitřně konzistentní systém a neobsahuje reprezentace nebo obrazy prostředí. Jinak řečeno, neexistuje žádná objektivní skutečnost, ale skutečnost, která je řečena pozorovatelem. Právě pozorovatel se stává zdrojem všech realit.

Poznání je tedy biologický fenomén, který je determinován strukturou organismu, nikoliv objekty vnějšího světa. Lidský nervový systém je operacionálně a funkcionálně uzavřený. Poznání je výsledkem zkušeností. Toto vedlo Maturanu k myšlence, jaká je vlastně organizace života? Souhlasí s Batesonem, že organizace živého systému je cirkulární a navíc přidává, že je organizačně uzavřená a nazývá takovéto systémy systémy autopoietickými. Dále Maturana rozlišuje mezi organizací a strukturou systému. Každému systému přísluší organizace, která určuje, že jednotka patří do určité třídy. Organizace je neměnná. Naopak struktura systému, která se týká aktuálních mezí, ve kterých se živá bytost nachází, se neustále mění a přizpůsobuje se tímto podmínkám prostředí tak, aby mohla panovat shoda. Systém si uchovává svoji identitu, dokud jeho organizace zůstává nezměněna.

Převedeno do praxe:

„V různých pracovních oblastech může takový způsob pohledu přispět k tomu, aby zvláštnosti žáků, pacientů nebo spolupracovníků – i v případě, že se nelíbí - byly vnímány jako odpovídající jejich struktuře, jako užitečné pro jejich přežití.“ [1] str. 50.

Toto tvrzení klade na odborníky z pomáhajících profesí nárok, aby prozkoumali a ocenili strukturu jedinců a dávali jí vhodný podnět ke změně. V praxi tato teorie přináší možnost přijetí např. společensky nevhodného chování (násilí, krádeže, týrání). Můžeme na tyto činy nahlížet jako na v danou dobu jedinou možnost interakce člověka s prostředím. Jeho organizmus nebyl v tu chvíli ničeho jiného schopen. Neznamená to však, že ho obhajujeme nebo dokonce, že s jeho činy souhlasíme. Jako odborníci ale můžeme vytvářet organizmu jiné prostředí k tomu, aby měl příště jinou možnost interakce. Humberto Maturana své teorie rozvíjí a významně tím dále zasahuje do teorie systémů.

1.1.3 Teorie sociálních systémů

Jak již bylo řečeno, systém se skládá z jednotek, které jsou vytvářeny a popisovány pozorovatelem. Pozorovatel určuje jeho prvky, vztahy mezi prvky a hranice. Hranice systému má za funkci útvár oddělovat od okolního prostředí a současně se k němu vázat.

Pro teorii sociálních systémů a následně pro předpoklady terapeuta, který se systémy pracuje, je důležité mimo vztahů, hranic a komponentů systému, respektovat také následující základní aspekty:

- změnou jednoho prvku se mění celý systém
- vlastnosti systémů jsou jiné než vlastnosti kteréhokoliv z prvků

Rodinné terapie začaly se zkoumáním rodin z pohledu sociálních systémů. Lidé jsou prvky systému, vytvářejí jej zřetězením svých vzájemných akcí a kvalita systému závisí na jejich interakčních dovednostech. Vznikají teorie sociálních systémů, které významně ovlivňují přístupy jednotlivých terapeutických škol.

H. Maturana přenáší na sociální vztahy analogii obecné teorie interakce mezi organismy - sblížování struktur. Tvrdí, že sociální systémy se skládají z lidí. Jazyk pak dovoluje rozšířit chování o mluvení, tzv. „jazykování“, které rozšiřuje možnosti koordinací a sblížování struktur.

N. Luhmann, sociolog, vylučuje ze sociálního systému lidi. Systém popisuje jako komunikační akty, kde hranice sociálního systému tvoří smysl.

K. Ludewig kombinuje Maturanu a Luhmanna a trvá na principu pozorovatele. Zavádí pojem součlenství. Systém dle Ludewiga existuje pouze v čase a je rozlišitelný pouze jsou-li rozlišeny tři podmínky: členství, téma a smysl.

Systém, který respektuje všechny uvedené náležitosti a charakteristiky se nazývá **sociální systém**. Dovoluje konstruovat sebe sama v živé vzájemnosti,

konstruovat společný prostor v situaci, kdy všechny strany jsou na tom stejně. To vše se děje za přítomnosti důvěry a bezpečí.

Kurt Ludewig nadále rozvíjí teorii sociálních systémů pro klinickou praxi. Více viz Hamburská škola.

1.1.4 Realita

Otázky „Co je reálné?“, „Co je objektivní pravda?“, „Jak je to s přímou kauzalitou?“ patří mezi základní otázky systemického přístupu. V práci již byly představeny a popsány mnohé teze, které poskytují zdánlivě jednoduchou odpověď, že objektivní realita neexistuje. To, co vnímáme jako realitu, je ve skutečnosti něco, co je rozpoznáváno pozorovatelem (našimi smysly) a je posléze vyhodnoceno na základě naší zkušenosti. Proto se na jednu situaci může nahlížet různými způsoby, každý ji může prožívat odlišně a jinak jednat, právě na základě sebeorganizace. Je pravda, že toto tvrzení vzbuzuje v odborných kruzích bouřlivé diskuze, neboť se odklání od pozice expertnosti: „Já vím, jak to mají druzí a díky tomu o nich mohu rozhodovat“. Nabízí však velký prostor pro poznání toho druhého a pro vytváření respektujícího prostoru k tomu, aby mohlo dojít k terapeutické změně.

Další odpovědí, kterou přináší diskuze o realitě, je názor, že při vzájemné interakci mezi systémy nemůžeme uvažovat o přímé kauzalitě. Znamená to, že nelze druhé ovlivňovat přímou interakcí, tedy tvrdit, že toto je příčinou onoho. Rozdílnost tohoto tvrzení můžeme pozorovat v praxi, kdy systemicky orientovaný terapeut nenabízí expertní pohledy typu: „Díky tomu, že jste onemocněl, se narušil Váš vztah s manželkou“. Na druhou stranu však nabízí různé pohledy na situace klientů, např.: „Jak si vysvětľujete, že po Vaší nemoci se Váš vztah s manželkou mění?“.

Souhrnně řečeno, v terapeutické práci je vždy realitou to, co klient sám popisuje. Vyjadřuje to, jaké zastává postoje. Terapeut se k realitě klienta připojuje svým pozorováním, konstruováním své reality a podněcuje klienta ke konstruování reality jiné, užitečnější.

Toto vše se děje prostřednictvím jazykování.

1.1.5 Říše jazyka

Další velmi důležitou otázkou systemického přístupu je, jak vlastně dochází v sociálních systémech k tomu, co společně prožíváme jako skutečnost? Poznání a vzájemná interakce vzniká v jazyce.

„Všechna pozorovatelná rozlišení jsou „stvoření v jazyce““. [4] str. 6.

Jazykování - vzájemné domlouvání se, jak verbální tak neverbální, dovoluje překlenout rovinu bezprostředního, právě přítomného a bezčasového konání tím, že otevírá možnost o věcech společně mluvit. Poodstoupit od bezejmenných věcí a hledat smysluplná vysvětlení jak jim rozumět. Jazyková koordinace dává lidem v sociálních systémech možnost, aby se dohodli na určitých společných tématech, která jim dávají smysl. Smysl může být dlouhodobého charakteru, např. rodina, manželství, přátelství apod. Nebo naopak krátkodobý, např. vytvoření sociálního systému, jehož smyslem bude sepsání bakalářské práce.

1.2 Hamburská škola

Zakladatelem Hamburského institutu systemických studií je Kurt Ludewig. Ve své klinické teorii spojuje koncepty teorie systémů H. Maturany a N. Luhmanna a vytváří celkový koncept klinické teorie. Bere ohled na člověka, na jeho tělesnou a psychickou dynamiku a uvažuje sociální systémy, které mají povahu událostí. Jednotky sociálního systému koncipuje jako „členy“ a vytváří tak most mezi člověkem a komunikací [5]. Člověk nese v systémech různá členství a je s nimi členstvím spojen. Z členství pak vychází jeho charakteristické chování, které označujeme jako role. Zavedení pojmu člena dovoluje rozlišovat mezi lidmi a jejich členstvími. Umožňuje vyvozovat určité fenomény právě z členství, např. rakovina. Být nemocný je rolí plynoucí z určitého členství, není to celý člověk, celá jeho role. Nemocný je dále členem

dalších systémů, má další role. Toto je v terapii velmi důležité, zde můžeme objevovat zdroje pomoci a vyrovnávání se se situací.

Pro terapeutickou práci s klienty se stal podstatný proces čtyř sociálních systémů.

Problémový systém - systém je udržován kolem tématu, které je členy označeno jako problémové, nežádoucí. Zdůrazňuje, že problémový systém je ten, který je vytvořen kolem problému. Neplatí, že nějaký systém má problém. Např. rodina jako systém nemá problém s nemocí svého otce, ale kolem nemoci otce se vytváří systém, který má problém. Do tohoto systému se může řadit nejen rodina, ale i spolupracovníci, přátelé, zdravotníci apod.

„Problém je každé téma komunikace, které něco hodnotí jako nežádoucí a vyžadující změnu.“ [5] str. 116.

Systém hledající pomoc - členové systému postupně docházejí k tomu, že situaci nezvládají a potřebují s ní pomoci. Rozhodnou se pomoc vyhledat. V praxi navštíví psychoterapeuta.

Klinický systém - pomoc hledající systém a pomoc nabízející společně v rozhovoru hledají možnosti pomoci, ujasňují si svoje přání, očekávání, možnosti a prostředky k pomoci. Vytvářejí přechodně klinický systém, přeformulovávají problém ve smyslu možností pomoci.

Terapeutický systém - vzniká ve chvíli, kdy pomoc hledající systém a pomáhající společně formulují téma, tzv. „terapeutickou zakázku“. Tento systém trvá do té chvíle, než je zakázka naplněna. Ukončení tohoto systému se vyznačuje dosažením cíle - systém trpí svými problémy méně, únosněji, nebo vůbec.

Tato klinická teorie vnesla do terapeutické práce významné změny. Změnil se náhled na dlouhotrvající terapie a diagnostikování klientů. Díky tomuto konceptu mohou terapeuti a klienti společně vytvářet to, na čem se má pracovat

a kdy může být spolupráce ukončena a na čem se to pozná, tzn. co bude jinak po ukončení terapie.

1.3 Na řešení orientovaný přístup

Zakladateli na řešení orientovaného přístupu, nebo-li krátké terapie (SFBT), jsou Steve de Shazer a Insoo Kim Berg, působící v Centru krátké terapie v Milwaukee v USA.

Základní myšlenka zmiňovaného přístupu vychází z předpokladu, že mluvení a popis problému klientů vždy přináší problém. Naopak zaměření se na řešení přináší řešení. Berg a Shazer používají pojmy „mluvení o problému“ (problem talk) a „mluvení o řešení“ (solution talk).

Hlavní zásadou SFBT je: *„když to není rozbité, nespravuj to“*. *Teorie, modely a filozofie intervencí nejsou relevantní, jestliže už klient svůj problém vyřešil.*“ [6] str. 16.

Pokud bude v rozhovoru s klientem kladem důraz na popis problému, terapeut spolu s klientem nakonec uvěří v nezměnitelnost situace. Konstruování řešení vyžaduje naopak zcela odlišný způsob uvažování, které je mimo problém.

K přístupu krátké terapie také patří předpoklad, že klient přichází s řešením své situace, terapeut mu ji pouze vhodným dotazováním pomáhá nalézt. Důležitým momentem je také víra ve zdroje klienta. Zdrojem se rozumí vše, co klientovi pomáhá nebo může pomoci v řešení jeho situace, tudíž ke změně. Terapeut očekává změny vycházející ze zdrojů.

Krátká terapie klade důraz na to, jak a na čem terapeut spolu s klientem poznají, že je problém vyřešen. Výrazným prvkem této terapie je systém otázek, který se zaměřuje na užívání slov, chování a prožívání klienta.

Při úvodním sezení krátká terapie rozlišuje klienty následujícím způsobem:

Návštěvník - klient bere na vědomí, že se návštěva u terapeuta týká jeho, ale neví, co by se mělo změnit. Nemá potíže, objednávky ani očekávání.

Stěžovatel - klient popisuje obtíže, ví, co by se mělo změnit, ale změnu očekává od jiných.

Klient - klient má představu o tom, co se má změnit a ví, že se změna týká jeho samotného. S takovýmto typem klienta se lze domlouvat na terapeutickém kontraktu.

Typické pro krátkou terapii jsou techniky, které vhodnou aplikací vedou k výše popsanému procesu tj. *od problému k řešení*.

6 užitečných otázek:

Na změny před setkáním - terapeut se zaměřuje na změny, které se staly v souvislosti s problémem, v období před konzultací. Např.: „Změnila se nějak Vaše situace od doby, kdy jste se objednal ke konzultaci?“

Na výjimky - terapeut sleduje odlišnosti v popisech klienta a soustřeďuje jeho pozornost na situace, kdy je to jinak. Např.: „Říkáte, že... bylo to někdy jinak? Stalo se někdy, že problém nebyl?“

Na zvládnutí - terapeut pracuje s tím, jak klient svoji situaci zvládá. Mezi základní otázky patří např. „Jak to děláte, že situace není horší. Jak se stalo, že jste to zvládl..?“

Na zdroje - zdrojem je označováno vše, co klientovi pomáhá daný problém zvládnout, vyřešit. Pokud se na toto terapeut v rozhovoru zaměřuje, podporuje zvládnutí. Např.: „Co Vám ve Vaší situaci nejvíce pomáhá? Co Vám umožňuje situaci zvládat?“

Na cíle - terapeut oslovuje, čeho chce klient dosáhnout. Za cíl by mělo být považováno to, co je reálné, splnitelné a uvěřitelné. „Až bude terapie u konce, znamená to, že se nebudete hádat s manželem?“

Měřicí otázky - velmi užitečné a posunující rozhovor. Pojmenuje se to, co se měří (např. strach, dovednost, cíl apod.). Typicky používaným měřítkem je škála od 0 do 10, přičemž 10 je ideální stav nebo čeho chce klient dosáhnout. Dotazujeme se klienta, kde se na škále nachází nyní, a pracujeme s rozdíly v jeho popisech a vhodnými otázkami umožňujeme určitou představu o cestě k „desítce“. Technika škály přináší mnoho příležitostí objevit nové postoje a možnosti.

Další užívané otázky:

„**A co ještě?**“ je otázka charakteristická pro tento přístup a lze ji během rozhovoru několikrát použít a tím rozvinout další možnosti.

„**Zázračná otázka**“ patří mezi užitečné kategorie otázek krátké terapie. Je až teatrální, neboť terapeut před jejím položením musí navodit atmosféru, odklonit klienta k představě, že zázraky se dějí. Dále popisuje situaci, kdy se v příštích chvílích klientovi stane něco, něco jako zázrak a jeho problém, se kterým přichází, je vyřešen. Klient o tom však neví. Terapeut dále pokládá otázky, jakou první změnu může pozorovat, jaká je nejmenší možná změna, která se mohla stát. Kdo všechno tu změnu může poznat, na čem to pozná atd. Zázračná otázka je dále rozpracována v praktické části (viz kap. 3.4).

Mezi další techniky, které krátká terapie používá, je **závěrečná intervence**. Terapeut shrnuje průběh rozhovoru a dává klientovi komplimenty, ocenění a domácí úkoly. Krátká terapie používá domácí úkol k tomu, aby klient mohl pracovat i v mezidobí a na další sezení přicházel se zkušeností, kterou úkol přinesl. Aby se tak mohlo stát, musí být při zadávání úkolu dodržena určitá pravidla. Úkol má být konkrétní, splnitelný, dobře zformulovaný, hravý, hmotný a trochu „divný“. Je zaměřen na pozorování, konání nebo předstírání. Např.: „Vyberte si jeden den v týdnu a předstírejte, že problém, se kterým jste přišel, není. Co je jiného?“

Souhrnně lze říci, že krátká terapie věří ve schopnosti klienta své potíže řešit. Odklání ho od problému a díky svým technikám ho přivádí k řešení. Terapie této školy je opravdu krátká, v průměru klient absolvuje cca 5 sezení.

1.4 Narativní přístup

V posledních letech se diskutuje, zda je teorie systémů vůbec nutná pro porozumění sociálních systémů. Terapeuti si více začali všímat způsobu vyprávění (narace) příběhů klientů. Realitu o systémech vytvářejí významové vzorce zprostředkované jazykem. Skutečnost je pak složena pouze a jedině z příběhů. Představiteli narativního přístupu jsou White a Epsom.

Základem je chápání lidského příběhu jako organizujícího principu lidského jednání. Zkušenost je vyprávěna vypravěčem, strukturována do příběhů a posluchačem poslouchána. To přináší do života lidí pocit kontinuity a významu. Způsob, jakým je příběh konstruován a vyprávěn, je neoddelitelný od toho, jak je prožíván. Platí také tvrzení, že každé nové převyprávění příběhu je vlastně příběhem novým. Právě této skutečnosti, že prezentace příběhu je vlastně konstruování reality, si všímají někteří psychologové.

„Abychom dali svému životu smysl a vyjádřili sebe sama, musí být zkušenost vyprávěna a právě toto vyprávění determinuje význam, který je zkušenostem připisován.“ [7].

Z těchto tvrzení vyplývá, že jsou naše životy ovlivňovány příběhy, které samy vyprávíme nebo které cirkulují ve společnosti. Proto je důležité zaměřit se i na tyto příběhy - metanarace.

Východiskem narativního přístupu je přesvědčení, že realita je vytvářena mezi účastníky konverzace. Nové příběhy, které mohou v terapii vyplynout, jsou společným dílem klienta a terapeuta a vznikají na základě vzájemného dialogu. Klient je expert na svůj život a terapeut zná techniky, jak s příběhy zacházet, jak o nich mluvit.

Základní strukturu narativního rozhovoru lze pro ilustraci aplikace této školy shrnout do následujících bodů:

- Pojmenování problému, vytvoření všeobecně přijatelného jména pro problém.
- Personifikace a prisouzení tyranizujících úmyslů a taktik tomuto problému - zvyšuje motivaci o něm hovořit.
- Zjišťování, jak si problém klienta či rodinu podroboval anebo zbavoval sebedůvěry a odhodlání.
- Objevování momentů, kdy klienti nebyli problémem zatíženi, či zbavování sebedůvěry anebo jejich životy nebyly problémem narušovány.
- Nalezení důkazu anebo podpora takového pohledu, kdy byl klient dostatečně kompetentní, aby se problému bránil - hledání vyjímečných událostí a připisování jim patřičného významu.
- Nalezení nebo vytvoření obecnstva pro vizi nové identity a nového příběhu.

Metodou narativní práce je **dekonstruování**. Aplikovány jsou postupy, otázky, které otrásají skutečnostmi a zvyklostmi přijatými za samozřejmé, takzvanými pravdami, odštěpenými od podmínek a kontextu jejich vzniku.

K dekonstrukci může docházet:

- *Otázkami* - na souvislosti, na to, co se jeví samozřejmé, zda si totéž myslí i někdo jiný, kde se toto tvrzení vzalo apod.
- *Externalizací* - díky získání odstupu od důvěrně známého a samozřejmého, což pomáhá k přerušení obvyklého vyprávění a realizace příběhů a pomáhá zažívat osobní vliv na vlastní život.
- *Vzájemným srovnáváním* - odkazuje se na poznávací, citový a logický proces dávající dohromady kontrastní a opačná témata. Tohoto rozdílu se pak využívá k dekonstrukci.

- *Rozpomínáním* - zahrnuje emocionální a imaginativní reakce terapeutů a klientů, ukazuje další možnosti a opomenutá témata.
- *Ptání se na extrémy* - tyto otázky vyvolávají výrazné odhalení logických vzorců účastníků konverzačního systému. Je to metoda, která pomáhá dovést protichůdné názory do extrémů v rámci jejich vlastní logiky.

1.5 Metody a techniky rozhovoru

Na základě popsaných filozofických východisek a jednotlivých škol konstruuje systemika jednu obecnou teorii pomáhání, která je použitelná pro různé oblasti jako např. zdravotnictví, školství, management apod. Hovoříme o tzv. systematicke systemiky. Jinak řečeno, o způsobu aplikace jednotlivých filozofií a přístupů do praxe, do rozhovoru s klientem.

Z teorie vychází metoda. „*Metoda je to, co z rozhovoru činí systemický pomáhající rozhovor.*“ [4] str. 2. Metodologie je to, co prostupuje po celou dobu práce s klientem.

Základní metodou systemického přístupu je **reflektování** - neustálá práce sama se sebou, která nám neříká, jakou techniku máme v rozhovoru používat, ale nutí nás neustále se zastavovat nad tím, co děláme a s jakým úmyslem.

„*Reflektování můžeme brát jako volbu určité cesty, v tomto případě systemické, po níž se ubírá pracovníkova mysl při práci.*“ [4] str. 3.

Na základě své reflexe pak pracovník volí techniky, konkrétní kroky, kterými dále rozvíjí rozhovor. Inspiraci terapeut hledá v jednotlivých metodikách zmíněných škol a v rozhovoru pracuje na základě pravidel pro jejich použití, vycházejících z dané školy.

Právě rozhovor je jediným „pracovištěm“ systemické terapie. Systemický přístup vnímá terapii jako rozhovor dvou nebo více lidí, který vede k úlevě, k nalezení nových pohledů, možností a řešení pro klienta. Terapeut plně

respektuje klienta jako svého partnera pro rozhovor. Nestaví se do expertní pozice vůči klientovi, tím se však nezříká odpovědnosti za vedení rozhovoru.

Typické pro systemický přístup je práce s *reflektujícím týmem*. Schlippe a Schweitzer [4] uvádí, že k optimální změně může dojít pouze tam, kde je dostatečný prostor pro výměnu myšlenek. Tudíž systemika využívá při konzultacích aranžmá, kdy jsou mimo terapeuta a klienta přítomni ještě další terapeuti, kteří vytvářejí reflektující tým a dle přesných pravidel zasahují do konzultace. Mezi pravidla reflektujícího týmu se řadí postupy, kdy tým vyzývá pouze terapeut, klient a tým spolu nekomunikují, tým krátce reflektuje o čem je konzultace, oceňuje klienta, dává doporučení (nikoliv rady). Tým nikdy nekritizuje klienta ani terapeuta, je prospěšný konzultaci, nabízí nové rozměry a možnosti uvažování jak pro klienta, tak pro terapeuta.

1.6 Systém pomoci a kontroly

„Cokoliv, co pracovník v rámci své profese udělá, patří do jedné nebo do druhé kategorie: buď klientovi pomáhá nebo ho kontroluje“. [8] str.20.

Oba způsoby práce, jak pomoc, tak kontrola, patří do způsobů profesionální práce. Probíhá v období spolupráce, ale také v samotném rozhovoru. Podstatné je, že terapeut nemůže pracovat oběma způsoby najednou. Buď kontroluje nebo pomáhá. Musí však vždy rozlišovat, jaký způsob práce používá. Právě terapeut rozhoduje o tom, zda bude kontrolovat nebo pomáhat. Váží, v jaké míře může přibrat klienta do spolurozhodování o tom, jaké budou voleny postupy pro dosažení cíle terapie.

Kontrolou rozumíme přebírání odpovědnosti a starostí za klienta. Děje se v případě, kdy má terapeut nízkou důvěru v to, že klient má zdroje, možnosti a moc danou situací nebo problém vyřešit. Reaguje na objednávky klienta tak, že další zvolené postupy vyplývají z jeho úsudku o tom, co je pro klienta nejlepší. V některých případech je použití kontroly neúčinné. Zejména v momentě, kdy terapeut pod záminkou prospěchu pro klienta, prosazuje svoje

cíle. Staví se do příliš expertní pozice a de facto určuje kurz terapie. V tomto momentě můžeme hovořit až o manipulaci.

Užitečnou se kontrola stává, pokud do rozhovoru přichází po důkladné reflexi ze strany terapeuta. Musí si být jist, o co se opírá jeho oprávnění kontrolu použít a zveřejnit klientovi svoje postupy a kontrolu ve vztahu pojmenovat. Dobře nastavená kontrola vede posléze k tomu, že terapeut může nabízet pomoc.

Pomoc vychází z iniciativy klienta a je výsledkem procesu vzájemného domlouvání a sladování očekávání od terapie. Klient přichází k terapeutovi s určitou žádostí, má různá přání a postupně vyslovuje objednávku. Objednávka je rámcová představa klienta o tom, co by mohl terapií získat a proč vlastně přišel. Terapeut nabízí pomoc, někdy i opakovaně a dochází tak k procesu dojednávání zakázky. Výsledkem dobře nabízené pomoci je zakázka. O zakázce hovoříme v případě, kdy se klient a terapeut domluvili na pomoci a na jejím cíli. V zakázce je domluveno, co bude klient s terapeutem dělat, aby naplnil představu klienta a domlouvají si, na čem poznají, že pomoc je užitečná.

Z předešlého vyplývá, že pomoc je užitečná a respektující vůči klientovi, protože je založena na vzájemné spolupráci.

Pomoc a kontrolu provádí terapeut formou *osmi způsobů profesionální práce*. Aby byla dodržena profesionalita v přístupu ke klientovi, musí terapeut volit způsob práce alternativně mezi pomocí a kontrolou. Musí být dodrženo pravidlo, že pokud kontroluje, má druhé řešení - nabízet pomoc. Další podmínkou profesionality je, že užitečnost zvoleného kroku posuzuje klient a terapeut to vždy musí v rozhovoru zajistit.

V osmi způsobech profesionální práce rozlišujeme:

- 4 profesionální způsoby kontroly

(opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování)

Opatrování - starost za klienta přebírá terapeut. Klient je vnímán tak, že se nedokáže v dané situaci o sebe postarat sám. Terapeut zastupuje klienta ve všech potřebných úkonech a přebírá za to odpovědnost.

Dozor - terapeut vydal určitá pravidla nebo normy a přebírá kontrolu nad jejich plněním. Není přesvědčen, že je klient sám schopen pravidla dodržovat, ale vidí možnost změny a dozorem umožní klientovi překonat nedostatek odpovědnosti.

Přesvědčování - terapeut si bere na starost to, jak je klient motivován ke změně, jaké má názory, životní hodnoty a postoje. Věří v to, že klient přijme jeho doporučení a motivuje ho k tomu.

Vyjasňování - terapeut otevírá prostor pro klienta, aby zformuloval svá přání (objednávku) a tím by mohl vzniknout prostor pro nabízení pomoci. Objednávky nejsou ještě příliš jasné, ale terapeut vidí možnosti, které se snaží podpořit. Hledají společná témata, otázky a významy.

4 profesionální způsoby pomoci

(doprovázení, vzdělávání, poradenství, terapie)

Doprovázení - klient přichází v těžké životní situaci a žádá terapeuta o pomoc ji zvládnout. Nežádá žádnou změnu, ani ji nevidí. V kontextu práce s onkologicky nemocnými je tato forma profesionální práce velmi častá. Nemocní žádají: „pomozte mi moji situaci unést, v klidu zemřít“.

Vzdělávání - klient žádá o doplnění svých znalostí a informací. Potřebuje si své zkušenosti a názory potvrdit, ověřit. Důležité je, aby si terapeut potvrdil, že klientovi jde opravdu o získání informací. V rozhovoru není jiná alternativa pomoci.

Poradenství - klient přichází s požadavkem, aby mu terapeut poradil, poskytl mu návod na řešení jeho situace. Toto je také forma práce, kterou si musí terapeut ověřovat, neboť v mnohých případech může být pro klienta

jednodušší návod na řešení než konstruktivní práce, nicméně tento postup není užitečný.

Terapie - klient žádá změnu, chce se zbavit svých problémů, trápení a bolesti. Navíc má představu, že by to šlo změnit. Domlouvají se spolu s terapeutem, jakým způsobem k tomu mohou dojít. Výsledkem procesu terapie je změna.

2. Psychosomatika

Jak již bylo řečeno úvodem, pojem psychosomatika je stále více aktuální a můžeme se s ním setkat v různých kontextech. O psychosomatice můžeme hovořit jako o oboru psychologie a psychoterapie.

„Psychosomatika (řec. Soma = tělo) – oblast medicíny a psychologie, zabývající se psychickými faktory a procesy, (spolu)působícími při vzniku somatických poruch (onemocnění)“. [9] str. 240.

Nejobecněji znamená pojem psychosomatika určitý celostní pohled na zdraví a nemoc, snaží se zachytit, vystihnout určitou provázanost, propojenost tělesných a duševních pochodů.

Tradiční pojem psychosomatického onemocnění rozvíjí předpoklad, že se na vzniku a rozvoji tělesného onemocnění podílí různou měrou vlivy psychické, prožitkové. Často se hovoří o vlivech psychických a fyzických, které se vzájemně propojují a ovlivňují.

„Přesto lze již řadu zjevných somatických poruch na základě empirických poznatků označit za převážně psychogenní, přičemž ovšem somatické podmínky jejich vzniku vždy v nějakém stupni rozhodují o tom, zda a v jaké podobě se duševní přetížení projeví somatickou patologií.“ [2] str. 362

Psychosomatický přístup se v klasické medicíně odráží tak, že lékaři budou ke svým klientům přistupovat z jiného hlediska než v běžné lékařské praxi. To znamená, že bude kladem důraz jak na tělesné příznaky klienta, tak na jeho aktuální životní situaci.

Z historie a literatury o dané problematice se ukazuje užitečné zaměřit se spíše než na pojem psychosomatika na psychosomatické myšlení. Stejně tak jako existují různé psychologické přístupy a filozofie, setkáváme se i v tomto případě s různým pojetím proč a jak vznikají psychosomatické potíže a jaká

jsou nejvhodnější terapeutická řešení. Výrazné rozdíly můžeme vidět v klasických teoriích lineární kauzality (psychoanalytické pojetí psychosomatiky) a postmoderních systémových teoriích (systemický přístup, systemická rodinná terapie atd.) Jediné, co by mohlo tyto filosofie propojit, je definování tří různých pohledů – modelů psychosomatického myšlení.

2.1 Psychosomatika z pohledu psychiatrie

Z pohledu psychiatrie jsou psychosomatické potíže formulovány v diagnóze „somatizační porucha“ (F45.0 – klasifikace nemocí dle NK10). Podstatou poruchy jsou tělesné příznaky, které jsou opakované a často se mění. Pacient vyžaduje velkou pozornost od lékařů a často vyhledává různé specialisty, výjimkou není zapojení různých alternativních metod do léčebného procesu. Svě potíže pacienti popisují dramaticky, mnohdy až nedůvěryhodně, převládá popis neúspěšných terapií, obsáhlého vyšetření, kde se „stejně nic nenajde“.

Příznaky se mohou objevovat téměř ve všech tělesných systémech. Nejčastěji ale bývají zacíleny na gastrointestinální trakt, pohybový aparát, kardiovaskulární, gynekologický a v neposlední řadě i neurologický.

„Typické ale je, že zahrnují více orgánových systémů, laboratorní výsledky jsou negativní a ani při dlouhodobém průběhu se nerozvinou jasně prokazatelné fyzické abnormality“. [11] str. 149

Přitom léčba je velmi obtížná a jako neúčinnější se jeví spolupráce lékaře a psychoterapeuta, kdy se podaří objasnit pacientovi souvislosti a jistý vztah mezi jeho fyzickými potížemi a životními stereotypy. Pacienti si často tyto souvislosti ani nedokážou uvědomovat a nevidí ve svém životě žádnou psychickou potíž či obtížnou situaci, která by je k tomu měla vést.

Další diagnostickou kategorií je hypochondrická porucha (F45.2), přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4), neurastenie (F48.0), depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1).

2.2 Historie psychosomatického myšlení

Psychosomatické myšlení je v medicíně přítomno již od jejích počátků. Na to, že spolu tělesná a duševní část lidské bytosti úzce souvisejí, přišli lidé již v úplných počátcích vývoje člověka. Jsou nám dobře známy magické kresby na zdech jeskyň obývaných pralidmi a známe význam šamanů a léčitelů v primitivních společenstvech žijících ještě i dnes nebo zcela nedávno v odlehlých částech světa.

Velmi dobře si vybavíme hypotézy o souvislostech čtyř hlavních tělesných šťáv u **Hippokrata** (řecký lékař, 460-377 př.n.l.). Krev, žluč, hlen a tzv. černé žluči – s typickými osobnostními typy: sangvinik, choleric, flegmatik a melancholik. Jistou ambicí bylo již od počátku vypořádat určité specifické, ba přímo kauzální souvislosti mezi osobností člověka a typem jeho psychické činnosti, emocemi a určitou nemocí, či jak říkají lékaři nozologickou jednotkou. To je samozřejmě možné jen ve velmi omezené míře, konkrétní situace se vymykají jednoduchému popisu. Přesto ale souvislosti mezi tělem a duší lidé vždy cítili a cítí. Člověk vždy prožívá veškeré dění ve svém životě jako bytost tělesná, duševní a event. duchovní, že se tyto složky vždy prolínají a složitě navzájem ovlivňují.

Platon (řecký filosof, 427-347 př.n.l.) považuje duševní za tělesně podmíněné špatnou funkcí hysterie.

„Konečně Platon načrtl základní linky naší moderní psychosomatické medicíny a psychoterapie. Ve své knize Kritiás od lékaře požaduje, aby léčil nejenom tělo, nýbrž také duši, protože péče se musí zaměřovat na celek“ [12] str. 37.

Významné období pro rozvoj psychosomatického myšlení bylo také v období 17. století. **René Descartes** (francouzský filozof, matematik a přírodovědec) viděl tělo a duši ve vzájemném působení, ale upozorňuje, že je nutné tělo i duši popisovat různými pojmy, které ale nemohou být požívány současně. Doporučil studovat člověka jako „rozumný stroj“.

Slovo „psychosomatika“ užil poprvé v roce 1818 německý lékař **J. CH. A. Heinroth** (1773-1843) v době romantismu v knize „Učebnice poruch duševního života“ v souvislosti s poruchami spánku, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy nebo náladami. V roce 1811 se stal přednostou nově založené katedry psychické léčby, první v Německu. Základními principy osoby jsou podle něj její individualita a jednota. Tělo a duše jsou absolutní jednotkou. O 10 let později je doplnil Jakobi slovem „somatopsychický“ jako jeho protějškem. Trvalo ale ještě skoro celé století, než z toho slova začal postupně krystalizovat určitý postoj nebo forma medicíny a zcela jedinečný způsob diagnostiky a léčby lidských onemocnění.

Počátkem 20. století se začala psychosomatika rozvíjet na půdě psychoanalýzy. Tento dynamický, z psychoanalýzy vycházející přístup je stále jedním z minimálně tří silných směrů v psychosomatice. **Sigmund Freud** (rakouský neurolog, 1825- 1893) uvedl problematiku konverze jako symbolického vyjádření intrapsychického konfliktu v tělesné sféře a v pojednání o aktuálních neurózách popsal vznik tělesných reakcí jako vegetativního doprovodu emoční reakce na vnější ohrožení. Podle něj tyto vegetativní reakce vznikají bez intrapsychického zpracování. Historie psychosomatiky pokračuje ve třicátých letech 20. století Freudovými dědici a žáky. Díky nim se začal termín „psychosomatický“ běžně používat. Flanders Dunbarová uveřejňuje práci *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationship* (Emoce a tělesné změny: Přehled literatury o psychosomatických souvislostech), která měla v roce 1946 za sebou již třetí vydání.

V roce 1939 vychází první číslo časopisu *Psychosomatic Medicine* (pod stejným názvem vychází dodnes) a přináší programové prohlášení, že psychosomatika:

- se zabývá psychologickým přístupem k medicíně a jejím jednotlivým odvětvím
- se zajímá o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody
- tvrdí, že není „logického rozlišení“ mezi tělem a duší

- se zaměřuje na zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů
- představuje jak nový obor, tak součást každé lékařské specializace.

V období války a v poválečném období se postupně přesouvá psychoanalytická psychosomatika z Evropy do USA. Zde je za nejvýznamnější přínos považována práce **Franze Alexandera** (psychoanalytik, 1891-1964), který podrobně popsal klasických cca 7 psychosomatických chorob na základě rozvoje nevědomých intrapsychických konceptů, počínaje hypertenzí, přes bronchiální astma, dudenální vřed, neurodermitidu, tyreotoxikózu, ulcerózní kolitidu k revmatoidní artritidě. Popsal také jejich léčbu, v níž nejdůležitější metodou je získávání korektivní emoční zkušenosti pacientem v terapii. Pozornost věnoval také snaze o objektivní průkaz svých teorií. V 60. letech získává váhu multifaktoriální patogeneze chorob spolu s koncepcí predisponujícího faktoru.

Velmi zásadním přínosem k rozpracování psychosomatiky v klinické praxi jsou práce **dr. Thure von Uexkulla** (1908-2004), německého nestora psychosomatické medicíny.

„Živoucí systémy nereagují z bio-sémiotického hlediska na příčiny mechanisticky, nýbrž spolu navzájem spíše komunikují prostřednictvím znaků nesoucích významy, Zdraví tedy není samozřejmé, nýbrž musí být procesuálně stále a znovu vytvářeno. Opozdí-li se tento proces, je člověk již nemocný“ [12] str. 41.

V Německu se posledních desetiletích minulého století psychosomatika velice slibně rozvinula a na univerzitách se začala vyučovat psychoterapeutická medicína paralelně s klasickou biologickou medicínou a má vcelku dosti hustou síť zajímavých pracovišť. Na některých z nich působil a působí psychoterapeut, psycholog i psychiatr Jan Poněšický, který v 90. letech přednáší a publikuje své pojetí i u nás.

Další významnou osobností z historie psychosomatiky byl americký psychosomatik G. L. Engel. Podal v roce 1967 tuto definici: „Psychosomatický přístup se týká způsobů, jimiž vzájemně působí psychické a somatické faktory na řadu sledů událostí, které tvoří onemocnění.“ Deset let poté (1977) vymezuje Engel podobnými slovy biopsychosociální přístup.

„Nemoc z tohoto hlediska znamená nevyřešené problémové situace a jejich následky na jedné, více či všech rovinách hierarchického systému, a to počínaje intracelulárními a konče sociálně-psychologickými výměnnými procesy“ [12] str. 41.

Velmi významným hnutím, které se začalo zabývat psychosomatickými poruchami a možnostmi jejich ovlivnění a léčby, je také tzv. hnutí rodinné terapie. Integrovalo do sebe postupně ve svém vývoji nejrůznější poznatky a impulzy, počínaje psychoanalytickými koncepty, behaviorální přístupy a zejména systémové pojetí. Propracovává postupně subtilní přístupy ke komunikaci. Prolíná se se systémovým přístupem, což je třetí nejvýznamnější ideové východisko dnešní psychosomatiky.

2.2.1. Přínos dr. Jana Poněšického pro psychosomatickou praxi

Tato podkapitola je věnována psychoterapeutovi, psychologovi a psychiatrovi dr. Janu Poněšickému, který v 90. letech přednáší a publikuje své pojetí psychosomatiky jak v Německu, tak i u nás. Vydal velmi inspirativní publikace: Neurózy, psychosomatická onemocnění, psychoterapie a Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Patří mezi významné osobnosti soudobé psychosomatické medicíny.

Podle Poněšického trpí psychosomatickými poruchami asi 20% populace. Zabývá se i tím, že dle různých studií takoví pacienti cirkulují většinou několik let (cca 7) po nejrůznějších somatických pracovištích. Jsou opakovaně a draze vyšetřováni, léčeni, nezdědka i operováni, než bývá s konečnou platností stanovena diagnóza funkční poruchy a nemocný je odeslán k psychiatrovi či v lepším případě k psychoterapeutovi s nadějí, že budou pracovat na odstranění

či zlepšení poruchy hledáním souvislostí a zdrojů v pacientově příběhu. Zajímavé jsou Poněšického úvahy nad tím, za jakých okolností zejména reagujeme tělesně na určitý druh psychické zátěže, frustrace, konfliktu. Bývá to tehdy, když v raném vývoji v dětství se člověk neměl možnost naučit dostatečně diferencovat své prožívání a zůstává neodděleno prožívání na emoční a tělesné úrovni, nebo naopak dojde k naprostému odštěpení emočního prožívání a tělesných ekvivalentů. V prvním případě pak pacient bouřlivě vnímá tělesné symptomy bez odlišení od dramatického dění v emoční sféře. Ve druhém pak pro pacienta nejsou vědomé konflikty únosné a používá či zneužívá své tělo jako nositele těchto konfliktů, neboť přiznání tělesných symptomů je přijatelné a není vnímáno jako tolik ohrožující. Cílem léčby je pokusit se propojit prožívání v emoční, vztahové rovině s tělesnými symptomy s tím, že se pacient učí jemnější diferenciaci a přiměřené nakládání s prožitky a hledání řešení na emoční a vztahové úrovni, které pak uvolní tělesný symptom z jeho petrifikované funkce.

Poněšický se po svém vypořádává dokonce i s teorií chaosu a s konstruktivismem, což je zajímavé pro systemickou terapii. Nelze než souhlasit, že každý terapeut má nutně svoji představu o vzniku nemoci, o člověku, jeho zodpovědnosti za svůj život a zdraví, o ideálním a správném žití atd. Ovšem nedospěl už k poznání, že tyto předpoklady se stávají škodlivé v momentě, kdy jsou jako předsudky vytrženy z kontextu a prosazovány v podobě diagnóz a expertních doporučení.

Řešení toho, že jednu teorii nelze zpravidla bezezbytku aplikovat na celou paletu možných příznaků u nejrůznějších osobností, vidí v tom, že si terapeut osvojí nekonečně mnoho teorií, aby mohl za každou cenu zůstat expertem. Přitom daleko jednodušší cesta (alespoň technicky) mu zůstává stále ještě uzavřena. Totiž nechat na samotném pacientovi, aby věcem a jejich souvislostem porozuměl po svém.

Jasně teoretické představy terapeutovy, jsou v očích Poněšického prevencí iatrogenity, přičemž právě prosazování takovéto představy často vede k nedostatku citlivosti k samotným pacientovým potřebám a v důsledku právě

k nebezpečí iatrogenního poškození. Takováto „ublížení“ navíc není možno vidět, pokud se na výsledky své práce díváme stejnými brýlemi a pod vlajkou stejného přístupu, pod jakou jsme ji prováděli. Poněšický preferuje jistotu, získanou takovouto jasnou teorií, bez uvědomění si omezení, která jistota s sebou nese, a kterých se může vyvarovat terapeut jež si dovede zařídit dostatečné bezpečí pro sebe i své klienty, aby se všech podobně pochybných jistot mohl vzdát. Rovněž jasnost pojmů za účelem domluvy není vždy takovou předností, za jakou je Poněšický pokládá. Právě ona nedorozumění jsou obvykle užitečným iniciátorem žádoucích změn.

2.3 Psycho-somatické modely

Na základě klasických psychoterapeutických škol je psychosomatika vnímána jako jednota“ těla a ducha“. Ale již toto tvrzení předpokládá jistou diferenciaci. Při bližším zkoumání problému přestává být definice pojmu psychosomatiky jednoduchou záležitostí. Systemická teorie naopak nabízí pohled, že tělo a duše jsou spíše odděleny. Otázky, které se snažíme zodpovědět, zda jsou tělo a duše odděleny nebo oddělitelné, zda jsou to na sebe reagující systémy, zda a jakým způsobem jsou ve vzájemné interakci, ovlivňují posléze i terapeutický proces. Proto je velmi důležité, ke které teorii se nakonec terapeut přiklání a s jakým pojetím pracuje i samotný klient. To, že existuje vzájemné působení mezi psychickými procesy a tělesnými pochody je empiricky dokázáno a bráno jako určitý fenomén. Není však v tomto ohledu stanovena žádná jednota a vědci přinášejí další nové teorie a poznání. Záleží tedy především na terapeutovi samotném, jak „vhodné“ tyto teorie budou pro jeho práci. Systemické myšlení se v tomto ohledu nechce stavět kontra klasickému pojetí. Nabízí jiný pohled a tím i možný přístup ke klientům.

Aby bylo dostatečně odlišeno, pro potřeby této práce, co je myšleno pojmem „klasické teorie“ a „systemické myšlení“, inspirujme se prací Hanse Liebla a rozdělme psychosomatické myšlení na 3 modely.

2.3.1 Model 1 - nerozlišitelná psychosomatická jednota

Tento model vychází z předpokladu, že je tělo a duše nejsou rozděleny a je mylné předpokládat nějaký rozdíl.

„Ontologicky se předpokládá, že existuje je jedna jediná realita - buď je čistě fyziologicko-materiální nebo je jen čistě duchovní. Metodologicky se nevylučuje existence dvou oblastí, ale z vědeckých důvodů se přisuzuje absolutní primát jen jedné, zpravidla materiálně – tělesné“ [13] str. 12.

Názor označovaný jako „redukcionistický“ přisuzuje absolutní primát materiálně-tělesné oblasti, v duchovní vidí jen epifenomén materiálního. Ve vývoji myšlení je představa nerozlišitelné jednoty těla a ducha starší než jejich oddělení. Řeční filozofové např. přijali pro obě oblasti společnou prasuťstanci - oheň nebo vodu. V naší dnešní formě mentálního vědomí, prostřednictvím něhož se dozíváme sami o sobě, že jsme duchovní bytosti a tím oddělení od přírody (jsme schopni se distancovat od vlastního těla) je předcházena dřívějšími formami vědomí - mýtickou a magickou. Ty byly charakteristické tím, že tohoto oddělení člověk ještě nebyl schopen. Dnes existuje nová touha po jednotě. C. W. Davis a J. R. Brown popisují realitu jako celek, který sám sebe pozoruje.

Transpersonální psychologie postuluje podobné „nové vědomí“, které překonává oddělení mezi pozorujícím subjektem a pozorovaným objektem.

2.3.2 Model 2 - Instruktivní interakce mezi psýché a soma

Tento model vychází ze dvou předpokladů. Prvním je, že existuje duchovní a od ní oddělená tělesná oblast. Druhým, že tyto dvě oblasti se mohou navzájem kauzálně ovlivňovat.

„Uvádějí se vědecká šetření, která dokládají závislost tělesného na duševním, např. svalové napětí při určitých myšlenkových procesech, nebo duchovního na tělesném“ [13] str. 14.

Toto ovlivňování je rovněž v jistém smyslu vnímáno jako překonání karteziánského dualismu. Tvrdí se, že možnost působení jedné oblasti na druhou je důkazem možnosti odtržení. Myslí si, že je Descartes vyvrácen, a přitom ho jen opakují.

Prostředkem kauzálního vlivu z jedné strany na druhou je informace. Jinými slovy existuje „znamení“ nebo „signál“ - překlad zpráv z psychického systému do systému znaků somatických a obráceně. Role pozorovatele při tvorbě významů těchto signálů je však ignorována. Navíc přisuzují psychosomatickým pacientům jakousi neschopnost tuto orgánovou řeč dešifrovat. Terapeut se pak stává tlumočnickem, jehož úlohou je rozluštit pravé poselství.

Freud ve svém modelu pudů předpokládá určité působení somatického na psychické. Předpokládá se kauzální vliv jedné strany na druhou. Za instruktivní sílu, je v tomto případě považována „informace“. Prvky nějakého systému se navzájem ovlivňují předáváním informací. Např. mozek informuje srdce o nějakém nebezpečí a tím se zrychlí jeho frekvence. Tímto způsobem se vysvětluje možnost působení psyché na soma. Jedna oblast má význam pro druhou.

„Nejde o nic jiného než o překlad zpráv z psychického systému znaků do systému znaků somatických a obráceně“. [13] str. 16.

Tento model informace, která střídavě přechází z jedné strany na druhou, předpokládá odloučení těchto celků, přináší určitý terapeutický problém. S přijetím přenosu informací je spjato přijetí i určité řeči – „správné logicko-symbolické operace“. Příjemce totiž musí konečně správně poselství dekodovat. Ovšem psychosomatickým pacientům se tato schopnost upírá. Buď jsou jí neschopni úplně, nebo jen omezeně a nemohou „orgánovou řeč“ dekodovat. Pak je nejjednodušší jim poskytnout tlumočnicka, který by toto poselství, řeč, přeložil a vysvětlil tak, co se v těle klienta děje.

„Hra, při které terapeut z moci své autority může téměř libovolně přisuzovat nebo upírat symptomům význam“. [13] str. 16.

2.3.3 Model 3 - Strukturální vazba dvou autopoietických (operacionálně uzavřených) systémů

Model strukturální vazby dvou autopoietických systémů předpokládá existenci dvou oddělených oblastí je společný s modelem 2. Rozdíl je v tom, že každý tento systém má následující vlastnosti:

- Každý z nich operuje zcela operacionálně uzavřeně. Přitom autopoieticky zajišťuje především zachování sebe sama.
- Každý z nich patří do prostředí právě toho druhého a jako všechny autopoietické systémy nemůže bez tohoto prostředí existovat.
- Mezi oběma neexistuje žádná instruktivní interakce, jsou však v pevné strukturální vazbě, protože každá změna v jedné oblasti je nutně následována stejnou změnou i v oblasti druhé. (Moje vědomí může existovat pouze v mém těle, samo o sobě nemůže existovat ani moje vědomí, ani moje tělo.)
- Neexistuje žádná řeč, žádné zprostředkování informací, žádný transfer významů mezi oběma oblastmi. Tyto konstrukty jsou konstrukty pozorovatele, který popisuje strukturální vazbu systému. Strukturální vazba znamená, že každá změna v jedné oblasti je následována stejnou změnou i na v oblasti druhé.

„Z toho vyplývá, že „moje“ vědomí může existovat jen v „mém“ těle a naopak, že by mé vědomí vůbec neexistovalo bez mého těla.“ [13] str. 17.

Fenomén nazvaný „psychosomatika“ je z této perspektivy vysvětlitelný jako pozorovatelné vzájemné působení ducha a těla.

Na změny v systému „tělo“ reaguje s tímto systémem strukturálně sdružený systém „duše“ vytvořením, popřípadě změnou, konceptu daného těla. Přičemž vnímané zůstává samo vyhrazeno duchovně-mentální „duši“ a nemůže být tedy připisováno tělu. Uvnitř mentálního musí existovat něco jako „vnímání vnímání“ ve smyslu Luhmanovy kognitivní sebereflexe, aby bylo umožněno vědomé vnímání a všechny s tím související duchovní diferencující procesy.

Čím větší je oblast možných stavů mentálního, popřípadě čím diferencovanější jsou schémata (nebo myšlenky) vztahující se k tělu, tím rozmanitější je také forma a struktura interakční vazby na tuto oblast. Podněcování dalších diferenciací může působit terapeuticky jako změna významu. Takovouto terapeuticky způsobenou diferenciací je však stále nutno chápat jako zpracování samotného mentálního a ne jako přijímání tělesných informací nebo indukci tělesných změn.

Tento model je chápán pro systemickou psychoterapii jako stěžejní a v terapeutické práci umožňuje následující:

- Akceptování duality těla a ducha odpovídá tomu, jak lidé v naší kultuře myslí.
- Zřeknutím se iluze jednostranné možnosti kontroly jedné strany nad druhou se epistemologicky zbavujeme jedné z hlavních příčin psychosomatických poruch. (Mnoho symptomů je totiž vyvoláno teprve tím, že se věří, že je motno odstranit je mentálními akcemi.)
- Terapeut se může vzdát role tlumočnicka chápajícího „poselství“ a může a musí ponechat pacientovi víc odpovědnosti a víc práva, aby sám modifikoval a zpracovával interpretace svých tělesných procesů.
- Psychosomatickému pacientovi se v tomto modelu nepřičítají žádné negativní vlastnosti typu potlačování, zapírání, zkruslování apod.
- Uznáváním a respektem před autopoietickou uzavřeností vědomí druhé strany odpadá také nutnost a lákání toto vědomí patologizovat.

- Úkolem terapeuta není změnit ducha nebo tělo pacienta, ale „rozrušit“ (dekonstruovat) pacientovo myšlení o vlastním těle.
- Ať už si pacient myslí o svém psychosomatickém/tělesném utrpení cokoli - navázat zde je „zlatá cesta“, rozrušit ho alternativními ideami je zlatá intervence.
- Terapeut nedisponuje žádným jiným „opravdovým“ modelem než pacient. Disponuje jiným modelem, který mu nabízí. Terapeut sám nese odpovědnost za model jím zprostředkovaný.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. APLIKACE SYSTEMICKÉHO PŘÍSTUPU V PSYCHOTERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

Úvodem je nutné vymezit *psychoterapii jako samostatnou disciplínu*. Systemický přístup chápe psychoterapeuta jako odborníka, poskytujícího v rámci komplexního řešení psychosomatických poruch pomáhající rozhovory - psychoterapii. Nesupluje tedy práci klinického psychologa nebo psychiatra. Dalším důležitým faktem je očekávání a sebedefinice role psychoterapeuta [14]. Nicméně podstatné je, aby terapeut nahlížel na psychoterapii jako na profesionální postup, kterým lze významně ovlivnit životní situaci klienta.

Otázkou však zůstává, co je vlastně cílem psychoterapie pro klienty s psychosomatickým onemocněním a jaký rozdíl můžeme shledávat v terapii psychosomatických potíží a jiných obtíží klientů. Často si také budeme pokládat v rámci systemické psychoterapie otázku, do jaké míry jsme jako terapeuti ovlivňováni předpoklady, mýty a určitými metanaracemi o psychosomatických chorobách. Jak moc je potřeba být expertem, odborníkem na dané téma nebo se můžeme odklonit od expertnosti na proces, na vedení terapie?

Souhrnně můžeme uvést, že cílem je poskytnout bezpečný prostor pro vyjádření nemocného, které zahrnuje pestrou škálu emocí, ale i konkrétních potíží a problémů. Dále navázat kvalitní terapeutický vztah. Pracovat na nabízení pomoci, na prostoru k vytváření nových, užitečných konstrukcí vedoucích k požadovaným změnám, nebo citlivě zacházet s reflektovanou kontrolou. Cílem je také navrácení kompetencí klienta k potřebným změnám, které vedou buď k úplnému uzdravení nebo ke zlepšení kvality života.

Uvedené kazuistiky vycházejí z několikaletých zkušeností autorky jako psychoterapeutky pro psychosomaticky nemocné. Díky získaným zkušenostem

je praktická část zaměřena na reflexi systemického přístupu v konkrétních kazuistikách, které jsou uváděny v souvislosti s kontextem klinických diagnóz.

3.1 Kontext terapie

Kontext terapie, neboli souvislosti společné práce, je považován za klíčový k další spolupráci mezi terapeutem a klientem. Je to prostor určující hranice a možnosti vzájemné spolupráce. O kontext terapie se stará terapeut tím, že vyjasňuje, kdo o terapii žádá, jakým způsobem má být provedena a co je klíčové téma, na čem a s kým se bude terapeuticky pracovat. Při práci s psychosomaticky nemocným je vyjasňování kontextu o to důležitější, protože se klient, díky somatické diagnóze, nachází v dalších kontextech, prostředích, souvislostech a v různých rolích (např. nemocnice, vyšetřovací proces, hospic, změna sociální role apod.).

Ve většině případů přichází klient sám s objednávkou pomoci nebo úlevy v jeho situaci. Další situací je, že terapeut je ke klientovi poslán (převážně při hospitalizaci), jindy je poslán klient k psychoterapii lékařem, rodinou, nebo rodina přichází bez něj a chce o něm rozhodovat. Důležité je vyjasnit kontext proto, aby při terapii samotné nenastala situace, že se sice pracuje s klientem, ale na problému někoho jiného. V některých situacích se může stát, že díky nevyjasněnému kontextu bude celkově terapie neúspěšná. S kontextem terapie úzce souvisí zadavatel terapie.

3.2 Zadavatel terapie

Zadavatelem terapie je ten, kdo o terapii žádá, tj. kdo chce, aby bylo někomu pomoheno. Jak již bylo uvedeno, zadavatelů může být v souvislosti s psychosomatickou péčí více. Pro potřeby této práce rozdělme zadavatele následujícím způsobem:

Klient jako zadavatel - v tomto případě terapii zadává klient sám. Jedná se o nejjednodušší kontext. Klient přichází za terapeutem sám, z vlastní potřeby,

s objednávkou a konkrétní představou, co by se mělo stát, co by chtěl změnit, o čem by chtěl mluvit. Terapeut s tímto následovně pracuje.

Rodina jako zadavatel - se žádostí o terapii přichází rodina. Ve většině případů se jedná o témata komunikace s nemocným. Jedná se převážně o situace vážných a onkologických onemocnění. Častou otázkou je to, zda říci či ne, co se dozvěděli od lékaře a jak s tím dále pracovat. V těchto případech je pro terapeutickou práci podstatné rozlišit, že i když se jedná v rozhovoru o klienta, skutečným klientem je rodina a terapeut pracuje rodinně terapeuticky.

Lékař jako zadavatel – velmi častá situace. Dochází k ní většinou v momentě, kdy objektivní vyšetření a nálezy klienta nekorelují s jeho subjektivním popisem. Pak přichází na řadu podezření, že potíže klienta jsou psychického rázu a lékař mu doporučuje psychologickou péči. Není to však záruka toho, že klient na nabízené řešení přistoupí, příčinou bývá nešetrné sdělení ze strany lékaře. Klienti často chápou dané doporučení tak, „že jsou blázní“. Je proto nutné, ze strany lékaře, aby byla psychologická intervence dostatečně vysvětlena a klient tím pádem více motivovaný svoji situaci řešit. V opačném případě pak pracujeme s tzv. „poslaným klientem“, který nemá dostatečnou představu o možnostech psychoterapie.

3.3 Práce s předpoklady

V konstruktivistickém pohledu na svět vycházíme z předpokladu, že pravd je tolik, kolik je pozorovatelů. Spíše než o pravdách hovoříme proto o předpokladech. Některé předpoklady prožíváme jako „objektivní pravdy“ (kuřáci dříve umřou, když neprší nepotřebujeme deštník, dítě je obětí rodičů, ženy se musí vdát..). Jiné předpoklady můžeme prožívat jako svébytné a oddělené názory, jako věci do diskuse. Obojí předpoklady vzájemně prosakují, „těžknou“ do hotových přesvědčení, nebo „vzlínají“ do diskutabilních názorů. Předpoklady jsou naší výbavou, výzbrojí, útěchou i způsobem chápání. Právě předpoklady nám dovolují rozumět, resp.

nerozumět. Předpoklady máme vždy s sebou a samozřejmě i v průběhu rozhovoru s klientem. Tam se dostávají do hry předpoklady obou zúčastněných. Podaří-li se vlastní předpoklady terapeuta nebo předpoklady klienta zachytit a učinit z nich téma, obvykle to přispívá k rozběhnutí rozhovoru. Práce s předpoklady je dáována do souvislosti především s příchodem postmoderního uvažování, které poukazuje na nesamozřejmost privilegovaného postavení čehokoli.

Velmi důležitým předpokladem, se kterým systemika v přístupu k psychosomatickým onemocněním pracuje, je teorie, že v organismu, či živém systému, existuje tzv. cirkulární kauzalita. Že věci spolu souvisejí v jakýchsi řetězcích, jejich jednotlivé úseky spolu mohou nějak souviset zpětnovazebním vztahem (negativním nebo pozitivním), že působením na určité části těchto kauzálních řetězců můžeme ovlivnit výsledek celého děje, ačkoli zdánlivě působíme daleko od místa, kde celá porucha začala. Tento zásadní předpoklad naprosto mění přístup systemiky k psychosomatické problematice. Při studiu odborné literatury se obecně ukazuje jako důležité znát přesně diagnózu a na základě toho pak můžeme poskytnout vhodnou psychoterapeutickou intervenci. Z literatury je patrné, že se dokonce volí i různé terapeutické přístupy, jednotlivé kapitoly se rozdělují podle diagnóz, ne podle problémů a popisů samotného klienta. V praxi však můžeme popsat situace, kdy klient „neodpovídá“ popisům typologie osobnosti pro dané onemocnění nebo doporučené postupy nejsou efektivní.

Často se můžeme setkat s názorem, že právě systemika tuto kategorizaci odmítá. Není tomu tak. Systemický přístup pracuje s kategorizací nemocí jako s předpoklady. Předpoklad v tomto případě systemika vysvětluje jako to, co se nám vybaví při vyslovení konkrétní věci, v tomto případě diagnózy. Předpoklad je to, co si o ní myslíme, jaké s ní máme zkušenosti a na základě toho pak jednáme. Systemika dále chápe diagnostiku jako potřebu domluvy v jazyce o tom, jak klient a jeho okolí popisuje danou situaci. V terapeutickém přístupu zveřejňuje popisy a pojmenování a uvolňuje platnost předpokladů. V praxi to můžeme názorně vidět např. v situacích, kdy není shoda mezi

subjektivními potížemi klienta a jeho somatickým (objektivním) nálezem. Přesto je však vyslovena diagnóza, ale klient není brán ve svých potížích vážně. Systemika netrvá na jasné diagnóze, ale trvá na popisech klienta, na tom, jak dané situaci rozumí a co pro něj znamená mít onu nemoc.

V následujících kapitolách se práce bude držet určité kategorizace. Kazuistiky jsou uváděny ve vazbě na určitá onemocnění. Vzhledem k potřebám práce a k přehlednější reflexi jsou kazuistiky uvedeny ve vztahu k jednotlivým onemocněním. V podkapitolách jsou uvedeny jak pojmy z klasické medicíny, tak pojmy a předpoklady z jiných terapeutických škol. Je otázkou, zda takto volený postup není s rozporem právě řečeného. Berme tento postup jako připojení se k jazyku objektivistického pojetí medicíny a jazyku čtenářů.

4. SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP V KLINICKÉ PRAXI PŘI TERAPII VYBRANÝCH PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, systemický přístup nepřistupuje k terapii psychosomatických poruch podle jednotlivých diagnostických systémů a dle lineární kauzality. Pro systemicky orientovaného terapeuta hraje důležitou roli předpoklad informační uzavřenosti všech systémů. Dle Maturany živý systém reaguje pouze na změny svých vnitřních stavů. Realita jako taková není poznání přístupná. Rozpor mezi předpokladem uzavřenosti systémů a evidentním faktem vzájemné komunikace řeší Maturana konceptem sdružování struktur. Vstoupí-li dva jedinci do komunikace, začínají spolu tzv. „jazykování“, vytvářejí si unikátní společný jazyk se společnými významy. To je vlastně ono výživné prostředí, ve kterém individua rostou a vyvíjí se.

Dalším důležitým předpokladem, ze kterého systemický terapeut vychází je, že veškeré projevy organismu jsou teprve nějakým pozorovatelem rozlišovány a tříděny a teprve on jim dává význam. To se děje na základě jeho zkušenosti a konvence. Může tedy některé z nich považovat za nepatřičné a za příznaky nemoci. Tedy teprve pozorovatel vytváří nemoc tím, že některé projevy takto nazve a začne s nimi i takto zacházet. Ani nemoc tedy není objektivně existující fakt. Neznamená to však, že doopravdy nebolí. Konstrukty, v nichž žijeme, mají pro nás, jako pro tvůrce, fakt objektivní reality – tudíž je žijeme a prožíváme. Některé konstrukty můžeme opustit snadno, některé ne. Radikální konstruktivismus (kap. 1.1.1) nám dovoluje v tomto kontextu dávat více prostoru a respektovat takovou realitu, jakou nám klient předkládá. Nemusíme přitom pátrat po tom, jak je to doopravdy.

V souvislosti s K. Ludewigem a Hamburskou školou (kap. 1.2) nabízí systemika vnímání nemoci jako role, tedy opakované členství v problémovém

systemu. V sociálním systému není dost důvěry a prostoru pro sladování významů namísto toho nastupuje přesvědčování ostatních o svém vidění, názorech a postojích.

Systemický přístup v psychoterapii psychosomatických poruch můžeme nazvat obecněji přístupem, který chce nahradit nevýhodné nebo neúčinné nazírání na vlastní tělo. Vrací nemocnému autorství svého životního příběhu, vede k uvědomění si dobrovolnosti členství v problémových systémech. Vede ho k reflektování, čím k rozvíjení problémového systému přispívá. Snaží se najít způsob, jak dělat věci jinak. Terapeut není překladatelem toho, co tělo nemocného říká. Poskytuje v rozhovoru dostatečný prostor, důvěru a bezpečí k tomu, aby mohly být rozšířeny možnosti klienta právě k tomuto uvědomění. Klienta nadále podporuje a kotví jeho nové, užitečné konstrukce ve vztahu k nemoci.

Z metodického hlediska není v systemickém přístupu přímo doporučeno používat při terapii psychosomatických poruch pouze určité školy. Vyplývá to ze zkušeností klinické praxe a převážně ze zásadního předpokladu a přístupu k faktu, že klient s psychosomatickými potížemi vyžaduje jiný přístup než ostatní klienti. Určitá specifika se mohou nabídnout v podobě úvodní práce s kontextem – tzn. vyjasňování kdo klienta poslal a jak mu byla sdělena souvislost mezi somatickými potížemi a psychikou. Dále můžeme specifika nalézt na straně terapeuta. Ne vždy bývá vyjasněna závažnost a akutnost somatických příznaků a terapeut pod tíhou okolností, aby něco nezanedbal, přistupuje spíše ke kontrole.

Dále díky klinické praxi a také z výukové praxe nových terapeutů vidíme fakt, že každý terapeut si volí svůj styl práce. Rozhoduje se až při konkrétní práci s klientem, jakých technik a metodik použije. Systemický terapeut umí zacházet s filozofiemi a metodologií jednotlivých škol a dle toho vhodně vybírá svůj „styl práce“. V současné době se však můžeme setkat i s trendem vývoje systemického přístupu. Stále přibývá terapeutů, kteří se drží pouze dané konkrétní školy. Rozvíjí tak zásadním způsobem např. narativní přístup nebo

na řešení orientovaný přístup. V této souvislosti hovoří o školách postmoderních filozofií.

V neposlední řadě se musíme vrátit k základní technice systemické terapie a tou je reflektování, neustálé vracení se k tomu, co se děje s terapeutem, s klientem a s celým procesem terapie. Těžko terapeut sahá po vhodných technikách v momentě, kdy není zřejmé, co se v aktuální situaci odehrává, s čím terapeut pracuje, jaké má k dané kauze předpoklady a hypotézy. V mnoha případech pak vidíme naprostou neefektivitu procesu a použitých technik. Klient se ve svém uvažování začíná „točit“ kolem neužitečných konstruktů a postupně přestává vidět možnosti změn a řešení. To je situace, kterou má terapeut přesně reflektovat a má za úkol s ní pracovat. Pokud se budeme zajímat o výklad expertnosti systemického terapeuta, tak právě v tuto chvíli by měl být terapeut expertem, ne na řešení situace, ale na vedení rozhovoru a na zprostředkování pole k novým konstruktům.

V následujících kapitolách se práce bude držet určité kategorizace. Kazuistiky jsou uváděny ve vazbě na určitá onemocnění. Vzhledem k potřebám práce a k přehlednější reflexi jsou kazuistiky uvedeny ve vztahu k jednotlivým onemocněním. V podkapitolách jsou uvedeny jak pojmy z klasické medicíny, tak pojmy a předpoklady z jiných terapeutických škol.

4.1 revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida - arthritis rheumatica - je zánětlivé autoimunitní onemocnění. Projevuje především zánětem a bolestivostí kloubů a jejich postupným poškozením, postihuje však i ostatní orgány. Je pro ni charakteristické, že postihuje klouby nebo skupiny kloubů symetricky, tj. na obou stranách. Závažnost spočívá v tom, že nejen snižuje kvalitu života nemocných, ale zkracuje délku jejich života v průměru o 6–7 let. Výskyt onemocnění je poměrně častý, často se projevuje již v mladém věku. V akutním stadiu působí bolestivost a otok kloubů, později tuhnutí a může

dospět do stadia deformací a různě těžké poruchy hybnosti kloubů až případně úplné ztuhlosti.

Na vzniku a rozvoji onemocnění se podílejí imunopatogenní mechanismy. Neznámý antigen podněcuje tvorbu protilátek (např. revmatoidní faktor), které poškozují primárně měkké tkáně kloubu (synoviální membránu, šlachy, svaly). Začátek může být plíživý nebo akutní. V počátku bývá postižen jeden kloub nebo i více kloubů současně. Jde o nemoc chronickou, to znamená, že neléčena probíhá dlouhodobě, léta i desítky let po celý život pacienta. Průběh onemocnění je různý, v různých stádiích se střídají její ataky a různě závažným způsobem omezují pohyb pacienta a působí bolestivé stavy.

4.1.1 Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby revmatoidní artritidy

V literatuře o psychosomatických poruchách se velmi často setkáváme s konkrétním popisem osobnostních předpokladů a rysů pacientů, kteří onemocní revmatoidní artritidou. Nelze však s jistotou ukázat na určitou příčinu, událost v životě nemocného a vypuknutím nemoci. Jako spouštěč se často označují zásadní změny např. úmrtí nebo ztráta partnera, problémy s autoritou, nepřipuštění si agresivity, reakce na ztrátu patologickým smutkem atd.

V oblasti osobnostní psychodynamiky uvádějí Franz a Krusse dělení klientů do dvou skupin. Jedné přisuzují nucenost, svědomitost a poddajnost, na druhou stranu chybějící flexibilitu a perfekcionismus, potlačování hněvu a zloby. Druhé skupině přiřazují nadměrnou potřebu pomáhání až sebeobětování s přehnaným morálním chováním, depresivní rozlady.

„V důsledku obětování se dochází ke směsi touhy ovládat a masochistického sebeobětování se. Na základě neotřesitelné trpělivosti, poddávání se osudu a skromnosti, spojených s perfekcionismem, vzniká láskyplná tyranie pacientů. V láskyplné a nápomocné podobě přísní a dominantní“. [12] str. 157.

Franz a Krusse navrhnou zaměřit se v psychosomatické péči na psychoterapeutické metody, které jsou zaměřené převážně na odhalení a zvládnání konfliktů.

Z hlediska předpokladů a zkušeností je revmatoidní artritida považována za dlouhodobé, trvalé a velmi komplikované onemocnění. Pacienti jsou často sužováni bolestmi a omezeními v oblasti pohyblivosti. Může se nabízet souvislost, že čím více udržuje pacient patologické vazby v oblasti psychiky, rostou i jeho somatické potíže – pohyblivost – tělesná schopnost něco ovlivňovat.

4.1.2 Kazuistika reflexí systemického přístupu

Kontext zahájení terapeutické spolupráce:

Klientka Eva (18 let) byla poslána k terapii z neurologické ambulance, kde byla léčena pro různé stavy brnění končetin a bolestí hlavy, dále popisovala pocity smutku, starostí, špatné nálady, koktání při veřejných vystoupeních, často plakala. Užívá antidepresivní léčbu. Úvodem vypráví příběh, jak její potíže začaly a jak se v poslední době stupňují. Dominují pocity méněcennosti, nízkého sebevědomí. Chtěla by studovat medicínu, za pár měsíců bude maturovat. Bydlí s rodiči a starší sestrou. K terapii přichází motivovaná, chtěla by pracovat na tom, aby si začala věřit a nekoktala. Aby byla asertivní. Přínos terapie vidí v tom, že dokáže vyjít s lidmi a zároveň bude dělat věci, které chce a bude fungovat v kolektivu.

Průběh terapie:

Zpočátku se vracíme k představě o změně, která se má stát a klientka postupně se dostáváme k bližším popisům příběhu klientky. Má velké problémy v kolektivu, nedokáže se vyjadřovat, koktá. Nedokáže se prosadit, popsat věci tak, jak by potřebovala. Často se jí dělá špatně. Zjišťuje, že se velmi zajímá tím, co si o ní ostatní myslí, sama o sobě se utvrzuje pouze zpětnou vazbou od druhých. Postupně pracujeme s jejím příběhem a převážně

s předpoklady, které vedou ke zvyklým vzorcům myšlení. Pracujeme s technikou dekonstrukce neúčinných předpokladů a významů, které, zdá se, předurčují reakce klientky a prožívání.

Procházíme obdobím maturitní zkoušky a přijímacích zkoušek na VŠ. Eva je hodně výkonově zaměřená a úspěch či neúspěch je pro ni opět rozhodující v tom, co si o ní budou ostatní myslet jako o člověku. Nakonec se na VŠ dostává až po prázdninách. Musela se vyrovnat s neúspěchem u zkoušek na medicínu a rozhodnout, kam půjde jinam. Zde naráží na klíčový problém – rozhodnout se podle toho, co by opravdu chtěla nebo podle toho, co by měla? Mapujeme prostor v rozhodování – co ji ovlivňuje a proč. Pojmenovává, že se necítí být sama sebou, je hodně ovlivněna tím, co by měla dělat a jaká by měla být. Pracujeme opět s tímto předpokladem – kde se vzal a kdo je tím, kdo to určuje. Několikrát narážíme na rodinnou situaci, jak se chová k matce a matka k ní. Jaké mají doma rodiče spolu problémy. Pokládám opatrně otázku, zda by to mohlo nějak souviset se situací Evy. Odpovídá mi, že nikoliv. Doma to zvládá. Rodinná situace není zdrojem jejich potíží.

Reflexe terapeutického postupu: zde ukazuje moment, kdy terapeutka pracuje s předpokladem, že by mohly její potíže nějak souviset s rodinnou situací. Tento předpoklad si ověřuji a respektuji aktuální tempo a načasování klientky vidět možné souvislosti. Také a pracuji s teorií autopoietických systémů (viz 1.1.2) – klientka v danou chvíli nebyla jiného chování (sebeorganizace) schopna. Nicméně tento předpoklad se potvrzuje v terapii později a je s ním užitečně, ze strany klientky, pracováno.

Využíváme technik a metodiky narativní práce. Opakovaně se vracíme k tomu, kdo určuje směr jejího života – „*Neví, asi všichni.. matka chce vědět, co bude.. Už má pocit, že to není její život.*“ Ptám se, opět důsledně, co by chtěla ona sama – „*Hrozně by chtěla odjet pryč, do zahraničí. Chtěla by něco, co jí nakopne.. aby nebyla tak pochybovačná. Stalo se jí to v Anglii, tam byla sama za sebe, cítila se velmi dobře, dokázala překonat spoustu překážek, neměla tam stavy, jako nyní. Byla si najednou jistá sama sebou, svými plány.*“

V další práci se opíráme o zážitek změny, hledáme srovnání v tom, jaké to bylo, když se cítila sama sebou, nedaří se však objevit autorství k významům a následně příběhu, který by Eva potřebovala žít. Stále se vrací k nerozhodnosti a ke strachu žít vlastní život.

Dále se setkáváme v delších časových odstupech, protože Eva je často nemocná. Má často angíny, záněty horních i dolních dýchacích cest, opakovaně vysoké zánětlivé markery. Užívá antibiotika. Zdravotní stav komplikuje také studium – byla přijata na studium fyzioterapie. Opět pochybuje, jestli si vybrala správně a chtěla by zkusit zkoušky na medicínu. Zajímá ji lékařství a hlavně by chtěla pomáhat lidem. Popisuje ale zlepšení psychického stavu, již nemusí brát antidepresiva, příznaky, se kterými přišla do terapie, nemá. Dělá malé pokroky - zkouší vztahy. Dokonce si dovolila jeden vztah ukončit sama, protože došla k závěru, že to není ono a necítí se v něm dobře. Toto reflektuje jako podstatnou změnu, cítila velkou úlevu.

Z terapeutických postupů doposud využívám stále narativního přístupu, odkláním klientku k autorství změn a stále pracujeme s předpoklady, s jejich užitečností a dekonstruujeme je. Nicméně stále trvá jistá nespokojenost a neschopnost klientky v tom, aby se dokázala rozhodnout, co opravdu chce, „žít svůj život“, přestat se bát svých rozhodnutí. Zkouší se sama rozhodovat, střídavě popisuje velkou úlevu, ale její strategie nejsou stálé a pevné.

K dalšímu sezení přichází dříve než je obvyklé, je rozrušená, nepatrně se třese. Sděluje, že má život obrácený na ruby, všechno je úplně jinak. Byla jí diagnostikována revmatoidní artritida. Dle laboratorních nálezů není možnost, že by to bylo jinak. Sama začíná popisovat, jak se všechno mění a proč. Cíleně nechávám Evu v popisech situace a začínám pracovat s významy.

Uvádím zásadní část sezení:

T: Mluvíte o revmatoidní artritidě, co to znamená?

Eva: Je to vlastně zánětlivé onemocnění kloubů, postupně se můžu dostat až na vozík. Léčba je různá, stadia také. Mělo mě to napadnout dřív, hodně mě bolely klouby a vazy. Jsem hodně unavená.

T: Co je jinak od chvíle, když jste se to dozvěděla?

Eva: Všechno...všichni mi říkají, jak jsem nemocná, dokonce mi praktická lékařka řekla, že mi nepodepíše přihlášku na medicínu..všechno je nyní jinak..

T: Vnímám, že je to pro Vás velmi těžká situace, ale položím Vám zvláštní otázku...Co Vám revmatoidní artritida umožnila?

Eva: To je zajímavé...umožnila mi vlastně začít znova, všechno přehodnotit..

T: Ještě něco?

Eva: Ano, ulevilo se mi.. ne jednu stranu. Je to strašné, co říkám, ale cítím se tak nějak svobodná

T: Jakoby jste měla na své rozhodování papír?

Eva: Ano.. to zní ale strašně..proč já nejsem schopna za sebe rozhodovat sama? Proč musí rozhodovat nemoc nebo nějaký doktoři.. Já chci být sama za sebe.. Najednou se mi otevírají možnosti...

T: Takže musíte mít ještě revmatoidní artritidu?

Eva: Nevím

T: Co by se muselo, abyste mohla být zdravá?

Eva: Musela bych být konečně sama sebou a rozhodovat jak chci já...ale asi už nikdy zdravá nebudu..

T: Takže za vás bude rozhodovat artritida?

Eva: Ne, ta může klidně několik let vydržet v klidu...

T: Bude mít důvod?

Eva: Když budu sama sebou, tak ano...

Dále pracujeme s tím, jak tohoto stavu dosáhnout. Plánujeme konkrétní kroky, které udělá:

- Nebude nyní ukončovat studium na fyzioterapii.
- Nemoc bude brát jako okolnost, ne jako zásadní ukazatel jejího života.
- Klíčové je posílení kompetence v tom, že se znova zeptá, jaká vyšetření má pozitivní a jaká je vlastně prognóza.

Toto se ukázalo na dalším sezení jako podstatné, protože Eva přichází za 14 dní s tím, že byla u jiného lékaře, který naopak revmatoidní artritidu vyloučil, byla to však pouze jednorázová konzultace. V léčbě pokračuje u původního lékaře, nicméně si pochvaluje, že byla schopna na konzultaci zajít. Měla se v mezidobí dobře, přemýšlela nad tím, že je pouze studentkou fyzioterapie, sice s tím měla trochu problém, ale bylo to jiné, zvláštní a zajímavé. Nyní je ale zase nemocná, není dobrá situace doma, rodiče se hodně hádají, je to nejhorší kdy to bylo. V revmatologii jí nasadili v srpnu léčbu, ale srazili jí leukocyty tak, že je nyní zase nemocná. Nyní je naprosto bez léčby. Popisuje, že začala nad svým stavem uvažovat úplně jinak.

Dále pokračujeme v rozhovoru:

Eva: U mě ta psychosomatika funguje úplně úžasně.. v období stresu se rozjede všechno. Situace doma je špatná.. jinak se mám dobře, jsem zamilovaná. Je to poprvé, co se nesnažím ze sebe někoho dělat. Připadám si, že je to to pravé. Poznali jsme se v situaci, kdy jsme si na nic nehráli. Mám pocit, že k tomu přistupuju dospěle.

T: Vnímám, že se stalo spoustu změn od minule.. co je nyní důležité v souvislosti s vaším stavem – s tou psychosomatikou, o které mluvíte?

Eva: Je toho ve mně nastřádáno hodně z minulosti, jsem zanesená a teď se to hodně dostává ven, souvisí to s mým přemýšlením. Ta viroza teď je v období, kdy jsem toho měla hodně, byla jsem nervózní z toho, co je doma. Je to únik, je to načasované. Funguje to tak, že když jsem šťastná, tak je zdravá. O revmatidě nepřemýšlím, není to podstatné.

T: Co je podstatné?

Eva: Potřebuju se pročistit.. Hrozně mi pomohlo, že jednu pani doučuju angličtinu, vnímám to tak, že mám komu co předat.. Mám úspěch, hrozně mě to baví..došla mi také věc, že mám velký problém nést následky svého počínání a pak jsem z toho nemocná – jsem chudák, to pak každý pochopí. Je to reakce mého těla. Jsem hrozný srab a chci s tím něco dělat...Chci neuhýbat před životem..

T: To je úžasné... hodně příběhů. Čeho jste nyní autorem, co je opravdu teď Vaše?

Eva: Jsem na začátku, i když na tom pracujeme dlouho.. Cesta se najednou ujasňuje, dávají mi ty věci větší smysl... Mám tam ale nějaké problémy, dochází mi, že nemůžu před vším utíkat a že musím za svá rozhodnutí nést důsledky. Neumím nyní oddělit rodiče, neumím si říct, že si mám žít svůj život a ne rodičů..

T: Jak se ta cesta má rozvíjet dál?

Eva: Aby to vydrželo.. Oddělit se od rodičů, abych nebyla nešťastná z jejich situace. Neskutečně mě to ubíjí.. Máma má systém, že mlčí.. je to strašné. Setra je mimo domov. Slyším vždy několik verzí, nedokážu se od rodičů odříznout.

T: Jaký příběh byste vyprávěla, kdybyste to zvládala?

Eva: Brala bych to jako součást života, ne jako odpovědnost. Spadla by ze mě tíha.. Přestala bych se bát překážek, nevytvářela bych si tolik problémů.. Netvořila bych si tolik problémů...

T: Kde se bere ta odpovědnost za rodiče?

Eva: Největší noční můra je, aby se rodiče nerozvedli..

T: Co by se stalo, kdyby to přišlo nyní?

Eva: Jedna strana by se totálně složila.. A za to všechno bych vzala odpovědnost..

T: Odpovědnost?

Eva: Intuice mi to tak říká..

T: Co to je za intuici?

Eva:blbá..

T: Kde se to bere?

Eva: ...vůbec netuším.. Jsou tam doma strašné složitosti.. Máma všechno za nás strašně prožívá.. Víte, já mám pocit, že rozhoduju za dva!!

T: Za obě? Za sebe i za matku?

Eva: To je strašný..

T: Pokračujte..

Eva: Poslední dobou matka hodně vidí katastrofické scénáře, je hodně emoční, má strašný strach. Jakoby mi předurčovala to nejhorší, co se může stát.. Shazuje mi moje rozhodnutí tou katastrofou, která přijde.. Až nyní to vidím, já jsem chtěla, aby to bylo v pořádku, ale není. Matka na mě hází odpovědnost, má mě jako hlavní životní náplň.. Kdyby to máma slyšela, tak by z toho byla nešťastná..

Reflexe terapeutického postupu: konstruuje nový příběh o matce:

T: Jaký jiný příběh byste mohla vyprávět o matce?

Eva: Matku nezměním. Musela bych vyprávět jiný příběh sama o sobě.. Pokud jsem sama za sebe a jsem z toho vytržená, tak mi je úplně dobře.. Musím se také sama realizovat. Být od toho všeho daleko, třeba začít studovat v jiném městě.

T: O čem to tedy všechno je?

Eva: Potřebuju se postavit na vlastní nohy.

T: Co tím myslíte?

Eva: Osamostatnit se.

T: Od čeho?

Eva: Podívat se na to jinak. Jsem vděčná za to, co mi dali rodiče a vím, že to stále nemůže fungovat tak, jak když byla malá... Když jsem nemocná, tak vlastně potřebuju matku. Matku ale trápí, že na mě nemá takový vliv.. Potřebuju se už odříznout – v běžných rozhodnutích, které dělám..

T: Jak by to vypadalo?

Eva: Nebyla bych v tom tak zamotaná, nebyla bych v tom tak připoutaná. Uměla bych si věci lépe představit. Rozhodovala bych pouze za jednu.

Klientka si dále klade otázku, jak by mohla v této nové situaci pomoci své matce. Dochází k možnosti, že svým vlastním příběhem. Využít sama sebe jako schopného článku systému, ona je nyní schopna změny, matka ne.

Reflexe od klientky na toto sezení: Je to pozitivní, někam se to posunulo a již od minule se posunula dál, že nečeká na žebřík od doktorů kam se má rozhodnout. Má to hranice s nemocí, ale je to lepší než to bylo před tím, nemá to jako alibi.. Začíná vidět cestu po které by chtěla jít, udělat si cíl a jít čelit

svým rozhodnutí, pokoušet se osamostatnit se od rodičů. Odchází s tím, že se má dobře. Najednou začíná cítit ty opravdové emoce.. Už není takový stroj – jsem v pohodě – lhala jsem sama sobě.. Nyní jsem k sobě upřímná. Nedusím v sobě tolik emoce. Jasně to vidí před sebou.

Další sezení:

Přichází dobře naladěná, říká, že se nevyskytl de facto žádný problém, který by měla řešit. Je klidnější. Popisuje také jistotu v rozhodování, „nepřebarvuje“ si nepříjemné pocity, staví se k rozhodování čelem a snaží se vyřešit to, co má. Velkou změnou je i to, že má přítele. Toto reflektuje jako velkou změnu – poprvé cítí, že je to opravdové, že je sama sebou, že si na nic nehraje, prožívá skutečné emoce, které chce.

Vnímá, že se také zlepšil vztah rodičů. Sice si to moc nedokáže vysvětlit, ale rodiče odjeli na víkend a vrátili se v dobré náladě a lépe spolu komunikují. Rámcově se vrací k matce – přestala za ni rozhodovat a nést odpovědnost.

Vracíme se ke zdravotním potížím – udělala závěr, že má tělo zanesené. Stejně tak, jako byla zanesená psychickými problémy. Je pevně přesvědčená, že její zdravotní problémy a nemoci jsou čistě odrazem její psychiky. Hodně se jí ulevilo, protože má pocit, že nad tím vším může mít kontrolu a moc situaci změnit. Naučila se své tělo více poslouchat. Vidí v tom jedinou možnou cestu. Nezajímá se nyní o to, jakou má přesně diagnózu a jakou bude mít léčbu. Chce se zabývat jinými věcmi a tělu dopřát klid a odpočinek.

Pracujeme se změnami, které klientka přináší, a dáváme novému autorství velký význam.

4.2 systemická terapie při dg. funkční trávicí porucha

Funkční trávicí poruchy jsou považovány v gastroenterologické praxi za příčinu minimálně 50 procent chorobných stavů. Představují pro lékařskou praxi problém ve smyslu objektivizace prokazatelnosti příznaků. Nemají totiž objektivní a vědecky podložené poznatky, jsou více předmětem subjektivních popisů a hypotéz.

Definice: „*Funkční trávicí poruchy jsou chorobné stavy projevující se trávicími obtížemi bez prokazatelné morfologické nebo biochemické příčiny*“. [15] str. 407.

Mezi psychofunkční a psychoneurotické poruchy Mařatka řadí např.: *aerofagie, psychogenní zvracení, situační průjem, domnělou zácpu, předstíraný průjem a plynatost, pseudoapendicitidusiutační nucení na stolici, kancerofobie, anorexie a bulimie..* [15] str. 409.

Funkční trávicí porucha se projevuje celou řadou příznaků. Jak z názvu vyplývá, jedná se o funkční poruchu, je tedy převážně postižena funkce – motilita, proces vstřebávání živin atd. Pacienti popisují dyspeptické potíže (nadýmání, říhání, porucha trávení, těžkosti v žaludku, zvracení apod.), bolesti žaludku a břicha různého charakteru, problémy s průjmy nebo se zácpou. Často v anamnéze popisují zdoluhavý diagnostický a terapeutický proces, který však nevede k nápravě jejich potíží. Na rozdíl od jiných diagnóz si mnohdy souvislosti svých potíží a životních událostí uvědomují, dokonce tyto vazby sami vyhledávají a určují je za příčinu potíží. Poruchy v oblasti psychiky označují jako stres, hektické období, nebo popisují konkrétní životní události např. rozvod, úmrtí v rodině, dlouhodobé konflikty s partnerem, potíže v zaměstnání, dluhy atd. Vzhledem k této okolnosti pak častěji sami vyhledávají pomoc psychoterapeuta.

4.2.1 Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby při funkčních poruchách GIT

Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby při funkčních poruchách GIT jsou velmi rozmanité a teorií je více. Asi nejzásadnější je přístup, který proklamuje trávení jako zpracovávání emocí a střevní systém jako určitý systém osobnostních hranic. V jazyce se s touto teorií můžeme setkat v souvislosti s ustálenými rčeními jako: „leží mi to v žaludku“, „nemohu to strávit“, „dělá se mi z toho špatně“, atd.. Poněšický také upozorňuje na vazbu mezi přijímáním potravy a psychickými procesy.

„Jídlo se stává náhražkou za chybějící lásku či uznání, obezita i diety se týkají skoro poloviny ženské populace“. [16] str. 87.

Krusse a Woller uvádějí, že není jednotná osobnostní struktura pacientů s funkční poruchou GIT. Více než 50% pacientů přitom trpí depresí a úzkostným onemocněním.

“Etiologie úzkostí a depresí přitom může sahát do traumatizujících zážitků z dětství. Empirické výzkumy také uvádějí, že více než 40% těchto pacientů prožilo násilné či sexuální zneužívání v primární rodině.“ [12] str. 116.

Dominantní potíže těchto pacientů se pak odráží ve vztazích, v navazování důvěrných a láskyplných vztahů, Dále potíže vidíme ve vyjadřování emocí, ve stanovování hranic, v tom, jak pacienti přijímají a řeší konflikty. Mnohé školy pak doporučují v psychoterapii těchto pacientů zaměřit se nejprve na relaxaci, ventilaci emocí, později pak na vyjevení konfliktů a traumat.

4.2.2 Kazuistika s reflexí systemického přístupu

Kontext terapie:

Klientka Iva (13 let) přichází k terapii spolu s matkou na doporučení spolupracující neuroložky. Cca 3 roky, od té doby co se rodiče rozvedly, trvají obtíže typu bolestí břicha, je jí špatně. Má křeče, občas i zvrací, nemůže jíst. Ze

začátku byla na otce, který odešel s přítelkyní, našťvaná, nyní jí to nevádí. K otci jezdí, stýkají se. Vztah s ním má dobrý. Podstoupila somatické vyšetření a hospitalizaci s negativním výsledkem, nicméně byla diagnostikována funkční porucha GIT. Její potíže ovlivňují podstatným způsobem školní docházku, nestíhá učivo. Má hodně zameškaných hodin.

Terapii uvádí Iva slovy: „*Mamka ze mě dělá cvoka, matka říká, že mám v hlavičce nějakého „cvoka“.* Stále se nemůžu s matkou shodnout. Hádáme se, mamka třeba začne rvát, třeba kvůli něčemu, za co nemůžu...“

První sezení věnuji převážně k domlouvání toho, kdo bude klientem a jakým způsobem budeme pracovat. Nabízí se varianty individuální práce s Ivou, ale také rodinné sezení s matkou, event. i otcem. Nakonec se domlouváme na tom, že bude na terapii chodit Iva sama, protože jsou věci, které by mi chtěla sdělit bez matky. Převážně se týkají jejich vztahu. Uvědomuje si, že její somatické potíže mohou mít souvislost se špatnými vztahy s matkou. Matka souhlasí a podepisuje písemný souhlas.

Reflexe terapeutického postupu: zde zdůrazňuji význam práce s kontextem – tzn. kdo koho posílá a proč a kdo má být klientem. Toto považuje systemický přístup za klíčový moment každé terapie.

Další průběh terapie:

Úvodním sezením zahajujeme cca dvouletou terapii. Zpočátku jsme pracovaly s Ivou samostatně, kdy mi postupně sdělovala svoje trápení – hlavně se jednalo o spory s matkou. Iva si stěžovala na nedostatek pozornosti ze strany matky. Vadilo jí, že si tolik spolu nepovídaly, že se spolu nemazlily. Nechávala jsem Ivě dostatek prostoru na navázání důvěry, ke sdělení potíží, nicméně vždy jsem reflektovala užitek tohoto postupu. Ten se ukázal v momentě, kdy se Iva sama rozhodla, že do terapie pozve matku. Chtěla by jí totiž přede mnou říct, co ji všechno trápí a najít řešení. Toto jsem ocenila a pomohla jsem Ivě k tomu, aby matce mohla postupně sdělovat svá trápení. Matka reagovala na problémy Ivy velmi vstřícně, uznávala svá omezení daná

porozvodovou situací a společně jsme plánovaly žádoucí změny, protože trvaly potíže se zažíváním a školní problémy ve smyslu nedostatečné školní docházky, neklasifikací apod. Matka s Ivou si dokázaly poprvé po rozvodu promluvit o tom, co se stalo, jaký vztah má Iva nyní s otcem a jaká trápení jí ovlivňují život. Toto se odehrálo mimo konzultace, obě přišly s tím, že vzájemný rozhovor jim byl velmi přínosný. Nechtěly se k tomu moc vracet, považovaly to za vyřešené. Společně se také domluvily, že si Iva dá nějaké cíle, na kterých by chtěla pracovat:

- Nadále vylepšit vztah s matkou, hlavně co se týče komunikace.
- Začít chodit do školy – nebát se zkoušení, mít uzavřený prospěch.
- Lépe si rozumět s vrstevníky.
- Nebýt možná tak závislá na matce.

S tímto nadále pracuji pomocí škály, kde cíle dáváme na 10. Doptávám se na konkretizaci cílů, co všechno má být, jak splněné cíle mají vypadat atd. Využívám kompetencí Ivy a posiluji zdroje, které by vedly k naplnění těchto cílů. Popisy Ivy byly ale poněkud méně jasné, zatím nedokázala moc konkretizovat, co by si pod nimi představovala a hlavně jakou cestou by jich chtěla dosáhnout. Popisovala celou dobu, že se její vztah s matkou lepší, že jsou více kamarádky, že si i více povídají. Pokud přijde do školy, tak se nechá vyzkoušet a doplňuje si učivo. Zdálo se, že se její situace lepší a že se postupně přibližuje cílům. Nastal však zlom během jednoho měsíce, kdy se stav Ivy zhoršil. Nechodila do školy téměř vůbec, bolesti břicha byly nesnesitelné, měla velké průjmy, dokonce se objevil i záchvat paniky ve chvíli, kdy měla jít do školy...

V tomto stavu přichází i na jedno z dalších sezení: Iva má opět velký problém chodit do školy, stejně jako dříve, matka si přiznává svůj určitý podíl, moc nemá čas na kontrolu a spoléhala se na to, že to Iva sama zvládne. Iva má opět problém se spolužáky - vysmívají se jí a bojí se chodit na hodiny, že to

nezvládne a že to neumí. Popisují mi situaci jako těžko zvladatelnou a matku napadá, že by mohla požádat o nějakou hospitalizaci. Iva jen pláče a mlčí, není schopna mi popsat svoje pocity, ale reflektuji určitou potřebu mi sdělit, co se děje.

Volím v tomto případě techniku kresby. Iva přijímá a ochotně začíná malovat - malujeme schéma kruhu, kde obvodová čára je hranice jejích potíží a střed je úplně špatný – Iva popisuje, co každá část znamená – zaměřujeme se na zvládání strachu ze školy a na předpoklady, které ji k tomu vedou. Podporuji také zdroje, které má a kterých již využila k tomu, aby mohla do školy chodit. Mluvíme také o vrstevnických vztazích. To dovoluje Ivě vrátit se ke vztahu s matkou – byly společně na neurologii, kde dostala nějaké prášky, aby se uklidnila a mohla chodit do školy. ..rozplakala se, že se bojí, že to nezvládne - doma a ve škole.. prášky nepotřebuje, potřebuje mamku! Stále řeší opakovaný problém s matkou, nikam nepatří, je z toho smutná, do ničeho se jí nechce.. ..Využívám obrázku a nabízím pohled na to, jak by to vypadalo, kdyby byla spokojená, co by to všechno znamenalo:

- Byla by z toho kruhu venku.
- S matkou by lépe komunikovala, měla by pocit, že někam patří – toto později specifikujeme na potřebu patřit rodičům.
- Ve škole by neměla problémy.

Znova se domlouváme na tom, jak těchto cílů dosáhnout a ve spolupráci s matkou domlouváme následující:

- Iva bude dělat komisionální zkoušky, nebo bude opakovat ročník.
- Jako užitečné se ukazuje, vzhledem k zátěži matky, aby do terapie byl přizván otec.

Pracujeme s Ivou na zvládání strachu ze školy – postupujeme po malých cílech, opět používáme techniku škály kombinovanou s opakovanou kresbou kruhu.

K podstatné změně v terapii dochází při zapojení otce. První sezení s otcem probíhá tak, že Iva pláče a proklamuje, že ji otec stejně nepochopí. Otec moc nerozumí situaci, proč Iva takto reaguje. Sám celou situaci chápe tak, že by Iva především měla mít nějaké záliby a že by měla více plnit svoje úkoly a věnovat se škole. Poukazuje také na vztah se svojí bývalou ženou. Toto však cíleně odmítám řešit, neboť partnerské porozvodové problémy nejsou zakázkou terapie - svůj postoj ověřuji dotazování, co by se stalo s terapií Ivy, kdybychom řešily problémy rodičů... oba odpovídají, že asi nic. Už není co řešit. Iva to ani nechce.

Vracím tedy linii terapie zpět k Ivě a otci. Iva stále neví, jak má otci sdělit, co cítí. Využíváme opět techniky kresby obrázků. Iva kreslí schematicky malou postavu, velmi nevýraznou... podstatné ale je, že místo břicha kreslí svoje problémy... *“Namalovala sama sebe plačící v nevýrazné barvě a zdůraznila velké břicho plné starostí – rodina, spolužáci, učení. Ukazuje otci obrázek se zájmem, aby viděl, jak se má. Otec má hádat, co nakreslila a co by to mohlo vyjadřovat. Pak sděluje otci přání, že by chtěla, aby se k sobě rodiče chovali hezky a měli se rádi...” viz přílohu (obr. č. 1).*

Otec se snaží Ivě porozumět, ale neví co by měl dělat. Iva prozatím není schopná více otci sdělit. Domlouváme se na dalším společném sezení.

Další sezení Iva zahajuje tím, že má stále potíže ve škole – nemůže tam chodit, nemůže se učit.. Otec moc nerozumí, jak to všechno může spolu souviset. Nabízím, aby Iva nakreslila otci další obrázek – tentokrát vyjadřuje sebe nešťastnou v lese, nemůže nikam, nikdo se k ní nedostane.. je uvězněna a připoutána ke spoustě starostí.. toto překládáme otci tak, že má Iva pocit, že se stejně nikdy spolu s otcem nesblíží.. *viz přílohu (obr. č. 2).*

Dále se stav zhoršuje – trpí úzkostí, není schopna hodit do školy, má somatické potíže – bolesti a křeče břicha, průjemy, zvracení. Přichází na další sezení spolu s matkou. Popisujeme situaci a reflektujeme možné změny, které se staly při zapojení otce do terapie a na základě trpělivého dotazování, co se

vlastně v terapii stalo a jaký to mělo význam, se dostáváme ke klíčovému momentům celé terapie – Iva a matka, Iva a otec.

Iva a matka:

Obě dochází k závěru, že potřebují pracovat na vzájemném vztahu a komunikaci. Iva potřebuje mámu. Zadávám úvodem arte techniku – toto je matka a toto je dcera, dcera kreslí matku a opačně.

Popis:

Matka maluje zamračenou Ivu: „*Je pesimista, všechno neguje, oponuje, ale má velké citlivé srdíčko, rozdala by se, ve velkém vyžaduje lásku a také ji umí rozdávat. Ráda by byla obdivovaná, skvělá, protože si myslí, že taková není. V duchu by si přála funkční rodinu. Miluje nákupy, hadříky.. počítač a zvířata.*“ ***viz přílohu (obr. č. 3).***

Iva: „*Mamka má ráda kabelky a boty, nakreslila, že nejsou peníze, musí hodně pracovat, je unavená a u toho je protivná a někdy až zlá, kdyby byly peníze a ona sama by byla v pohodě, tak by byly šťastné, když jsou pohromadě s dcerou, tak jsou šťastné.*“ ***viz přílohu (obr. č. 4).***

Pracuji s interpretací obrázků tak, že ponechávám chvíli pro vzájemné sdělení pocitů mezi matkou a Ivou. Jsou obě překvapené, co si ta druhá myslí a proč. Pokládám otázky, kde můžeme najít společný prostor pro obě a kde se dá hledat soulad.

Reflexe terapeutického postupu: na základě principů systemické terapie se vzdávám expertnosti na interpretaci obrázků, expertnost zaměřuji na proces dotazování k otevření prostoru mezi matkou a dcerou pro případné nové pohledy, pojmenování, dekonstrukce starých „pravd“ a konstrukce nového, žádoucího stavu. Díky tomuto se mezi dcerou a matkou odehrává zajímavá interakce:

Matka stáčí rozhovor k tomu, že je na všechno sama – samota zasahuje do vztahu k dceři – možná řeší s dcerou to, co má řešit s dospělým.. Iva má pocit, že jí to až někdy vyčítá, že má pracovat – cítí pocit viny.. Na druhou stranu mamku potřebuje. Matka si myslí, že když se jim uklidní finanční situace, tak se může změnit i její zaměstnanost. Iva má pocit, že jsou na dně a potřebují se odrazit tak, aby byly normální rodina.. Shodují se na tom – nejde udělat první krok. Přemýšlí nad tím, že by mohly mít i jiný pracovní režim.. Chce to řád, který nebyly schopné nastolit. Pracujeme s tím, jaký bude první krok - udělat pořádek doma – uklidit a projít staré věci – zamyslet se nad tím, co bylo a jít dál.. Bude tam místo pro to nové – bude tam učení, nové fotky – naráží na to, že když odešel táta, tak se jakoby zastavil čas.. Bude místo na nové věci – mluvíme o očekávání o nové budoucnosti, o novém vztahu...

Iva sezení následně shrnuje tak, že „Dostala toho dneska hodně, bylo to úplně jiné, než když si povídají spolu doma. Udělají spolu to, co si dnes řekly. Iva cítí velkou motivaci k tomu, aby začala být normální holka. Musí si všechno rozmyslet. Bylo to hodně podnětné..“

Toto sezení mělo pro terapii, pro příběh Ivy a matky, velký význam. Obě se následně shodují, že dostaly do rukou určitou kompetenci, díky níž si určily pravidla jak komunikace, tak plnění povinností ze strany Ivy. Přímým efektem byla schopnost matky důsledně sledovat plnění školních povinností. Iva získala pocit podpory a domluvila se s matkou na doprovodu do školy a řešení školních problémů v rámci školního poradenského systému. Iva získala individuální plán, díky němuž může efektivněji plnit zameškané povinnosti a v rámci plánu se zavázala k další terapii. Somatické potíže výrazně ustoupily, strach ze školy se zmírnil do zvladatelných stavů. Spíše je Iva popisuje jako trému ze zkoušení. Našla si dokonce nové kamarády, kteří ji ve škole podporují a pomáhají jí.

Dále v terapii pokračujeme opět individuálním přístupem, vracíme se k cílům, které byly již v minulosti dané, narážíme na potřebu řešení vztahu s otcem. Iva sama pozvala otce k dalšímu sezení a díky vyjasňování potřeb docházíme k situaci, kdy má Iva potřebu otci sdělit, co vše k němu cítí a jaký

má názor na jeho odchod od rodiny. Neví však, jak toto udělat. Nabízím tedy techniku dopisu. Na tuto přistupují oba. Iva píše v mezidobí otci dopis, kde mu vše sděluje a na následujícím sezení toto reflektují:

***Iva:** Všechno jsem mu napsala, jak jsem potřebovala, je tam úplně všechno, co cítím, co jsem cítila v době rozvodu, proč jsem se tak chovala, že jsem chtěla hlavně podporu od táty, že jsem na něj žárlila. Prostě jsem tam napsala úplně všechno. Táta to přijal dobře, řekl mi, že to chápe a že mě má rád jako dceru a že toto místo nikdo nenahradí. To je pro mě důležité. Bála jsem se toho, ale dopadlo to skvěle. Mám tátu!*

***Otec:** Dopis byl pro mě těžký.. Je tam hodně věcí, co jsem si myslel, ale nedokázal jsem je s Ivou probrat. Cítím vinu, ale chci, aby Iva věděla, že ji mám rád a budu jí mít rád jako dceru.. Přítelkyně její místo nezaplnila.. To jsem chtěl, aby Iva věděla.. Budu se snažit Ivě být co nejvíce na blízku a pomáhat jí.*

Reflexe terapeutického přístupu: Dopis jsem nečetla, nebyla potřeba ho na sezení více rozebírat. Oceňuji přístup obou a reflektuji významnou kompetenci k tomu, aby interakce proběhla v intimitě mezi otcem a dcerou. Do tohoto nezasahuji, jsem trpělivým posluchačem a z technik používám hlavně ocenění a kotvení nových významů a konstrukcí, které v popisech Ivy a otce slyším. Nadále se dotazuji, co bude nyní jinak a jak se to v jejich životě projeví. Dávám tím možnost popsat, co bude nového. Tímto způsobem pokračujeme i v následujících sezeních..

Iva rozvíjí vztah s otcem a dělá následující změny:

- Do školy dochází již půl roku pravidelně
- Otec zajistil doučování z hlavních předmětů a více kontroluje plnění školních povinností
- Iva bez problémů spolupracuje v rámci školního poradenského systému a proklamuje, že nemá žádný problém chodit do školy.

- Somatické potíže zcela vymizely, cítí se dobře, nemá ani stavy úzkostí - toto trvá cca půl roku
- Přemýšlí o svém dalším profesním zaměření, chtěla by studovat psychologii, nyní začne psát do školního časopisu. Má více koníčků, zajímá jahodně věci, má přátele.
- Stav ilustruje kresbou, která vyjadřuje její štěstí – viz přílohu (obr. č. 5).

Závěrem uvádím přepis emailu, kterým Iva hodnotí efekt terapie:

Mám se dobře :) Jinou péči nepotřebuju, myslím, že už jsem docela v pohodě, takže to asi není potřeba. Chtěla jsem hlavně poděkovat za vaši pomoc. Bez Vás bych to asi moc dobře nezvládla a skončila bych jako troska :D:D ...ted' se mi daří dobře a jsem konečně "normální". Moc děkuju a přeju hodně radosti Vám:))

S pozdravem Iva

4.3 Systemická terapie při bolestech páteře

Onemocnění pohybového aparátu, zejména však chronické bolesti zad (M54.9) představují v současné době široké spektrum problémů a obtíží. Z hlediska psychosomatického přístupu jsou významnou a zároveň častou diagnózou. Setkáváme se s pacienty, kterým je diagnostikován algický lumbosakrální syndrom. Při medicínské diagnostické rozvaze jsou děleny podle příčin na: *onemocnění páteře (funkční poruchy, organické léze), onemocnění vnitřních orgánů, primární afekce nervových kořenů, pletení a kmenů, myofasciální afekce a v neposlední řadě psychosociální afekce.* [17] str. 60, 61, 62.

Diagnostika orgánových příčin by měla být vždy pečlivě stanovena a v případě, kdy se přistupuje k invazivnímu řešení, měla by být vyloučena psychogenní příčina.

„Někdy nenacházíme žádný zdroj bolesti a musíme rozpoznat depresi, asociativní poruchy, hypochondrii s somatizací problémů i vědomou agravaci nebo simulaci s účelovými tendencemi“. [17] str. 64.

Bolesti zad obecně *„představují psychosomatózu současnosti“* [12] str. 149. Odsouvají do pozadí dříve častý výskyt žaludečních obtíží a hysterických tělesných poruch.

Dále je nutno rozlišovat, zda se jedná o bolestivý stav způsobený akutní událostí (např. nevhodným přetížením pohybového systému, neočekávaným pohybem, nepřiměřenou zátěží apod.), nebo zda se jedná o chronicky recidivující bolesti. Chronické bolesti nejsou závislé na aktuálním přetížení a na vadných pohybech, ale jsou často spojeny s psychosociální situací pacienta.

4.3.1 Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby bolestivých stavů páteře

V praxi se často setkáváme se situací, kdy chronické bolesti zad výrazně vstupují do životního komfortu nemocného. Odkloníme-li se od organické etiologie, můžeme pozorovat určité osobnostní rysy a faktory vztahující se k chování. Obvyklou předpokládanou příčinou chronické bolesti zad, se kterou se v literatuře setkáváme, je vazba na životní zátěž, na náročné životní situace nemocného. Hovořit také můžeme o výrazném psychosociálním zatížení - rozvodová situace v rodině, chronické vztahové konflikty, nepřiměřená pracovní zátěž, neadekvátní odpovědnost apod.

Dále můžeme v životě nemocného pozorovat skryté konflikty v dětství, pocity bezmoci, úzkostné chování a depresivní epizody. Nicméně z hlediska psychoterapie je podstatné zaměřit se na aktuální prožívání potíží a na kontext terapie. Pracujeme totiž často se situací, kdy jsou nemocní k psychoterapii

posláni lékařem a nejsou schopni vidět souvislosti mezi obtěžující bolestí a jejich psychickým stavem či psychosociální situací. Cítí se bezradní v systému klasické medicíny, neboť silné a chronické bolesti jsou obtěžující a někdy naprosto nemocného paralyzují. Místo toho, aby je lékař řešil, předepisoval další medikaci, posílá nemocného na psychoterapii. Terapeut má pak za úkol překonat počáteční nedůvěru v možné přínosy psychoterapie, motivovat a získat klienta (ne nemocného) se spoluprací. Systemická terapie na toto klade velký důraz. Pracuje s konceptem poslaného klienta, stěžovatele a snaží se kontext práce změnit na kontext vzájemné spolupráce, kdy je klient schopen vyjádřit svá očekávání od terapie, motivaci a je schopen vidět, že jeho chronické potíže mohou mít souvislost s psychikou. V systemickém jazyce hovoříme o tom, že klient začíná být kompetentní, začíná být autorem svého příběhu.

4.3.2. Kazuistika s reflexí systemického přístupu

Kontext zahájení terapie:

Paní Jaroslava (56 let) přichází na doporučení rehabilitační lékařky. Léčí se dlouhodobě pro chronické bolesti zad. Byla jí diagnostikována protruze v segmentu L4, L5, rozsáhlé degenerativní změny. Lékařka popisuje stav jako neodpovídající subjektivní potíže objektivnímu somatickému nálezu. Paní Jaroslava sama bolest popisuje jako svíravou, skličující, málokdy ustupuje, klasické techniky rehabilitace a medikace nemají přílišný efekt. Má velmi malé procento situací, kdy jí bolest neobtěžuje, jinak je omezená v běžných denních činnostech, pracovní proces zvládá s obtížemi. Svoji rodinnou situaci hodnotí jako běžnou: *“všude jsou nějaké problémy”*.

Při otázkách na motivaci k terapii přiznává, že jí bylo doporučeno, aby navštívila terapeuta. Co přesně může od psychoterapie čekat neví, ale už neví kudy kam, co by měla dělat, aby „ty záda přestaly tolik bolet“, vyzkoušela tolik věcí.

Průběh terapie (celkem 6 sezení):

Zpočátku se klientky dotazují na její situaci a na příběh o „bolesti zad“. Vypráví, co všechno prošla, co všechno nemá v jejím snažení efekt. Citlivě reflektuji její bezradnost, bezmoc nad bolestí a oceňuji její odhodlání, že se objednala k terapii. Začínám vyjasňovat, co by od terapie mohla dostat. Sama nemá představu, očekávání se vztahují spíše k obecným předpokladům, které o psychoterapii má. Nicméně začíná vyjmenovávat, že by chtěla úlevu od bolesti, možná bychom mohly společně najít, kde je příčina, co by mohla změnit. Během rozhovoru klientka několikrát potřebuje změnit polohu, poposedává, mimikou naznačuje velké bolesti, působí velmi unaveně, při popisu potíží pláče.. Opět reflektuji náročnost situace a dotazuji se, co se děje, když o svých problémech hovoří.. Je to těžké, popisovala to už tolikrát, ale spíše se zaměřovala na tu tělesnou stránku, nyní si může uvědomit, jak je to pro ni psychicky náročné. Překvapuje ji, že pláče, vždycky se snažila to všechno zvládnout, nic na sobě nenechat znát.

Reflexe terapeutického postupu:

V prvním sezení pracuji převážně na navázání důvěry a bezpečného prostředí pro klientku. Pomocí reflektování zrcadlím emoce, dotazováním na předpoklady ohledně terapie si vyjasňujeme, jak by naše spolupráce mohla pokračovat dál, co je pro klientku důležité a jak moc je schopna vidět souvislosti svých potíží. Ověřuji si svůj předpoklad o tom, že je klientka přetížená, unavená, ale není ve svém stavu schopna vidět tyto souvislosti. Uvažuji také o postupném dotazování se na rodinu, vztahy, práci apod. nicméně se držím toho, co se v rozhovoru odehrává, na potřebu sdělit bolest a navázat s klientkou kvalitní terapeutický vztah.

Další průběh terapie:

Klientka se zpětně vrací k prvnímu sezení. Byla překvapená, co prožívala, když mi popisovala svoje potíže. Cítila úlevu, jakoby na to nebyla sama. Toto mě inspiruje k otázce, zda má ve svém okolí možnost takové úlevy. Říká, že

ani ne a začíná líčit situaci, kdy se jí udělalo nevolno v práci a musela být odvezena manželem domů. Skoro omdlela, neměla žádnou sílu, byla na vyšetření a vlastně se nic nenašlo. Pár dní si doma odpočinula. Vypráví to proto, aby doložila, jak je její situace náročná. Dále v terapii pracujeme s tím, jak rozumí svojí situaci, proč musí mít takové bolesti. Zpočátku opět nevidí žádnou příčinu, opakuje, že neví. Později však připouští problémy ve vztazích a v její neadekvátní odpovědnosti za rodinnou situaci. Všechno musí mít pod kontrolou, všechno řídí, na všechno myslí. Na základě dotazu, kde se ta odpovědnost bere, odpovídá, že je to přeci jasné, žena má za úkol toto všechno obsáhnout. Využívám technik dekonstrukce a pracujeme s tímto předpokladem a odrážíme, co všechno v jejím životě způsobuje. Klientka se však zastavuje u tvrzení, že to prostě takto má být. Snažím se i nadále o dekonstrukci, ale není úspěšná. Nezbyvá než se zaměřit na to, jak by svoji situaci mohla zvládnout, když musí mít všechno na starosti.

Reflexe terapeutického postupu:

Využívám techniky dekonstrukce a pracuji s předpoklady o ženské roli a povinnostech. Ve svých hypotézách pracuji s tím, že by mohly bolesti s touto zátěží souviset a v dalším postupu uvažuji o externalizaci bolesti, neboť doposud se fyzické vnímání bolesti příliš nezměnilo.

Postupně se s klientkou dostáváme do situace, kdy klientka podrobně popsala svůj příběh. Pracovaly jsme s předpoklady o její úloze ve vztazích, v roli manželky, v práci atd., nicméně při zpětné vazbě na bolest zad se dostáváme k tomu, že se vlastně moc nemění.

T: Stále hovoříte o velké bolesti, jakoby se nic nezměnilo..

Jaroslava: Nevím, občas mi je lépe, ale jsou chvíle, kdy mám bolesti velké..

T: Zdá se, jakoby bolest omezovala i naši spolupráci..

Jaroslava: Ano, vlastně jsem chtěla, aby se s ní něco stalo..

T: Co by se s ní mohlo stát?

Jaroslava: Ať je menší, ať už mě nechá být..

T: Jak jí vlastně vnímáte.. Zkuste ji přiblížit k něčemu konkrétnímu..

Jaroslava: Je to jako trn, jako velký kovový trn, který se mi zabodá do zad a strašně to bolí..

T: Musí to být těžké.. působí to na mě, že je to hodně těžké..

Jaroslava: Ano.. klientka chvíli mlčí a začíná plakat.. už to nemůžu vydržet..

T: Co nejde vydržet..

Jaroslava: Manžel pije..

T: Aha..

Jaroslava: Je to hrozně těžké, moc to bolí, trvá to hodně dlouho, zažila jsem si strašné věci.. Nikdo si to ani neumí představit..

T: Stejně jako vaši bolesti?

Jaroslava: Ano, je to jako trn, potřebuju se toho zbavit, nejradši bych od toho všeho utekla..

T: Ale asi nemůžete, když vás bolí záda..

Jaroslava: Nemůžu, musím to snášet..

Dále pracujeme s tím, proč si klientka myslí, že to musí snášet a docházíme k důležitému popisu přímé souvislosti bolesti zad a manželovým pitím. Postupným vyjasňováním toho, za co je klientka odpovědná, jaká je její role v příběhu o manželově pití, zkompetentňuji klientku k následujícímu závěru: sama přichází s tím, že si o celé situaci s manželem promluví, že nebude jeho pití tolerovat a starat se o jeho povinnosti. Pokud by nepřistoupil na to, že pít přestane nebo že podstoupí léčbu, začne si život zařizovat sama. Závěrem reflektuje, že se jí velmi ulevilo. Bolesti jsou mírné, snesitelné, má pocit, že je

dokáže korigovat odpočinkem a cvičením. Jako nejvíce přínosné vidí to, že si dokázala stanovit hranice vůči manželovi.

Reflexe terapeutického přístupu:

Za podstatné v průběhu terapie považují úvodní navázání spolupráce a překonání mýtů ohledně psychoterapie. Poté citlivé reflektování emocí a neúměrné zátěže, práce s rolemi, odpovědností. Postupná dekonstrukce neužitečných předpokladů, která vedla k velmi efektivní externalizaci bolesti. Za podstatné také považují postupné zkomentňování klientky, aby byla schopna vidět souvislosti svého příběhu a dovolila si vyslovit skutečnost, o které předtím nemluvila - že manžel pije a ona to přestala zvládat. Klientka mohla začít konstruovat příběh jiný – o hranicích, o svém vlastním životě. Bolest se nakonec stala snesitelnou, ovladatelnou běžnou rehabilitací a dle zpětné vazby od lékařky, která psychoterapii doporučila, adekvátní objektivnímu somatickému nálezu.

4.4 Systemická terapie při poruchách plodnosti

Světová zdravotnická organizace označuje za neplodnost absenci početí při nechráněném pohlavním styku v období jednoho roku. Dělí neplodnost na primární a sekundární. Příčiny vidí u žen v poškození nebo ucpání vejcovodů, chromozomálních problémech, hormonálních problémech, endometrióze (přítomnost sliznice dělohy v sousedních reprodukčních tkáních), příliš hustém cervikálním hlenu, imunologické rejekci spermatu, problémech s uhnízděním oplodněného vajíčka, v předčasné menopauze. U mužů problém nastává v následujících případech - pokles kvality spermatu (příliš málo spermií, azoospermie, špatná pohyblivost spermií, neúspěšná penetrace), chromozomální problémy, autoimunita k vlastním spermiím, epididymální blokáda chámovodů (ucpání seminálního kanálku nadvarlete způsobené infekcí, blokáda výtoku spermatu způsobená infekcí), kartagenerův syndrom, koitální problémy (impotence, ejakulační selhání), vazektomie.

Rostoucí počet neplodných párů představuje stále aktuálnější problém. Jednak z pohledu lékařského a jednak z pohledu psychologicko – společenského. V otázkách neplodnosti se z pohledu psychologie nabízí několik zásadních témat. Jedním z nich je, jak řešit tzv. psychogenní neplodnost, tzn. neplodnost z psychické příčiny. Proč zdravý pár, kterému nebyla nalezena žádná překážka v početí, stejně není ve svém snažení úspěšný? Řada odborníků si pokládá otázku, co vše se skrývá za pojmem psychogenní neplodnost a jak ji psychoterapeuticky řešit. Už samotný fakt nemožnosti otěhotnění a snažení se o to, je velmi stresujícím faktorem, který vede k rozkolísání psychických procesů. Pak v některých případech může vést sekundárně k psychogenní neplodnosti.

Další otázkou je z pohledu vývojové psychologie a sociologie posunující se věková hranice založení rodiny a porodu prvního dítěte. Toto jsou důležité faktory, které mohou výrazně ovlivnit statistiky reprodukčních center. Vzhledem ke kontextu práce se nadále budeme zabývat psychogenní neplodností a možnostmi systemického přístupu v její léčbě.

4.4.1 Předpoklady o psychosomatických souvislostech v příčinách vzniku a léčby neplodnosti

Jak již bylo řečeno, se stoupajícím počtem neplodných párů se rozvíjí v posledních letech lékařský obor - reprodukční medicína. Jsou zakládána nová centra a kliniky, které se zabývají jednak léčbou neplodnosti a jednak výzkumem. Nicméně, psychosomatický aspekt zůstává i nadále v pozadí. Ze zkušeností víme, že je zohledňován v situacích, kdy psychický stav ženy (ve většině případů ženy a ne páru) nějakým způsobem vybočuje z normy nebo je dokonce překážkou v léčebném systému. V málokterém centru léčby neplodnosti je psychoterapie součástí procesu a je nabízena jako komplexní psychoterapie páru.

Příčiny psychogenní neplodnosti se často směřují k ženě. Poněšický řadí mezi časté psychosomatické poruchy bolestivou menstruaci a poruchy menstruačního cyklu. Popisuje menstruaci jako základní charakteristiku

ženskosti. Její porucha je odrazem nepřijetí ženské role, protest proti plodnosti, potíže spojené s mužskou existencí apod. Příčiny poruch hledá v rodinném životě, v pracovní a partnerské oblasti. Upozorňuje ve své knize také na zajímavý fenomén tzv. nepravého těhotenství, kdy žena tolik touží po dítěti, že se mohou objevit příznaky těhotenství.

„Na nepravém těhotenství je možnost demonstrovat úzký vztah mezi duševnem a tělesnem: jak vědomé, tak nevědomé přání otěhotnět, často ve spojitosti s úzkostmi v intimním styku, vede k představě těhotenství“ [16] str. 79.

Terapeuti často řeší situaci, kdy pár proklamuje jasné přání mít dítě a na pozadí nevědomých procesů prožívá úzkost a obavy dítě na svět přivést. V nemalém procentu dokonce může dítě saturovat nefunkční vztah, nebo může být určitou osobní kompenzací životních neúspěchů a traumat.

„U mnoha sterilních párů vnímáme zřetelně mesiášskou naději, že se s příchodem dítěte vše, ale opravdu vše změní k lepšímu“ [12] str. 206.

Nabízí se dokonce názor, aby se psychodiagnostika stala součástí diagnostického procesu páru, neboť příčin „psychických bloků“ může být opravdu hodně. Systemický přístup ze své podstaty nenabízí přímo diagnostický proces, ale z pohledu systemických psychosomatických teorií je možné nabídnout několik pohledů na vedení terapeutického rozhovoru. Jedním je narativní přístup, kdy terapeuticky pracujeme s příběhem páru – reflektujeme, jaký příběh vypráví o sobě, o svém nenarozeném dítěti, o nynější terapii na klinice apod. Strategiemi narativní práce se snažíme převyprávět příběh o neplodnosti a nacházet, konstruovat, jiné příběhy, které by vedly k tomu, aby pár mohl mít dítě (jiné významy, které dítě do života rodičů přinese), nebo aby našel jiné pojitko vztahu a tím uvolnil možné bloky z přílišného snažení o početí.

Dalším možným přístupem z pohledu systemiky je tzv. systémový pohled, kdy se neplodný pár na základě svého problému stává systémem problémovým

a hledá pomoc právě v klasické léčbě neplodnosti. Nejsou však vzata v úvahu všechna členství (role), které by vedly ke konečnému rozpuštění problému (vyřešení situace). Medicínské řešení nemůže být efektivní v případě, kdy příchod dítěte by vlastně znamenal udržení problému páru nebo dokonce jeho zhoršení. Známý jsou dokonce plánované interupce po úspěšné IVF léčbě.

V neposlední řadě musíme zmínit také roli psychoterapie jako určitého doprovodu a podpory při náročné léčbě neplodnosti. Nahlédneme na systém osmi způsobů profesionální práce (systém pomoci a kontroly) do kategorie doprovázení, kdy bez ambice na nějakou změnu doprovázíme klienta na jeho nesnadné cestě a za pomoci aktivizace jeho zdrojů mu pomáháme situaci snášet.

Vzhledem ke všem těmto aspektům se z pohledu systemického přístupu nabízí spíše vedení terapie než psychodiagnostika. Ta neposkytuje takové pole možností, jako samotný terapeutický proces. Otázkou však zůstává, jak zapojit psychoterapii do léčebného procesu neplodných párů. Jaké předpoklady a mýty ohledně psychoterapie by se musely překonat, aby mohla vzniknout smysluplná spolupráce lékařů, sester a psychoterapeutů?

4.4.2 Kazuistika s reflexí systemického přístupu

Kontext zahájení terapie:

Ke konzultaci v psychoterapeutické poradně se objednává manželský pár Ivana (36) a Petr (37) kvůli svým manželským neshodám. K řešení svých problémů jsou naléhaví, požadují termín co nejdříve.

Průběh terapie:

Po zahájení sezení úvodními formalitami, začínají Ivana a Petr popisovat svoji tíživou situaci. Jsou manželé již 10 let, mají spolu 8-mi letého syna. Poslední dobou si přestávají rozumět, hádají se, nemají doma pohodu, dokonce došlo k hádce s fyzickým napadením. Příběh přerušuje Petr svým přiznáním k nevěře. Vůbec neví, co se s ním poslední dobu děje. Ivana pláče, vnímá

nevěru na jednu stranu jako zásadní problém, který může vést k rozchodu, ale na druhou stranu to může být šance na nový začátek. Vstupuji do jejich vyprávění dotazováním na očekávání, se kterým do poradny přichází. Reflektuji spoustu témat a oceňuji určité posuny, které sami v sobě udělali od doby, kdy nevěru a problémy řeší. Oba se shodují na tom, že by chtěli vztah zachránit, padla i varianta rozvodu, ale to nechtějí. Hodně se změnilo. Znova se dotazují, co by chtěli a pro co si do poradny vlastně přišli. Odpovídají, že chtějí možná pochopit, co se stalo a proč. Petr by chtěl dokázat Ivaně, že to co jí říká, jak ji má rád, jak o ni stojí atd., myslí upřímně a vážně. Toto nadále podporuji otázkou, jak bude vypadat jejich spokojený vztah.. Ivana se rozpláče, není schopna odpovědi a Ivan sklopí hlavu.. Dále pokračujeme krátkou reflexí a zrcadlením situace:

T: Co se vlastně teď stalo, co se s vámi nyní děje?

Ivana: Já to nechápu, proč to udělal..

T: Myslíte tu nevěru?

Ivana: Ano, že právě v tu dobu mi to řekl..

T: V jakou dobu?

Ivana: Byla jsem zrovna po neúspěšném IVF pokusu, začala jsem krvácet a Petr mi řekl, že má jinou. V době transferu byl s ní..

Petr: Já už nemohl dál.. Já vůbec nevím, co se se mnou dělo.. Najednou jakoby se mi Ivana odcizila..

T: Muselo to být pro vás oba asi velmi těžké období.. Slyším, že vstupuje do vaší situace další rozměr.. Pokoušíte se o dítě a zároveň řešíte nevěru, problémy ve vztahu.. Znova vám položím otázku, jak to spolu může všechno souviset a co v této chvíli vlastně potřebujete?

Petr: Souvisí to spolu hodně.. Pořád jsme někde chodili po nějakých vyšetřeních a procedurách. Dělali jsme všechno na povel.. Někdy se k nám třeba nechovali i dobře. Ivana byla hodně nervózní, na nic jiného nemyslela..

Ivana: Ano, bylo to strašný, jenže já si myslela, že bude Petr mojí oporou a on mi udělá tohle!

Petr: Byla jsi zaměřená jen na to dítě.. Úplně nám to uteklo..

T: Slyším tady zase spoustu témat.. A říkám si, jak by to asi bylo, kdyby se vám podařilo otěhotnět?

Ivana: Já nevím.. Možná bych se nikdy nedozvěděla, co se děje..

Petr: Asi by ten kolotoč pokračoval..

T: Co má dítě do vašeho života přinést?

Ivana: Já si ho moc přeju, myslela jsem si, že to upevní vztah..

T: Upevní? Není pevný?

Petr: No asi není.. Já to nechápu.. Normálně se lidé nepodvádí, když chtějí mít dítě..

T: O co vlastně jde, o to mít pevný vztah nebo dítě?

Petr: Musíme si vyjasnit kde nyní jsme a co chceme..

Ivana: Ano, do tohohle nemůžu mít děti.

T: Vy sama?

Ivana: Ne, my dva..

T: Aha, ale mluvíte, že Vy chcete mít dítě..

Ivana: Asi jsem si to moc prosazovala.. Dělala všechno proto, aby to vyšlo.. Nakonec jsem málem přišla o manžela..

T: Co byste tedy potřebovali, aby se tady dnes stalo?

Ivana: Musíme si ujasnit, kde jsme a co chceme.. To vnímám jako zásadní..

Petr: S tím naprosto souhlasím..

T: Kde jste? Co chcete? To máme dělat dnes, tady?

Petr: Ano..

Ivana: Ano..

T: Co se stane, až to budete vědět?

Reflexe terapeutického přístupu:

Pracujeme stále na vyjasňování témat a možností, o čem by vlastně měla být párová terapie a v jakých ohledech by jim měla být přínosná. Tento postup patří k základním v párové terapii, jde o hledání společného tématu, postupně zakázky. K úvodním technikám dotazování patří techniky aktivního naslouchání a vyjednávání pole společné práce. Terapeut by měl být v tomto momentu otevřený rozdílnému přístupu, pohledu a přáním partnerů. Umožnit náhled na situaci a přerámovat určitá tvrzení a problémy do podoby, na kterých jsou schopni se vzájemně shodnout jako na tématech, že právě tato budou užitečná k další terapeutické práci. V případě Ivany a Petra se jevílo jako užitečné vyjasňovat a neustále se vracet k otázce k čemu potřebují párovou terapii a co jim má přinést. Byli schopni se již na některých tématech a řešeních domluvit ještě před příchodem do poradny. Toho v terapii využívám a podporuji to. Pracuji s reflexí, že pár vnímám jako velmi kompetentní a svoje předpoklady si postupně ověřuji dotazováním.

Dále po otázce „co se stane až to budete vědět?“ pracujeme s tím, jak si představují další společný život, jak se vyrovnají s nevěrou, především pak Ivana. Jaký vztah a situace jim umožní mít spolu další dítě. Tím se cirkulárně

dostáváme i k synovi a vyjasňujeme, jak bude vypadat celková rodinná pohoda. V rozhovoru používám strategii na řešení zaměřeného přístupu. Klienty orientuji na budoucnost, na popis toho, co by chtěli, aby bylo. Držím je u konkrétních popisů funkčního a chtěného. Celkově proběhly 3 konzultace. Po dvou měsících paní Ivana otěhotněla.

ZÁVĚR

Práce se zabývá systemickým přístupem v psychoterapii psychosomatických poruch, jeho filozofií, pohledem na psychosomatickou problematiku a možnostmi využití konkrétních metod přístupu v terapii samotné. Přináší pohledy na aktuální problematiku v oblasti poradenství a psychoterapie, jakou psychosomatická onemocnění bezesporu jsou. Cílem práce bylo dokladovat prostřednictvím reflektovaných kazuistik možnosti systemického přístupu jako relevantního terapeutického přístupu. Často je mu totiž vytýkána nízká odbornost ve smyslu filozofického zázemí a odklonu od standardních diagnosticko-terapeutických postupů klasických škol. Dalším problémem může být odklon expertnosti od tématu (terapeut nemusí být expertem na dané téma) směrem k expertnosti na rozhovor (terapeut je expert na vedení rozhovoru, je odpovědný za jeho vedení, za systematiku kladení otázek a otevírání dostatečně podnětného prostoru k novým konstrukcím klienta).

Obecně klade systemický přístup velké požadavky na to, aby terapeut neustále reflektoval svůj přístup a volené techniky, vybírá je z různých škol, ale na druhou stranu pracuje systematicky. Systemika požaduje, aby co nejvíce zkompetentňoval klienta k novým postojům a pohledům, což se může ukázat v terapii psychosomatických poruch jako klíčové. Klienti se totiž velmi často ocitají v submisivní pozici vůči systému (lékaři, rodina, sami k sobě) a nemají patřičnou kompetenci a náhled na situaci, ve které se ocitají. Být jako terapeut předkladatelem toho, co jejich tělo nemocí vyjadřuje, může vést k prohloubení neschopnosti klienta situaci porozumět. Systemický přístup se tohoto přístupu vzdává a naopak nabízí klientovi možnosti potíže popsat. Práce to dokladuje např. v kazuistice klientky s bolestmi páteře. Již na prvním sezení by se nabízela možnost, ze strany terapeuta, aby se klientky ptal „co má na svých bedrech“, ale pokud není klient dostatečně „zralý“ vidět určité souvislosti, je tato varianta neúčinná.

K diskuzi může práce nabídnout téma, zda je opravdu nutné, aby terapeut pracující s psychosomaticky nemocnými znal problematiku jednotlivých onemocnění nebo byl dokonce medicínsky vzdělán.

Dalším tématem může být změna přístupu ke klientovi v rámci postmoderních filozofií. V dnešní době má i samotný systemický přístup tendenci více vyčleňovat jednotlivé školy a hledat ještě větší zázemí ve filozofickém přístupu. Vznikají pracovní skupiny narativní terapie a na řešení zaměřeného přístupu. Toto by mohlo přispět k důležitým změnám i v přístupu k léčení psychosomatických poruch.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- [1] Schlippe A., Schweitzer J.: *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta, 2001.
- [2] Ludewig K., *Základy systemické terapie*. Praha: Grada, 2011
- [3] Strnad V.: *Ke vzniku radikálního konstruktivismu z ducha kybernetiky*. In KONS, 1992, č.1.
- [4] Úlehla I.: *Umění terapie - UT 03*. Výukový materiál pro účastníky výcviku. Unpublished manuscript.
- [5] Ludewig K.: *Systemická terapie – Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1994.
- [6] Shazer S., Dolan Y., *Zázračná otázka*, Praha: Portál, 2011
- [7] White M., Epston D.: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York, W.W.Norton, 1990.
- [8] Úlehla I.: *Umění pomáhat*, Praha: SLON, 2005.
- [9] Geist B., *Psychologický slovník*, Praha: Vodnář, 2000
- [10] Langmeier J., Balcar K., Špitz J., *Dětská psychoterapie*, Praha: Portál, 2000, 2. Vydání
- [11] Raboch J., Pavlovský P., *Psychiatrie – minimum pro praxi*, Praha: Triton, 2001, 2. Vydání
- [12] Tress W., Krusse J., Ott J., *Základní psychosomatická péče*, Praha: Portál, 2008
- [13] Lieb H., *Systemische Therapie 10/4*, 1992, překlad Kontext IX-2-1993
- [14] Kratochvíl S.: *Základy psychoterapie*, Praha: Portál, 2002.
- [15] Mařatka Z., *Gastroenterologie*, Praha: Karolinum, 1999

[16] Poněšický J., *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*, Praha: Triton, 2002, 1. Vydání

[17] Pěničková V., Velísková J. , *Klinická diferenciální diagnostika algických lumbosakrálních syndromů*, Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie, česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 1995

Internetové zdroje:

www.wikipedia.cz

www.neplodnost.org

www.ordinace.cz

www.psychosomatika.cz

www.ivfcube.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Obrázek z terapie č. 1

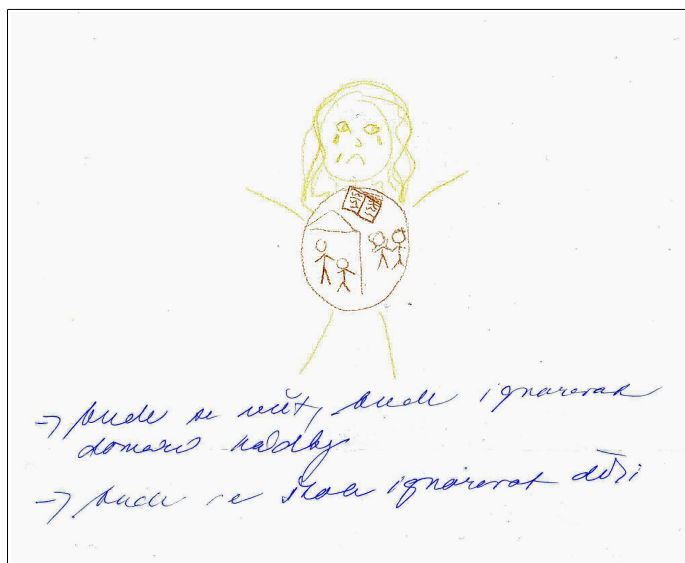
Obrázek z terapie č. 2

Obrázek z terapie č. 3

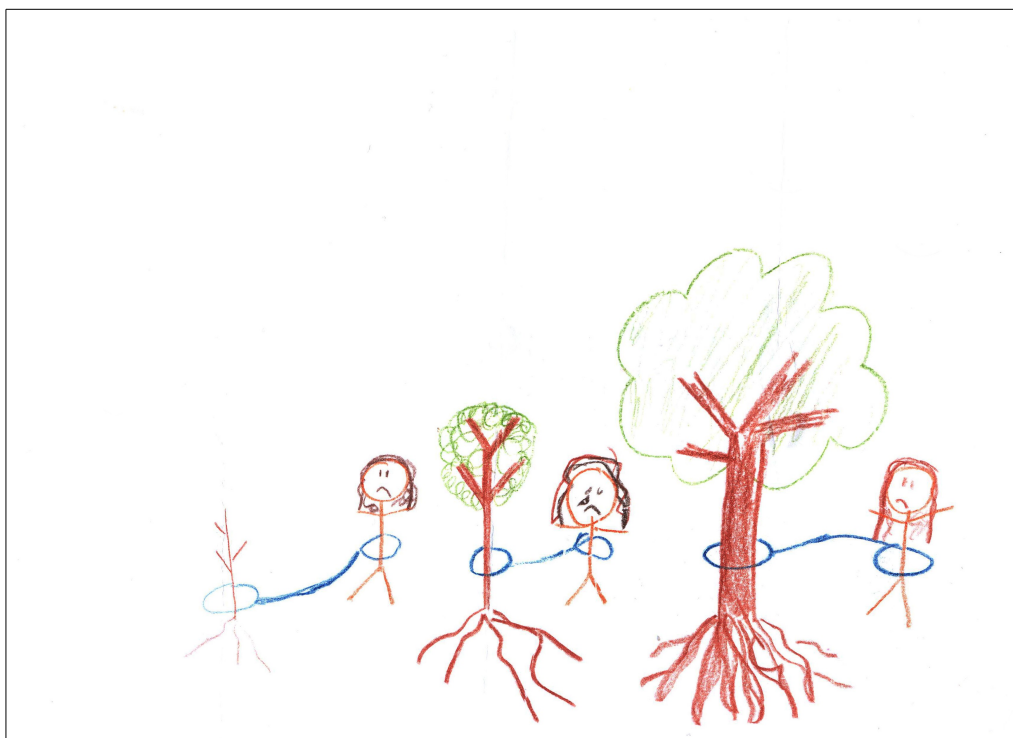
Obrázek z terapie č. 4

Obrázek z terapie č. 5

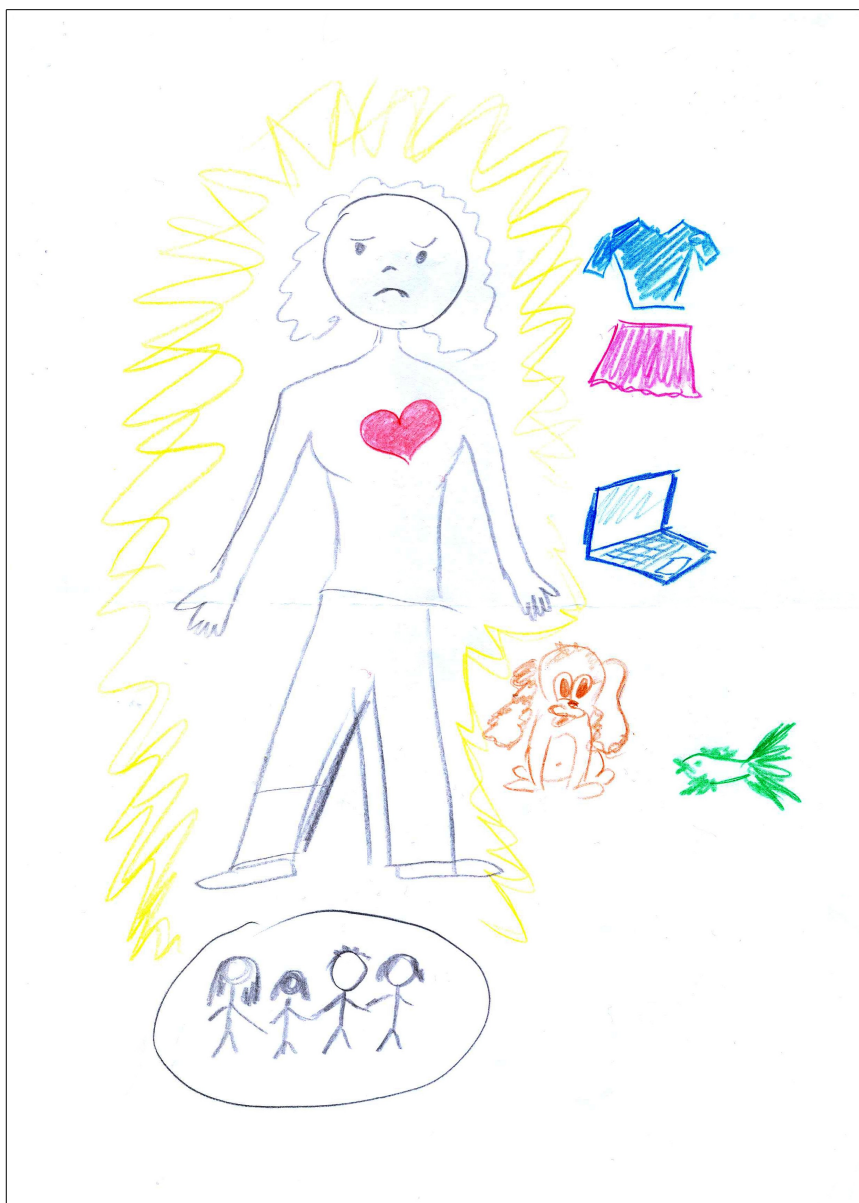
PŘÍLOHY



Obrázek z terapie č. 1



Obrázek z terapie č. 2



Obrázek z terapie č. 3



Obrázek z terapie č. 4



Obrázek z terapie č. 5

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jana Březinová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Systemický přístup v psychoterapii psychosomatických onemocnění

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 86

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 15

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: MUDr. Pavla Hellerová