

světla. ... Sabrina mi dovolila říci studentům o svých pocitech soupeření s vámi a o tom, co se díky té zkušenosti naučila. ...Všichni [studenti a další členové fakulty] říkali, že vaše práce byla velice respektující a citlivá vůči Sabrině i mně.

- 1 *Toto je klinický popis interview v rámci Bloku expertů, které jsem vedla na každoroční konferenci American Association for Marriage and Family Therapy v říjnu 1992.*
- 2 *Jedním z nedostatků psaného slova je, že čtenář může komunikovat jenom s takovou podobou autora, kterou si sám vytvořil. Další nevýhodou je, že je tato komunikace lineární. Doufám, že v této knize bude čtenář moci komunikovat s pomyslným „já“ a se sebou samým reflexivním způsobem.*

3.

## Příprava scény

*Když vysvitlo slunce, byla cesta krásná, posetá květinami a my jsme pozvolna začali otevírat oči... Když říkám cesta, doufám, že si nepředstavujete, jak jdeme po prašné dálnici. S radostí mohu říci, že jsme v nejšířším slova smyslu objevitelé svých vlastních cest a cestiček. Každý člověk je takový Kryštof Kolumbus. Někdy to vezmeme zkratkou, aby se nakonec ukázalo, že to je oklíka; přes hory, přes údolí, skrz křoviny, skrz vřes; po úbočí a podél řeky; a právě taková cesta má v sobě něco tak svobodného a tak zábavného, že je pro nás, i přes veškeré sužující nepohodlí, prostě nádherná – daleko lepší než cestování v tom nejluxusnějším londýnském kočáře... Life in Mexico: The Letters of Fanny Calderon de la Barca [1894]*

*Děkuji Eleně Fernandez, že mi představila Fanny Calderon de la Barca v jejich „Stories of Mexico“, které si připravila pro 6. galvestonské sympozium, Guadalajara, Mexico, říjen 1995.*

## Posuny v klinických zkušenostech

Když jsem reflektovala své klinické zkušenosti – které neustále podněcovaly moji zvědavost a také probudily můj zájem o postmodernismus – dospěla jsem k určitému způsobu, jak popsat jejich vliv na moji filozofii terapie a na její charakteristické rysy: všechny tyto zkušenosti spojoval jazyk jako jejich ústřední prvek, který připravoval scénu pro přemýšlení o lidských systémech jako o jazykových systémech a pro spolupracující přístup při práci s těmito systémy (Anderson, 1995). Následující řádky mohou být chápány jako „ústní historie“, vyprávění o posunech v přemýšlení o mé vlastní klinické práci, které mají svůj původ v dialogu s klienty, kolegy a studenty ve spolupracujícím kontextu – jako vyprávění o změně.<sup>1</sup>

### *Od rétorických cílů ke spolupracujícímu zkoumání*

#### *Zájem o jazyk*

Mým původním záměrem bylo mluvit jazykem klientů (metaforicky i doopravdy), tak abych se dozvěděla něco víc o jejich hodnotách, pohledech na svět, o tom, co se skrývá za jejich slovy a frázemi.<sup>2</sup> Cílem bylo vést konverzaci běžným jazykem klienta a tento jazyk využít pro terapii jako strategický řečnický nástroj, jako nástroj k editaci a ovlivňování příběhu, jako techniku k navázání spolupráce při dosahování změny. Klientův jazyk pro mě byl vodítkem k tomu, abych zjistila, jak se vyvíjí definice problému, léčebné cíle a intervence (ať už v jakékoli formě), například zda se mění chybná přesvědčení nebo zda se začínají dařit původně marné pokusy o řešení. Domnívali jsme se, že pokud se bude terapie odehrávat v klientově jazyce, budou do sebe klient a terapie lépe zapadat. Výsledkem mělo být, že a) klient snáze přistoupí na diagnózu a intervenci terapeuta, b) sníží se pravděpodobnost odporu, c) terapie bude mít větší naději na úspěch. Z těchto důvodů jsme věnovali patřičnou pozornost našemu vlastnímu jazyku a jako chameleóni jsme se přizpůsobovali postojům klienta a názorům rodiny. Avšak během doby, kdy jsme se pečlivě snažili tímto způsobem jazyk klientů používat, učit a pracovat s ním, došlo v naší klinické práci k několika vzájemně propojeným posunům.

### *Přirozené zaujetí*

Zjišťovali jsme, že když klienty pečlivě posloucháme, tak nás vlastně začíná víc zajímat, co říkají. Takže jsme se občas přistihli plně zaujati jejich jedinečnými příběhy a doslova lační po jejich názorech na život a jejich životních dilematech. Začali jsme se více zaměřovat na pochopení souvislostí klientovy zkušenosti a nacházeli jsme v jejich příbězích poučení. To, co bylo na začátku účelovou konverzační technikou, se stalo přirozenou zvědavostí, spontánním způsobem mluvení s lidmi a bytí s nimi ve vztahu.

### *Individuální jazyk*

Všimli jsme si, že spíše než že bychom se učili jazyk rodiny, učili jsme se specifický jazyk každého člena rodinného systému. Rodina neměla vlastní jedinečný jazyk, ale její jednotliví členové ano. A jazyk každého člena byl jedinečný. Každý měl svůj vlastní popis problému a svoje vlastní řešení, stejně tak jako vlastní popis rodiny či terapie. Tyto rozdíly ve zkušenostech, vysvětleních a významech, které jednotliví členové přikládali stejné události, stejné rodině, jeden druhému navzájem, nás fascinovaly. Protože jsme cítili, že tyto rozdíly jsou samy o sobě cenné a mohly by být obohacující, nechtěli jsme už dále sjednocovat, urovnávat nebo usilovat o kompromis (pokud šlo například o definici problému nebo možné řešení), ale spíše jsme chtěli zachovávat bohatost rozdíků.

Nechci říct, že se domnívám, že členové rodiny nemají společná přesvědčení, hodnoty, cíle a historii. Samozřejmě, že mají. Jsou to stavební kameny, které drží rodiny pohromadě a zachovávají jejich kontinuitu. Ale rodina není entita. Nepřemýšlí ani nedýchá; jedinci ano. Uvědomili jsme si tedy, že nepracujeme s jedním problémem, s jednou rodinou a nesměřujeme k jednomu řešení.

### *Vždy jen jeden*

Náš obrovský zájem o každého jednotlivce a o každou verzi příběhu vedl k tomu, že jsme v jednu chvíli mluvili vždy jen k jedné osobě. Zjistili jsme, že když se zaujetím hovoříme s jednou osobou, ostatní naslouchají způsobem, jaký jsme dříve nezaznamenali. Neopravovali se a nepřerušovali navzájem tak jako dříve. Vypadalo to jako ne-defenzivní naslouchání. Toto zjištění interpretuji dvojnásobným způsobem. Zaprvé, svými slovy a svým jednáním jsme dávali najevo, že se upřímně zajímáme o to, co chce každá osoba říci, respektujeme, co chce každý říci, a dáváme každému prostor, aby to řekl. Tím pádem se vypravěč nemusel tolik snažit, abychom mu porozuměli nebo aby nás přesvědčil o své verzi příběhu. Posluchač také vypravěče méně přerušoval, opravoval, nesouhlasil a nesnažil se k tomu, co vypravěč říkal, něco přidávat. Zadruhé, známý příběh byl nyní vypravován a vyslechnut jiným způsobem. Obsah zůstal stejný, ale jednotlivé části byly jinak poskládány; zapadaly do sebe způsobem, který umožňoval modifikaci toho, jak si lidé vysvětlují určité věci a jak vnímají jeden druhého.

### *Každodenní obyčejný jazyk*

Když jsme hovořili o našich klientech mimo terapeutickou místnost, popisovali jsme je pomocí příběhů, které jsme si sdělovali způsobem, jakým nám je vyprávěli oni sami. Například při poradách v nemocnici nebo při konzultacích ve škole jsme o klientech mluvili jejich vlastními slovy a frázemi. Záhy jsme zjistili, že používáme spíše jejich každodenní běžný jazyk než svůj profesionální žargon. Vyprávěním příběhu (nebo úryvku z příběhu) tak, jak nám byl řečen, před námi klient jakoby ožil ve své jedinečnosti. Když se kolegové zaposlouchali do specifik klientovy situace, jak je klient prožívá a jak vnímá sám sebe, začali se k nám i ke klientovi více připojovat. Studenti nám často říkali, že

takto už klienti nevypadají tak sterilně, jakoby bez života, jako produkty odborných popisů, vysvětlení a diagnóz typu „pasivně agresivní“, „bipolární“ nebo „bulimický“. Zdáli se skutečnější; stali se živými bytostmi, a když jsme o nich vyprávěli příběhy a používali termíny a slova, která pro ně samotné byly důležité, jejich vlastní popisy, jako například cyklistická rodina, děti oblečené do města-do vesnice nebo slečna s ubrouskem, odpadla tím i stejnost a neměnnost, kterou profesionální jazyk často produkuje. Začali jsme vnímat jedinečnost každého klienta a jeho kontextu, jedinečnost každé klinické situace a jedinečnost každého vztahu mezi terapeutem a klientem. Důležité také bylo, že se používáním obyčejného jazyka stávali skutečnými lidmi nejen klienti, ale i terapeuti.

### *Intervence*

Když jsme se zaměřili na klientův jazyk a významy a učili jsme se je používat, začali jsme se vzdávat svých expertních znalostí o tom, jací mají lidé být, a intervenci v průběhu nebo na konci sezení, které byly založeny na expertních znalostech terapeuta. Prozkoumávali jsme to, co vypadalo jako nové, pečlivě naplánované a na míru ušité intervence, abychom nakonec zjistili, že to vůbec nejsou intervence v běžném slova smyslu (tj. jednosměrně působící intervence, které plánuje terapeut, často mimo terapeutickou místnost, s využitím svých expertních znalostí). Ačkoli jsme si tedy stále mysleli, že používáme intervence, ve skutečnosti tomu tak nebylo. Nápady a činnosti, které jsme i nadále nazývali intervencemi, se rodily z jednotlivých terapeutických konverzací a klient se podílel na jejich plánování. Byly koherentní, logické a jedinečné ve vztahu ke konkrétní rodině a jejím členům. Někteřím lidem se zdálo, že se z toho, co bylo dříve oslnivou, zábavnou a dobře vypadající intervenční terapií, stalo něco až moc šetrného, obyčejného a nudného. Někteří kritičtí kolegové začali naši terapii obdařovat přívsky jako „nicnedělající“, „lážo-plážo“ nebo „nedirektivní“. Někteří našim klientům začali říkat „stroje na nudu“. Pro nás však byla naše terapie a naši klienti stále více vzrušující.

### *Odložení předchozího vědění a zaměření se na vědění klienta*

Současně s tím, jak se vyvíjelo a rostlo naše zaujetí znalostmi druhých osob a jak jsme jim přikládali stále větší váhu, stávalo se naše vlastní poznání méně důležité. Začali jsme také zjišťovat, že spontánně a otevřeně odkládáme svoje předchozí znalosti – své příběhy, své předsudky, své názory na to, jaké by měly rodiny být, jak by mělo být konstruováno vyprávění, jaké narativy by mohly být užitečnější a tak dále. Když hovořím o odkládání, myslím tím, že jsme se uměli na své předchozí znalosti podívat tak, abychom si je mohli my i naši klienti uvědomit, abychom je mohli pozorovat, reflektovat, zpochybňovat, bojovat s nimi a měnit je. Čím více jsme takto dávali naše vlastní poznání stranou, tím více vznikalo místa pro klientův hlas a pro klientovy znalosti, které tak mohly zaujmout ústřední pozici.

### *Sdílené zkoumání*

Zjistili jsme, že čím hlouběji se ponoříme do jazyka a významů klientů, a sami zůstáváme v roli zvědavých žáků, tím lépe můžeme rozeznávat, podněcovat a vyslechnout jejich vlastní hlasy. Zjistili jsme, že naše zvědavá pozice začala přirozeně a spontánně otevírat dveře vzájemnému a sdílenému zkoumání. Klienti s námi začali být propojeni v partnerském procesu společného zkoumání daného problému a společného hledání možností. Terapie se začala více podobat mluvení s někým než mluvení k někomu. Klienta, terapeuta a další osoby zapojené do konverzace propojoval proces, který zahrnoval obdarovávání i získávání, diskuzi, prohlížení a vzájemnou výměnu myšlenek, názorů a otázek. Byla to oboustranná konverzace, o které jsme začali uvažovat jako o dialogickém procesu

– ve kterém už terapeut nebyl narativním editorem klientova příběhu a nepoužíval jazyk jako nástroj k editaci. Terapeut byl pouze jedním z mnoha autorů vytvořených v jazyce a prostřednictvím vztahu. Dialogický proces terapie a role terapeuta při jeho tvorbě se stala naším hlavním zaměřením. Tím se snižovala důležitost našeho vlastního vědění, tedy obsahu terapie.

### *Nejistota*

Kombinace všech těchto zkušeností, při kterých jsme si uvědomovali, že výsledky a důsledky našich terapeutických konverzací nemohou být určeny předem, nás ponechávaly v trvalém stavu nejistoty. Brzy jsme si začali vážit tohoto stavu nepředpovídatelnosti, který nám zvláštním způsobem dopřával pocit pohodlí a svobody. Měli jsme svobodu „nevědět“ (Anderson, 1990b; Anderson and Goolishian, 1992), nepotřebovat vědět. Nevědění nás osvobodilo od potřeby být expertem na to, jak klienti mají žít své životy, jaké jsou nejlepší příběhy nebo jaká je ta správná otázka. Nepotřebovali jsme být odborníky na obsah. Tato svoboda nevědět následně vedla ke zvýšené schopnosti imaginace a kreativity. Nevědění se stalo důležitým klíčovým konceptem v přístupu spolupracujících jazykových systémů; je označením významného rozdílu mezi mými úvahami o terapii a pozici terapeuta a úvahami ostatních autorů.

### *Vliv studentů*

K našemu uvědomění těchto specifických rysů přispěly do značné míry poznámky, otázky a kritika studentů, které naší práci vnukly nové způsoby porozumění, popisu a vysvětlení. Studenti často hovořili o pozitivním způsobu, jakým mluvíme o klientech, a popisovali náš přístup jako respektující a skromný. Ohromoval je náš zápal, s nímž jsme mluvili s každým klientem, a byli udiveni tím, že to vlastně vypadá, jako bychom měli opravdu rádi ty, které ostatní považují za společensky odpudivé. Byli také překvapeni, že mnoho klientů, kteří k nám byli odesláni nedobrovolně, nepřišli pouze na první sezení, ale docházeli i nadále. Když jeden ze studentů zkoušel popsat náš přístup, pronesl větu: „Kdybych pouze pozoroval a nevěděl bych předem, kdo je terapeut, vůbec nevím, jestli bych ho poznal.“

### *Práce a vzdělávání jako reflexivní procesy: Zpřístupnění*

Tyto zkušenosti z terapeutické místnosti a následné konverzace s dalšími lidmi měly zásadní vliv na naši práci a vzdělávání v týmu. Týmy v rodinné terapii mají většinou tradiční hierarchickou a dualistickou organizaci. Například členové týmu za jednosměrným zrcadlem jsou postaveni do metapozice a má se za to, že jsou schopni vidět správněji a rychleji – jako by byli „skutečnými a objektivními znalci“. Zrcadlo by mělo poskytnout členům týmu ochranu před zabřednutím do rodinných dysfunkcí a jejich pokřivené reality. Přijít s lepším názorem vyžaduje proces odehrávající se v soukromí za uzavřenými dveřmi, který vede k syntéze nebo ke konsensu mnoha myšlenek a nápadů. Ať už je terapeut do diskuze zapojen nebo ne, většinou se implicitně předpokládá, že je pouze jedním hlasem, který se podílí na vytvoření meta-názoru celého týmu. Tým potom rozhoduje, co bude pro terapeuta nebo pro rodinu nejprospěšnější – která myšlenka, hypotéza, návrh, otázka nebo názor – a tlumočí svoje stanovisko terapeutovi. Tento proces ovlivňuje terapeutovo následné jednání a myšlení v terapeutické místnosti. Klient tedy přebírá to, co je předem vybráno týmem a terapeutem. V tomto procesu mizí rozmanitost mnoha odlišných perspektiv. Ztrácí se košatost původních myšlenek a diskuze mezi členy týmu. Klienti nemají přístup k bohatství mnoha myšlenek. Mají pouze možnost přijmout nebo odmítnout tu myšlenku týmu, kterou jim v terapeutické místnosti přetlumočí terapeut. Zjištění, že přicházíme o rozmanitost různých pohledů a že se obtížně vybírá, co bude klienty

nejvíce zajímat, přišlo ve chvíli, kdy naši klienti začali být zvědaví a někdy nás žádali o možnost setkat se s týmem tváří v tvář a poslechnout si, co říkají jednotliví členové. Nejdříve jsme zkusili sepsat všechny myšlenky, otázky, návrhy, aby je mohl terapeut přinést do terapeutické místnosti. To se však ukázalo poněkud těžkopádné a časově náročné. Tak jsme zajistili setkání týmu s terapeutem a klientem v terapeutické místnosti. Každý člen týmu mohl říct, co chtěl, potom se zase všichni vrátili na druhou stranu zrcadla a všechny hlasy zůstaly viset ve vzduchu, aby si s nimi členové rodiny a terapeut nějakým způsobem poradili. Pokaždé nás překvapilo, které myšlenky zaujaly členy rodiny nejvíce a které ignorovali. Už to byl ale jejich výběr, nikoli náš. Terapeut už nebyl vystancem týmu skrytého za zrcadlem, ale mohl se připojit ke členům rodiny a společně s nimi probírat to, co jim tým nabídl. Členové rodiny i terapeut začali mít pocit, že členům týmu mohou klást objasňující otázky a že mohou s jejich rozhodnutím nesouhlasit. Vedlo to k tomu, že veškeré nápady začaly být více přístupné a hranice mezi členy týmu, terapeutem a rodinou, uměle nastavené na základě určité teorie či odbornosti, se začaly hroutit. Tím se začala zodpovědnost vracet ke klientovi a terapie se posunula směrem ke sdílené zodpovědnosti v rámci vztahu terapeuta a klienta.

Ve výcviku jsme často utvářeli dvoučlenné terapeutické týmy studentů. Vedli jsme studenty k tomu, aby oba byli v terapeutické místnosti, protože se nám zdálo, že pokud je jeden student v místnosti a druhý za zrcadlem, často se ten za zrcadlem cítí, jako kdyby věděl více než druhý, anebo se tak přinejmenším chová. Student v terapeutické místnosti se oproti tomu cítil trapně, hloupě a měl pocit, že se s ním nepočítá. Povzbuzovali jsme studenty, aby spolu navzájem mluvili, aby se dělili o své myšlenky, otázky, aby spolu nesouhlasili v přítomnosti klienta. Pokud jim bylo příjemnější takto mluvit mimo setkání s rodinou, povzbuzovali jsme je k tomu, aby potom o své konverzaci rodině řekli. Tento úsek naší historie je velice podobný vývoji Toma Andersena a jeho kolegů, kteří vyvinuli a postěže praktikovali vysoce inovativní koncept reflektujícího týmu (Andersen, 1987). V obou případech se klade důraz na celistvost druhé osoby; oba podporují přítomnost různorodých hlasů a umožňují terapeutovi otevřeně sdílet své myšlenky.

### *Za hranicemi rodiny a rodinné terapie*

Současně s těmito klinickými posuny se „rodina“ stala omezujícím konceptem, který předem ukládal, kdo a proč by se měl terapie účastnit, bez přihlednutí k jedinečnosti situace a bez ohledu na vzájemnou komunikaci o „problému“, která probíhá mezi samotnými jedinci nebo s námi. Začali jsme o lidech, se kterými jsme mluvili v terapii, uvažovat jako o části systému spojeného kolem problému a tyto systémy jsme nazvali problémem determinované systémy (Anderson, Goolishian and Winderman, 1986b), systémy organizující problém a systémy rozpouštějící problém (Anderson and Goolishian, 1988b, s. 371). Osoby, se kterými se setkáme v terapeutické místnosti nebo se kterými budeme mluvit telefonicky, byly určeny tím, kdo s kým o problému hovořil, nikoli sociální rolí nebo umístěním v určitém systému klientů, jako jsou například rodiče, páry, sourozenci nebo výchovný poradce. Jinými slovy, protože konverzace při každém sezení ovlivňovala výběr členů pro další sezení, mělo tak členství v „problémovém systému“ samo o sobě proměnlivý charakter. V důsledku toho jsme postupně opouštěli představu, že je nutné setkávat se s celou rodinou. Většinou jsme pracovali s jednotlivci, částmi rodin a členy širších systémů. Přestali jsme terapii rozlišovat podle sociální role či příslušnosti k organizaci nebo podle toho, kdo byl zrovna přítomen v terapeutické místnosti.

Z historického hlediska byl koncept „rodinné terapie“ většinou chápán jako označení způsobu, jak zacházet se specifickými sociálními konfiguracemi, spíše než paradigmatický posun v koncepci lidských systémů a jejich problémů. „Rodina“ pouze převzala místo „jednotlivce“ v těžišti patologie

a stala se směrem léčby. Rodinná terapie se po vzoru individuální stala v některých případech metodou sociální kontroly; například oddělení ochrany dětí a soudy pro mladistvé začaly nařizovat rodinnou terapii. To znamenalo ohrožení širší využitelnosti systémového modelu pro jiná lidská společenství než je rodina, například pro jednotlivce, věkové skupiny nebo širší sociální systémy. Protože se naše úsilí odklánělo od patologie a zaměřovalo se na klienta jako experta na svůj život, začaly být termíny jako **terapie** či **terapeutický** kontraproduktivní – v tom smyslu, že jsme se pokoušeli opustit myšlenky a důsledky konceptů, jako například patologie, normalita nebo terapeut jako expert na životy ostatních. Abychom se vypořádali s těmito kontradikcemi a změnami v našem způsobu konceptualizace terapie – kdy proces a naše role byly stejné bez ohledu na počet lidí v místnosti – přestali jsme se nazývat rodinnými terapeuty, představovali jsme se jako konzultanti a o tom, co děláme, jsme mluvili jako o „prostém mluvení s lidmi“.

### *Konverzační partneři*

Abych to shrnula, kombinací pojetí klienta jako experta na sebe sama a naší odbornosti na proces, vytváření nového poznání, porozumění, významů a možností pro všechny, se z klienta a terapeuta stali konverzační partneři. Náš vztah s klienty i celý proces terapie byly nyní více spolupracující; současně se začala rozpadávat a zatemňovat dualistická, hierarchická povaha terapeutického vztahu a systému. S rozvojem tohoto spolupracujícího snažení se odpovědnost za terapii a za její výsledky stala sdílenou.

## Charakteristiky a implikace pro klinickou práci

Vrátíme-li se zpátky k filozofickému předpokladu, že poznání a význam jsou produkty tvůrčího procesu a sociálního diskurzu, na terapii potom můžeme pohlížet jako na speciální druh sociálního diskurzu a nejlépe bychom ji mohli popsat jako záměrnou konverzaci, jejímž cílem je vytvořit takové prostředí, které usnadní proces společného tvoření a konstruování významu terapeutem a klientem vedoucí k novému přiběhu, a tedy k nové síle k jednání (agency). Nové možnosti se objevují prostřednictvím dialogu.

Pokud terapeut tento základní filozofický předpoklad přeloží do oblasti terapie, jak potom terapie vypadá? Jaké má základní vlastnosti?

Představuji zde praktickou perspektivu, uplatnění těchto konceptů v terapii, přičemž na terapii pohlížím jako na schéma, které se rozvinulo skrze moje vlastní studium psychoterapeutických teorií. Jakoukoliv teorii terapie můžeme popsat, analyzovat, porovnat nebo vymezit vůči jiným podle toho, jaký mají její teoretická východiska vliv na tři základní charakteristiky: pozici terapeuta, terapeutický proces a terapeutický systém. Například u **pozice terapeuta** nás zajímá terapeutova role a jeho záměry; v případě **terapeutického procesu** se zabýváme tím, co je zapotřebí pro transformaci; a u **terapeutického systému** zkoumáme, jak teorie determinuje cíl léčby a ptáme se, jaké má terapie v tomto procesu místo. Když se seznamujete s tím, jak tyto vlastnosti vypadají u spolupracujícího přístupu, možná vás napadne srovnat je s charakteristikami vašich vlastních a jiných teorií.

Můžeme se zabývat tím, jakým způsobem utváří teorie terapie **pozici terapeuta**, včetně toho, jak tuto pozici definuje, jak popisuje to, co terapeut dělá, a jaké zmiňuje charakteristiky terapeuta. Teorie terapie určuje způsob, jakým terapeut mluví a jedná a s jakými záměry mluví a jedná právě takto. Při analýze pozice terapeuta si můžeme klást třeba otázky: Jaké jsou záměry terapeuta? Jaké odborné znalosti terapeut používá? Jakou má terapeut zodpovědnost? Jaký vliv má terapie na terapeuta? Může být terapeut neutrální? Jak je konceptualizován a popisován vztah mezi

terapeutem a klientem? Podílí se na terapii více terapeutů, a pokud ano, s jakým cílem? Jaký přístup má k otázkám důvěrnosti a sebeodhalování? Co je etické?

Také se můžeme zabývat tím, jak teorie terapie ovlivňuje **terapeutický proces**, včetně toho, jak je definován cíl terapie, jak jsou popisovány interakce mezi klientem a terapeutem, jaké je vysvětlení toho, co se odehrává uvnitř terapeutického procesu a jak dlouho ten proces trvá. Každá teorie terapie určitým způsobem pojímá proces a změnu. Patří sem způsob, jakým teorie konceptualizuje účel terapie a co je zapotřebí k dosažení tohoto účelu. Teorie by měla umět odpovědět například na následující otázky: Jaký je cíl terapie? Jak jsou konceptualizována a řešena její témata? Jak je konceptualizována změna? Co je zapotřebí k dosažení změny? Jaká je souvislost mezi změnou a terapeutickým procesem? Kdo rozhoduje o tom, že bylo dosaženo cíle nebo kdy došlo ke změně? Jak velký rozsah změny je dostačující? Jakým způsobem se to, co se děje v terapeutické místnosti, přenáší mimo terapeutickou místnost? A které z těchto nebo jiných otázek jsou považovány za relevantní v rámci teorie? Některé teorie přinášely extrémně komplikovaná vysvětlení; jiná jsou spíše jednoduchá.

Konečně můžeme zkoumat, jak teorie terapie ovlivňuje **terapeutický systém**, jak definuje členství, vymezuje hranice a jak vybírá předmět léčby. Teorie terapie ze své podstaty určuje, jak bude členství definováno a jak budou nastaveny hranice terapeutického systému. Teorie rozhoduje o tom, kým je terapeutický systém tvořen (kdo a kdy se účastní sezení), na koho nebo na co se léčba zaměřuje a kdo je tím, kdo o všem rozhoduje. Neboli, jak řekl Tom Andersen: „Kdo by měl mluvit s kým, kdy, kde a o čem?“ (Andersen, 1991). Teorie by měla zodpovědět následující otázky: Je terapeutický systém vázaný na klienta? Zahrnuje terapeutický systém rodinu? Je terapeut považován za člena terapeutického systému, a pokud ano, v jaké pozici? Zahrnuje systém další osoby – členy rozšířené rodiny, přátele, nebo různé odborníky? Jaký je vztah mezi kontextem klientova a terapeuta širšího systému a terapeutickým systémem? Bere teorie v potaz místní kontext klienta a terapeuta? Všímá si teorie širších sociopolitických okolností? Každá teorie terapie určuje, implicitně nebo explicitně, zda jsou tyto otázky relevantní a zda a jak se řeší.

V této II. části knihy budu tyto charakteristiky a implikace dále rozpracovávat. Budu se tedy zabývat terapeutickým systémem, pozicí terapeuta a terapeutickým procesem. Pro ilustraci způsobu, jakým jsou převáděny do praxe, prezentuji (svými slovy) postřehy klientů (jejich slovy), kteří nabízejí interpretaci své zkušenosti z terapie. Také jsem do této části zařadila opoznámkovaný přepis rozhovoru.

- 1 *S obledem na moji úzkou spolupráci s Harry Goolishianem, ostatními kolegy a studenty budu používat jak jednotné, tak množné číslo.*
- 2 *Já i moji kolegové jsme byli značně ovlivněni tvůrčími mysliteli v Mental Research Institute a jejich důrazem na „mluvení klientovým jazykem“ na rozdíl od tradičnějších terapeutických metod, které se zaměřovaly na „učení klienta mluvit jazykem terapeuta“ (viz Watzlawick et al., 1974).*