

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**HODNOCENÍ RODINNÝCH KONSTELACÍ KLIENTY
DENNÍHO STACIONÁŘE PSYCHIATRICKÉ KLINIKY
FAKULTNÍ NEMOCNICE V HRADCI KRÁLOVÉ**



Diplomová práce

Autor: **Mgr. Veronika Špicarová**
Vedoucí práce: **MUDr. Petr Mílek**

Olomouc
2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny
řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 27. března 2009

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucímu týmu denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, jmenovitě MUDr. Petru Mílkovi a Bc. Evě Evelíně Školoudové, za možnost provést výzkumné šetření na jejich pracovišti.

Obsah

Číslo	Strana
Úvod	7
1. Vymezení psychoterapie.....	9
1.1. Pojem psychoterapie.....	9
1.2. Předmět psychoterapie.....	11
1.3. Druhy psychoterapie.....	11
1.4. Cíle psychoterapie.....	12
1.5. Formy psychoterapie.....	13
1.6. Psychoterapeutická změna.....	14
1.7. Psychoterapeutický vztah a proces.....	15
1.8. Současné psychoterapeutické směry a metody.....	15
2. Rodinná a systemická terapie.....	17
2.1. Rodinná terapie.....	17
2.2. Definice systému.....	18
2.3. Významní představitelé rodinné terapie.....	19
2.3.1. Bowenova terapie rodinných systémů.....	19
2.3.2. Strukturální terapie.....	19
2.3.3. Strategická rodinná terapie.....	20
2.3.4. Zážitkově orientovaná rodinná terapie.....	21
2.4. Systemický přístup.....	21
2.5. Systemická terapie.....	22
2.5.1. Milánská škola.....	23
2.5.2. Narativní terapie.....	23
2.5.3. Reflektující tým.....	23
2.5.4. Vícegenerační koncept.....	24
2.5.5. Krátká terapie orientovaná na řešení.....	24
2.6. Techniky systemické terapie.....	25
3. Rodinné konstelace.....	27
3.1. Systemicko-fenomenologický koncept rodinných konstelací.....	28

3.2.	Inscenace rodinných konstelací.....	29
3.3.	Léčivý účinek rodinných konstelací.....	32
3.4.	Základní principy rodinných konstelací.....	32
3.4.1.	Hellingerovo pojetí "řádu".....	32
3.4.2.	Princip "domýšlivosti" a "zapletení".....	33
3.4.3.	Princip "svědomí" a "viny".....	34
3.4.4.	Princip "identifikace" a "následování".....	35
3.4.5.	Princip "dávání" a "brání".....	35
3.4.6.	Princip "kompenzace dobra a zla".....	36
3.4.7.	Princip "přerušený pohyb tam".....	37
3.4.8.	Princip "hledání síly".....	37
3.4.9.	Princip "chápaní pravdy".....	37
4.	Teoreticko-kritická analýza.....	40
5.	Metodologický rámec výzkumu.....	42
5.1.	Výzkumný soubor.....	42
5.2.	Cíl výzkumu.....	42
5.3.	Výzkumné otázky a hypotézy.....	42
5.4.	Kvalitativně-kvantitativní výzkum.....	43
5.5.	Metody získávání dat.....	44
5.5.1.	Polostrukturované interview.....	44
5.5.2.	Dotazníky a sebesposuzovací škály.....	45
5.6.	Metody zpracování dat.....	48
5.6.1.	Fixace dat.....	49
5.6.2.	Zpracování dat.....	49
5.7.	Metody analýzy dat.....	50
5.8.	Etická pravidla.....	50
5.9.	Výzkumný soubor.....	51
6.	Výsledky kvalitativního výzkumu.....	53
6.1.	Denní stacionář.....	53
6.2.	Diagnostický okruh F4 podle MKN-10.....	54

6.3. Představa o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře.....	55
6.4. Témata konstelací.....	57
6.5. Pocity při konstelacích.....	60
6.5.1. Stavění konstelací.....	61
6.5.2. Systém vybírání zástupců.....	63
6.5.3. Individuální konstelace vs. konstelace při skupinové terapii.....	64
6.6. Změna po skončení konstelací.....	65
6.7. Hodnocení rodinných konstelací.....	68
6.7.1. Sdílení zážitků z konstelací.....	71
6.7.2. Jiné faktory změny po konstelacích.....	72
6.7.3. Možnost pokračovat v konstelacích.....	73
7. Výsledky kvantitativního výzkumu.....	74
7.1. Životní spokojenost klientů.....	74
7.2. Depresivní a úzkostná symptomatologie klientů.....	75
7.3. Psychopatologické symptomy klientů.....	77
7.4. Shrnutí výsledků kvantitativního výzkumu.....	77
Diskuse	79
Závěr	82
Souhrn	84
Literatura	87
Přílohy	
Příloha č. 1: Abstrakt	
Příloha č. 2: Rozvrh denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové	
Příloha č. 3: Transkripce audiozáznamu	
Příloha č. 4: Úprava transkripce audiozáznamu polostrukturovaného interview	
Příloha č. 5: Seznam tabulek	

Úvod

Rodinné konstelace jsou metodou, která v posledních letech získává čím dál vyšší počet příznivců. Po celém světě jsou organizovány výcviky, konference, semináře, workshopy a rodinné konstelace se dostávají do centra pozornosti nejen v Evropě, ale i na jiných kontinentech. Zakladatel konstelací Bert Hellinger se v největší míře na popularizaci této metody podílí. Jeho semináře a výcvikové kurzy je možné navštívit v několika zemích světa, nehledě na jeho bohatou publikační činnost.

S tím, jak roste popularita rodinných konstelací, se objevují i negativní ohlasy. Odpůrci rodinných konstelací kritizují postup konstelační práce, při kterém není jednoznačné, jakým směrem se bude práce vyvíjet, místy dogmatické názory příznivců konstelací, nebo nemožnost racionálně popsat a zdůvodnit to, co se během konstelací odehrává. Příznivci konstelací naopak vyzdvihují možnost otevřeně mluvit o svých tématech, sdílet silné emoce s jinými lidmi, nebo podívat se na svoje téma z jiného úhlu. Obtížné je označit rodinné konstelace jako terapeutickou metodu, protože není jasné, jakým způsobem se v jejím průběhu bude konstelace vyvíjet, jaká témata se v ní objeví nebo co konkrétního si jedinec po skončení konstelací odnese. To je možná také důvodem, proč nejsou rodinné konstelace do dnešní doby jako terapeutická metoda obecně přijímány. Na druhé straně přinesly konstelace do terapeutické praxe nový pohled na osobnost klienta, na jeho rodinný nebo pracovní systém, na vztahy v tomto systému, na problémy, které se v jeho životě objevují. V poslední době se začíná mluvit i o podnikových, organizačních nebo experimentálních konstelacích, a konstelace se začínají stavět nejen v rámci rodinného systému, ale také systému pracovního nebo abstraktního. Všem těmto typům konstelací je nadřazen pojem systemické konstelace. Ve své práci bych se ráda zaměřila na rodinné konstelace, i když si uvědomuji, že klienti denního stacionáře mohou vystupovat s tématy a problémy, které se na první pohled čistě rodinného systému netýkají. Domnívám se však, že rodina je stěžejní oblastí, které se většina konstelací alespoň okrajově dotýká.

S rodinnými konstelacemi jsem měla možnost se seznámit v denním stacionáři Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde klienti denního stacionáře staví konstelace pod vedením MUDr. Petra Mílka. Cílem mé práce je zjistit subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací. Mým záměrem je odhalit, jakým způsobem klienti

denního stacionáře rodinné konstelace vnímají, zda tuto metodu považují subjektivně za přínosnou. Tématem, kterému se ve své práci budu věnovat je hodnocení rodinných konstelací klienty denního stacionáře. Zajímá mě, zda díky stavění rodinných konstelací došlo k nějaké subjektivně vnímané změně v jejich osobním životě nebo zdravotním stavu. Nekladu si za cíl posoudit, zda jsou rodinné konstelace metodou efektivní či nikoliv. To není v mé kompetenci ani možnostech, pouze mě zajímá, jakým způsobem klienti denního stacionáře tuto metodu hodnotí. Přitom mě bude zajímat názor klientů z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10.

V teoretické části se věnuji vymezení pojmu psychoterapie, předmětu psychoterapie, jejím druhům, cílům a formám. Zajímá mě, jakým způsobem probíhá terapeutická změna a jak je nahlížen psychoterapeutický vztah a proces. Pokusila jsem se zjistit, jaké jsou současné psychoterapeutické směry a metody. Dále se chci věnovat rodinné a systemické terapii, definici systému, popisu systemického přístupu a významným představitelům rodinné a systemické terapie. V krátkosti se zmíním o Bowenově terapii rodinných systémů, strukturální terapii, strategické rodinné terapii nebo zážitkově orientované rodinné terapii v případě rodinné terapie, u systemické terapie se zaměřím na milánskou školu, narativní terapii, reflektující tým, vícegenerační koncept a krátkou terapii orientovanou na řešení. V neposlední řadě mě budou zajímat techniky systemické terapie.

V další části se pokusím věnovat popisu rodinných konstelací a systemicko-fenomenologickému konceptu této metody. Bude mě zajímat proces stavění rodinných konstelací a základní principy této metody, mezi které patří Hellingerovo pojetí „řádu“, princip „identifikace“ a „následování“ či princip „hledání síly“. Teoretická část mé práce (s. 9 – 39) vychází z poznatků, jež jsem uvedla ve své ročníkové práci, která se teoreticky věnovala popisu rodinných konstelací. V závěru své ročníkové práce jsem uvedla, že bych ráda zjistila subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací u klientů denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, proto se ve výzkumné části budu věnovat právě této problematice.

Ve výzkumné části své práce se zaměřím na to, jakou představu o rodinných konstelacích mají klienti denního stacionáře, jakých tématických okruhů se jejich konstelace týkají, jaké pocity klienti při stavění konstelací vnímají. Bude mě také zajímat, zda došlo u klientů

k nějaké změně po skončení konstelací a jakým způsobem rodinné konstelace v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení hodnotí.

Pokusím se zjištěná kvalitativní data podložit výsledky testových metod a zjistit, zda došlo k signifikantnímu rozdílu v životní spokojenosti klientů, v jejich depresivní a úzkostné symptomatologii a závažnosti psychopatologických symptomů.

1. Vymezení psychoterapie

1.1. Pojem psychoterapie

Pojem psychoterapie, který pochází z řečtiny, se skládá ze dvou slov, „psyché“ a „therapón“. Termín „psyché“ původně znamenal „duši ve významu životní síly a zdroje života, stejně jako vztah člověka k životu vůbec“ (Vymětal, 1995, s. 52). „Therapón“ označoval služebníka, opatrovníka bohů i průvodce. „Therapeuó“ znamenalo sloužení, ale i pečování, starání se o někoho, léčení. Použitím tohoto vymezení je za psychoterapeuta považován „ten, kdo slouží, opatruje princip života a má blízko k bohům, kteří ho pověřují“. V dnešní době lze spíše říci, že „psychoterapeut se stará o záležitosti člověku nejvlastnější, zahrnující i jeho vztah ke světu“ (Vymětal, 1987, s. 8).

Psychoterapie je obecně definována jako léčba. Vymětal (2004) vnímá psychoterapii především jako léčbu, tedy jako sekundární prevenci. Zároveň ovšem pod tento pojem zahrnuje i profylaxi, primární prevenci, a rehabilitaci poruch zdraví, tedy terciální prevenci. Všechny tyto etapy léčebného procesu se uskutečňují za pomoci psychologických prostředků, jimiž míní prostředky vztahové a komunikační povahy. Psychoterapie představuje „zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví“ (Vymětal, 2004, s. 20).

Bouček (2002, s. 5) popisuje psychoterapii jako „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky“.

Kratochvíl (1968, s. 4) vymezuje psychoterapii jako „záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a funkcí orgánových. Může být záležitostí, podmíněnou jak psychogenně, tak somatogenně“.

Psychoterapie je řadou autorů interpretována v užším a širším slova smyslu. V užším slova smyslu lze za psychoterapii označit cílevědomé a záměrné působení psychoterapeuta na klienta, a to buď ve skupině, nebo v individuálním terapeutickém vztahu. V širším slova smyslu si lze pod pojmem psychoterapie představit různé možnosti působení, které vychází z vnějšího prostředí.

Zeig (2005, s. 29) říká, že „psychoterapie je proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit

klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné. V tomto smyslu dělá psychoterapeut neuvěřitelné možným – nebo neuvěřitelné dosažitelným“.

Kratochvíl (2006, s. 12) definuje pojem psychoterapie dvojím způsobem, a to psychoterapii jako obor a psychoterapii jako činnost. Psychoterapie jako obor je podle něj „vědní disciplína, empirická a aplikovaná věda“. Charakterizuje ji jako transdisciplinární, protože nalézá uplatnění nejen v různých oblastech psychologie a medicíny, ale také v mnoha oborech, které jsou v posledních letech označovány jako pomáhající profese, mezi něž patří speciální pedagogika či sociální práce. Psychoterapie jako obor se dělí na dvě části, na obecnou a speciální. Do obecné části patří teorie, metody a výzkumná data, speciální část si lze představit jako rozdílné aplikace na různé druhy poruch. Psychoterapie jako empirická věda je postavena na poznatcích získaných zkušeností, které se snaží zobecňovat do různých teorií a hypotéz. Jako aplikovaná věda se pokouší využívat získaných poznatků přímo v praxi.

Psychoterapie jako činnost je „léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce“ (Kratochvíl, 2006, s. 13). Specifika, která tuto činnost oddělují od obdobných činností, jsou následující. Psychoterapie působí psychologickými prostředky, mezi něž patří rozhovor, nonverbální chování, vytváření psychoterapeutického vztahu, učení či vztahy ve skupině. Zaměřuje se na nemoc, poruchu nebo anomálie, je tedy působením na psychiku člověka a jejím prostřednictvím na celý lidský organismus. Soustředí se na duševní procesy, stavy a funkce, na osobnost člověka. Cílem psychoterapie je pomoci odstranit či zmírnit příznaky obtíže takovým způsobem, aby došlo k obnově zdraví a k efektivnímu zvládnutí konfliktů či životních úkolů. V procesu psychoterapie dochází k postupným změnám v chování a prožívání klienta. Tyto změny s sebou přináší získání naděje, vytvoření terapeutického vztahu s terapeutem, poskytování zpětné vazby, učení se sociálním dovednostem, které klient postrádá, či přijímání nových informací. Tím, co psychoterapii odlišuje od jiných činností, je skutečnost, že psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba. Přitom platí, že pro provádění jednodušší, podpůrné, psychoterapie stačí, aby tuto činnost vykonával člověk s ukončeným medicínským či psychologickým vzděláním, pro týmovou práci může být kvalifikovanou osobou i sociální pracovník nebo proškolená zdravotní sestra.

Podrobné definice psychoterapie podávají jednotlivé psychoterapeutické školy

a přístupy. Problematickým u těchto vymezení je, že každá z těchto škol zohledňuje své vlastní stanovisko a svůj vlastní pohled na psychoterapii. Tím pádem jsou tyto definice zasazeny do konkrétního teoretického rámce, který z části opomíná přístup jiného psychoterapeutického směru.

1.2. Předmět psychoterapie

Předmětem psychoterapie je „lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska možnosti jejich ovlivňování komunikační a vztahovou cestou“ (Vymětal, 2004, s. 25). Výhodou psychoterapeutického náhledu na zdraví a poruchu je, že se opírá o psychologické poznatky, například z oblastí psychologie osobnosti nebo vývojové psychologie, a psychodiagnostické postupy, jež pomáhají zkoumat psychické vlastnosti, struktury, procesy a projevy člověka, mezi něž patří i chování. Velký důraz je kladen zejména na diagnostiku osobnosti, její dynamiku a strukturu, jež je nahlížena nejen z aktuálního hlediska, ale i z pohledu vývoje, a diagnostiku interpersonálních vztahů člověka (Vymětal, 2004).

1.3. Druhy psychoterapie

Kratochvíl (2006, s. 15) rozděluje psychoterapii z několika hledisek. Některá dělení jsou podle něj dichotomická, vystihují tedy „polarity či kontrastní možnosti psychoterapeutického přístupu, které se však v praxi jen zřídka využívají v extrémní podobě“.

Psychoterapie direktivní působí na klienta přímo, ve smyslu usměrňování jeho postojů, myšlení a chování. Terapeut klientovi dává rozkazy, příkazy a rady, požaduje po něm splnění určitých úkolů či používá bdělé nebo hypnotické sugesce. V psychoterapii nedirektivní naopak vystupuje psychoterapeut jako někdo, kdo se probíhajícími reakcí a procesů přímo neúčastní. Neutrálním postojem se terapeut snaží podněcovat klientovu snahu produkovat slova a emoce nebo činnosti. Zároveň se pokouší vyvarovat se poskytování rad nebo projevování svého vlastního názoru (Kratochvíl, 2006).

Mezi další druhy psychoterapie patří psychoterapie symptomatická, jež „se zaměřuje na chorobný příznak“, a psychoterapie kauzální, která „se snaží zjistit a odstranit příčinu“ (Bouček, 2002, s. 5). Podpůrná psychoterapie se pokouší o podporu osobnosti klienta bez toho, že by se snažila jeho změnu, rekonstrukční psychologie, jak z jejího názvu vyplývá, se

pokouší o přestavbu osobnosti, a to jak „hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému“ (Kratochvíl, 2006, s. 15).

Psychoanalytický přístup rozděluje psychoterapii na psychoterapii odkrývací, tj. hlubinnou analýzu, jež se pokouší přinést z nevědomí materiál, který byl vytěsněn do nevědomí, a psychoterapii zakrývací, do níž podle psychoanalytiků patří všechny ostatní formy psychoterapie, jež považují za méněcenné. Bez hodnotícího kritéria lze psychoterapii rozdělit na náhledovou, která se pokouší o objasnění a porozumění, a akční, jež přímo podporuje zvládání problémů a nacvičování chybějících dovedností (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapie se dále dělí na psychoterapii individuální, hromadnou, při které terapeut působí metodami individuální psychoterapie na více klientů, a skupinovou psychoterapii, jež využívá skupinovou dynamiku mezi členy terapeutické skupiny. Blíže se o těchto druzích psychoterapie zmíním v kapitole formy psychoterapie. Z hlediska příslušnosti k jednotlivým psychoterapeutickým směrům lze psychoterapii rozdělit na psychoterapii dynamickou, kognitivně-behaviorální a humanistickou (Kratochvíl, 2006).

Knoblochová (1968) člení psychoterapii z hlediska cílů na rekonstrukční, restituční a udržovací. Rekonstrukční psychoterapie si klade za cíl dosažení takové změny osobnosti, která zajistí klientovi uspokojivější způsob života tím, že zabrání tomu, aby jeho interpersonální vztahy vedly k narušení jeho zdraví. Restituční psychoterapie se snaží o navrácení klienta do stavu před onemocněním, do období, kdy klient neměl vážnější poruchy, přičemž cílem není vyvolání větší změny osobnosti. Udržovací psychoterapie si klade relativně menší cíle. Pokouší se všemi možnými psychologickými prostředky ulehčit klientovi obtížnou zkušenost, kterou právě prochází. Využívá k tomu hypnózu, autogenní trénink, citovou oporu a jiné psychologické prostředky.

1.4. Cíle psychoterapie

Cíle psychoterapie lze rozlišovat podle různých kritérií. Jedním z nich je způsob používání psychoterapie, jiným zaměření na určité psychoterapeutické přístupy a školy, dalším povaha problému apod. Podle Hanušové (in Vymětal, 2004, s. 42) lze cíl psychoterapie spatřovat „ve změnách v osobnosti organismu, chování a sociálních vztazích“ klienta, přičemž tyto změny jsou „předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky“. Obecně platí, že cíl má být jasně vymezený, rozumově zdůvodněný a především

v průběhu psychoterapie sledovaný.

Kratochvíl (1968, s. 7) mluví o dvou odlišných formulací cílů psychoterapie. Prvním cílem psychoterapie je odstranění, zbavení klienta chorobných příznaků. Klient „přichází s jistými obtížemi, úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým – nebo – dokonaleji – terapií kauzální, odstraňující příčinu, pokud ji odstranit lze“. Druhým cílem je „reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace“ osobnosti klienta (Kratochvíl, 2006, s. 17). Osobnost je přetvářena ve směru správné adaptace či zrání, přičemž odstranění symptomů je nahlíženo spíše jako vedlejší účinek terapie. Zda došlo k vyléčení nebo zlepšení se následně posuzuje podle toho, jakého stupně osobnostních změn se klientovi podařilo dosáhnout. Kratochvíl upřednostňuje druhý přístup, který se podle něj vyznačuje větším, hlubším a propracovanějším záběrem.

Cílem psychoterapie je také snaha přiblížit se duševnímu zdraví klienta. „Duševní zdraví není jen nepřítomnost duševní poruchy. Jedinec, který má duševní zdraví (zdravou osobnost, vyrovnanou osobnost) dovede za daných poměrů maximálně a harmonicky uspokojovat přítomné a budoucí potřeby, a to jak své, tak členů svých skupin, a přispívat k blahu celé společnosti“ (Knoblochová, 1968, s. 49).

Vymětal (1995, s. 54) říká, že cílem psychoterapie je umožnit klientovi, i jeho nejbližšímu okolí, „pravdivější orientaci ve světě, v němž žije, čemuž předchází prohloubení sebepoznání a porozumění souvislostem mezi zdravotními obtížemi a způsobem života“.

1.5. Formy psychoterapie

Psychoterapeutická léčba může probíhat ambulantně, při částečné hospitalizaci klienta, kdy klienti tráví v psychoterapeutickém zařízení zpravidla den a na noc chodí domů, nebo mohou být klienti plně hospitalizováni. Z hlediska času lze psychoterapii rozdělit na krátkodobou, která trvá přibližně 3 měsíce, střednědobou, jíž délka nepřesahuje dobu 6 měsíců, a dlouhodobou, delší než půl roku. Vymětal (1995, s. 63) dodává, že frekvence setkávání terapeuta s klienty je „obvykle při práci se skupinou 1 – 3krát týdně po hodině či hodině a půl, u hospitalizovaných jedinců je léčba velmi intenzivní a uskutečňuje se denně mnohdy dokonce opakovaně“.

V současné době jsou třemi nejznámějšími formami psychoterapie individuální, skupinová a psychoterapie v rámci léčebného společenství. Psychoterapie individuální bývá

často označována jako léčba dyadická. Tvoří ji dva lidé, psychoterapeut a klient, mezi nimiž se v průběhu psychoterapie vytváří specifický vztah, jehož prostřednictvím dochází k realizaci léčebného procesu.

Psychoterapie skupinová se uskutečňuje za přítomnosti více klientů, skupiny. Nejčastěji se skupinová terapie provádí ambulantně, v rámci denních stacionářů, kdy jsou klienti léčeni ve zdravotnickém zařízení přes den a na noc chodí spát domů, nebo pobytem v nemocnici (Vymětal, 1987, s. 31). Během skupinové terapie se využívají interakce, které probíhá nejen mezi klienty, ale i mezi klienty a terapeuty. „Interakce je projevem vztahů a zároveň tyto vztahy utváří, tvoří tzv. dynamiku skupiny, která je hlavním prostředkem léčebného působení“, uvádí Vymětal (1995, s. 66). Skupinovou dynamiku označuje Kožnar (1992, s. 5) jako „souhrn komplexních a vzájemných sil i protisil působících ve společném sociálním prostředí, ve skupině“. Kratochvíl (2001) říká, že skupinovou dynamiku nevytvářejí pouze interpersonální vztahy a interakce členů skupiny, ale také samotná existence a činnost skupiny i síly, působící z vnějšího prostředí.

Léčebné společenství je třetí formou psychoterapie, kdy psychoterapeutický proces probíhá v rámci celého léčebného zařízení, nejčastěji psychosomatického nebo psychiatrického. Vymětal (1995, s. 67) uvádí, že „způsob organizace představuje převrat ve vztazích“ mezi zdravotnickým personálem a klienty, protože se „mění tradiční hierarchické uspořádání a role směrem k demokratickému řízení a atmosféře, kdy samotné prostředí působí terapeuticky“.

Knoblochová (1968) mluví o psychoterapii individuální a kolektivní. Kolektivní psychoterapii dělí na hromadnou, kde v kolektivu nejsou strukturované vztahy, a skupinovou, kde vztahy strukturovány jsou. Počet členů je zpravidla menší, do deseti klientů, v terapeutickém kolektivu jich však může být až třicet. Skupina může být dále dělena na umělou, přirozenou nebo smíšenou. V umělé skupině pracuje terapeut s více klienty, v přirozené skupině se skupinou manželů nebo celou rodinou, ve smíšené skupině se práce terapeuta orientuje jak na klienty, tak na členy rodiny.

1.6. Psychoterapeutická změna

Pro psychický stav jedince i jeho chování je změna vnímána pozitivně. Obecně ji lze akceptovat jako projev vývoje člověka. Vymětal (1987, s. 49) změnu označuje jako

„vystoupení a prosazení se toho, co je nové, co se dříve vyskytovalo jen jako tendence a nyní to můžeme reálně konstatovat“. Důležitou roli zde hraje časové období, ve kterém je aktuální stav jedince srovnáván se stavem minulým. Zájemem psychoterapie je podle něj obvykle změna uskutečňovaná v rámci osobnosti, chování a společenství nejbližších lidí, především členů rodiny. Pozitivní změna v psychoterapeutickém pojetí je nazírána jako uskutečnění možností člověka a rozvinutí osobnosti a vztahů, ve kterých člověk žije. Tímto způsobem může být změna vnímána také jako určitý úkol, něco, čeho jedinec musí dosáhnout.

Za významné jsou u člověka považovány přiměřené požadavky a přijetí sebe sama. Vymětal (1987, s. 53) je považuje za jednu z vlastností duševního zdraví a v této souvislosti říká, že „teprve člověk mající pozitivní vztah k sobě může mít opravdu dobrý a otevřený vztah k ostatním lidem“. Během psychoterapie se zpravidla zaměřuje pozornost na tři základní oblasti, na osobnost klienta, jeho chování a jeho postavení v rodině, mezi přáteli či jinak blízkými lidmi. Tyto oblasti se navzájem ovlivňují a změna, která se odehraje v jedné z nich, má vliv na dvě zbylé.

1.7. Psychoterapeutický vztah a proces

Psychoterapie je nejčastěji realizována prostřednictvím individuálních nebo skupinových rozhovorů, při kterých jsou vytvářeny vztahy, s jejichž pomocí jsou u klientů navozovány žádoucí změny. Psychoterapeutický vztah nazývá Vymětal (1987) zvláštním druhem mezilidského vztahu. Vzájemné vymezení vztahu mezi klientem a terapeutem je pro celý průběh psychoterapie i její výsledek zásadní. Platí, že v průběhu psychoterapeutického procesu by se sobě navzájem měli terapeut a klient přiblížit rovnoměrným způsobem. Psychoterapeutický proces představuje interakci, kterou navozuje terapeut tím, jak se chová, jaká pravidla zavádí a jakým způsobem vede klienta k tomu, aby terapii sám řídil (Vymětal, 1996).

Prochaska & Norcross (1999) považují psychoterapeutický vztah za jeden z nejdůležitějších činitelů ovlivňujících celkový úspěch psychoterapie. Podle nich má psychoterapeutický vztah druhý největší podíl na změně, daleko za ním následují psychoterapeutické techniky.

1.8. Současné psychoterapeutické směry a metody

V současné době existuje několik psychoterapeutických směrů, přičemž jednotliví autoři se ve vymezení souhrnu těchto směrů příliš neliší. Nejucelenější seznam podává Kratochvíl, který ve své monografii *Základy psychoterapie* (2006) vymezuje psychoterapii hlubinnou, dynamickou a interpersonální, rogerovskou, behaviorální, kognitivní, komunikační, gestalt, existenciální a humanistickou a jiné psychoterapeutické přístupy. Mezi ně řadí transpersonální, procesorientovanou psychoterapii, satiterapii a bioenergetiku, terapii realitou a pozitivní psychoterapii. Neopomíjí zmínit také v poslední době stále se rozšiřující eklektické a integrativní pojetí psychoterapie. Rodinnou a systemickou terapii, které se budu věnovat v následující kapitole, přitom do souhrnu současných směrů v psychoterapii nezahrnuje a ve své knize ji vymezuje jako samostatný oddíl.

Benson & Van Loon (2005) k těmto směrům přidávají ještě terapii biologickou, v doslovném znění „tělesnou terapii“, zaměřenou na farmakologickou léčbu.

Zajímavým psychoterapeutickým směrem je i antropologická terapie, která podle Růžičky (1998, s. 13) „nehledá „velký smysl života“, neboť při jejím praktikování se ukazuje, že smysl lidského života se objevuje a buduje v drobných činech, rozhodnutích a volbách“. Každý den je člověk vyzýván k tomu, aby přebíral za své jednání a výkon zodpovědnost zde, bytí se tedy uskutečňuje během určitého dne a v určité chvíli.

Metody psychoterapie rozlišuje Kratochvíl (2006) podle principů, z nichž tyto metody vycházejí, a podle účinných faktorů, na kterých tyto metody staví. Dělí je na metody racionální, sugestivní, empatické, abreaktivní, nácvikové, psychoanalytické a interpersonální.

2. Rodinná a systemická terapie

2.1. Rodinná terapie

V padesátých letech minulého století začali někteří terapeuti opouštět pole individuální a skupinové psychoterapie a zaměřovat svou pozornost na práci s rodinami. V USA, především ve Filadelfii, Bostonu a New Yorku, se začala budovat střediska, kde se rodinná terapie rozvíjela. Jedním z čelních představitelů byl Mental Research Institute (MRI) v San Franciscu, založený D. Jacksonem společně s V. Satirovou a P. Watzlawickem v roce 1958 (Prochaska, & Norcross, 1999).

V Evropě se myšlenky rodinné terapie podle Justen – Horsten (in Vymětal, 2004) začaly objevovat až v 70. letech 20. století. Vznikala rodinná terapie, která získávala čím dál větší počet zájemců především proto, že svou pozornost orientovala na rodinu jako terapeutickou jednotku (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

Kratochvíl (2006, s. 253) vnímá rodinnou terapii jako oblast, metodu či koncepci, která se „zabývá rodinnými problémy a snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování celé rodiny, pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou“ a přistupuje ke každému klientovi tak, že „na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny“.

Andrlová (2005) mluví o rodinné terapii jako o terapeutické metodě, při které sezení terapeuta probíhají společně s celou rodinou, a teoretickém přístupu, jenž za klienta považuje celý rodinný systém.

Rodina bývá nejčastěji charakterizována z hlediska jejího postavení ve společenském systému, vazeb, sociálních funkcí a základních sociálních procesů, které v jejím rámci probíhají. Stručnější definice rodiny popisují rodinu jako malou skupinu osob spojených manželskými, příbuzenskými nebo jinými podobnými vztahy a především společným způsobem života (Lovasová, 2006). Rodina nepředstavuje uzavřený celek. Vztahy ke světu mimo rodinou mohou být v různé míře nazírány jako přínos, na druhou stranu jako nesnáz (Gjuričová, Kubička, & Špitz, 1998).

Všem směrům rodinné terapie je podle Hašta (1997) společné stranění se každému, neboli neutralita, kdy se terapeut pokouší porozumět každému členu rodiny bez snahy věnovat větší pozornost jen některému z nich. Důležitými prvky rodinné terapie jsou aktivita, terapeut

musí být aktivnější než v jiných formách psychoterapie, zdůraznění pozitivního, mobilizování rodinných zdrojů a rezerv, redefinování, jímž míní přehodnocení manifestního jednání, tedy dosažení změny kognitivní „mapy“ jedince i celé rodiny, a zvláštní postavení prvního rozhovoru.

S rozvojem rodinné terapie je spojeno zkoumání vlivu rodiny na vývoj schizofrenie a paralelní rozvoj obecné teorie systémů, jež je spojená se jménem Ludwiga von Bertalanffyho (Kratochvíl, 2006). Jeho dílo přivedlo rodinné terapeuty k chápání rodiny jako otevřeného systému, tedy systému, který si „vyměňuje hmotu se svým okolím, vyznačuje se vývozem a dovozem, výstavbou a rozkladem materiálních složek“ (Jonesová, 1996, s. 23).

2.2. Definice systému

Systém lze nahlížet jako skupinu prvků, které jsou mezi sebou v interakci, přičemž vzorce této interakce vytvářejí stabilní kontext, jak pro individuální, tak pro vzájemné fungování. Míra vzájemného vlivu interakce a prvků mimo systém je určována mírou otevřenosti systému (Jonesová, 1996).

Systém se skládá z jednoduchých a komplexních jednotek, přičemž každý systém má dvě složky, organizaci a strukturu. Organizací je míněn vztah mezi jednotlivými prvky, které k systému patří, strukturou pak prostorové uspořádání jednotek, jež na sebe navzájem nebo společně působí. Rodinné systémy lze vnímat jako vytvářející se sociální systémy, které se ve svém působení na jednotlivé členy systému chovají podle určitých zákonitostí (Franke – Gricksch, 2006).

Pokud je rodina nahlížena jako otevřený systém, potom vykazuje určité charakteristiky, mezi něž Jonesová (1996) řadí celistvost, zpětnou vazbu a ekvifinalitu. Celistvostí rozumí vzájemnou vztažnost i závislost chování členů rodiny, která obsahuje nonsumativitu, tedy představu, že celek je více než jen suma částí. Zpětná vazba obsahuje předpoklad, aby systém reagoval na podněty přicházející jak z okolí, tak od svých členů zesílením nebo potlačením určitých vzorců chování, a to takovým způsobem, který přispívá k zachování systému. Ekvifinalita představuje myšlenku, že stejných výsledků či důsledků lze dosáhnout z různých výchozích bodů nebo prostřednictvím různých spouštěcích signálů, protože organizace systémů i jeho procesy jsou mnohem významnější než určitá příčina nebo počáteční stav.

Systémové myšlení zdůrazňuje cirkulární kauzalitu, to je „vzájemnou kauzální

propojenost různých jevů, o kterých se dříve uvažovalo jen v pojmech lineárně působících příčin vyvolávajících následky“ (Kratochvíl, 1987, s. 191). Tendenci ztotožňovat rodinou terapii se systémovým myšlením mají někteří rodinní terapeuti. V jejich pojetí se rodinný terapeut vyznačuje systémovým pojetím bez ohledu na to, zda pracuje s jednotlivcem, nebo s několika členy rodiny najednou (Kratochvíl, 2006).

2.3. Významní představitelé rodinné terapie

N. Ackerman vystupuje v duchu psychoanalytické tradice a v rodinné terapii považuje za podstatné získání náhledu, jakým způsobem se u dospělých členů rodiny v rámci rodinného kontextu projevuje opakování nevyřešených problémů z dětství. Kratochvíl (2006, s. 255) považuje za významný dílčí cíl „dosažení pružných rolí v rodině, které mají odpovídat vývojovým stádiím a umožňovat dospívajícím dětem přiměřenou samostatnost“.

2.3.1. Bowenova terapie rodinných systémů

M. Bowen spatřuje podle Kratochvíla (2006) důležitý úkol terapeutické práce v dosažení diferenciaci každého člena rodiny, která je tak opakem nediferencovaného splývání s ostatními. Diferencovaný, a tedy autonomní, člen dokáže mít blízký vztah k ostatním, ale zároveň vůči nim zachovávat jasně vymezené hranice. Je samostatný a jeho představa o sobě samém je na mínění ostatních členů rodiny v podstatě nezávislá.

V terapii rodinných systémů vystupuje terapeut spíše jako trenér nebo poradce. Terapeut pomáhá klientovi uvědomit si, že cílem je diferencovat sám sebe, ne obviňovat či pokoušet měnit ostatní. Cílem je posílit jedincovu diferenciaci. Prochaska & Norcross (1999, s. 306) poznamenávají: „Klientům může terapeut připomenout, že si mohou vybrat a reagovat ve své rodině jinak bez ohledu na to, zda se ostatní změní či ne. Odlišným reagováním člověk skutečně může osvobodit příbuzné, aby se mohli změnit, ale za to jsou zodpovědní oni, ne klient.“

2.3.2. Strukturální terapie

S. Minuchin, představitel strukturální rodinné terapie, se zaměřuje na rodinné subsystémy a zdůrazňuje hranice těchto subsystémů. „Při práci s rodinami pomáhá otázka, jak vypadá vztah mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí a zda jsou hranice v rodině

jasné, či difúzní“ (von Schlippe & Schweitzer, 2006, s. 19). Pokud je rodinná struktura jasně vymezená, definovaná a pružná, potom rodina funguje správně. Rušivě mohou působit rigidní koalice, jež hranice mezi generacemi překračují. Příkladem může být koalice otce s dcerou proti koalici matky se synem (Kratochvíl, 2006).

Pro strukturální terapeutů je typický jedinečný způsob navazování vztahů s klienty, kdy je proces napojování charakterizován starostlivostí, vřelostí a empatií. Pokud je však terapeutický vztah navázán, začne se terapeut chovat jako autoritativní vůdce, který hájí prospěch každého člena rodiny proti systému, jenž destruktivní strukturu vytvořil. Terapeut se „připojuje ke každému rodinnému subsystému, aby svrhnul soustavu pravidel, která členům systému brání navazovat vztahy v rámci a napříč jasně patrných a zdravých hranic“ (Prochaska, & Norcross, 1999, s. 302). Předpokladem terapeuta je být efektivní v rámci systému jako jeden z jeho členů a současně odpovídat a reagovat v souladu se systémovými pravidly (Minuchin, & Fishman, 1999).

2.3.3. Strategická rodinná terapie

Přestavitel strategické rodinné terapie J. Haley předpokládá odpor a určitou obranu rodiny proti „změnám, které by narušily dosaženou patologickou rovnováhu“ (Kratochvíl, 2006, s. 256). Používá různé strategické postupy a manipulace, jimiž se snaží obranu znemožnit. Jsou jimi například paradoxní příkazy, pomocí nichž radí zvýšit intenzitu nebo frekvenci problematického chování, či postup v požadavcích na partnera neustoupit. Další terapeutickou strategií je přerámování, při kterém se „vnitřní model světa v rodině změní tak, že problematické chování se octne v jiném „rámcí“, tj. v jiné sestavě pravidel a hodnotících kritérií“ (Kubička, 2003, s. 79).

Charakteristická pro strategickou rodinnou terapii je citlivost na určité pozice, ve kterých se terapeut může vyskytnout. V popředí zájmu nestojí terapeut jako reprezentant moci nebo nadřazenosti, spíše se u terapeutů cení schopnost vyhnout se různým zmateným situacím a zůstat vůči systému dobře čitelným. Díky tomuto přístupu se v terapii začaly používat kreativní, výjimečné a mimořádné úkoly k řešení nepříjemných problémů (von Schlippe, & Schweitzer, 2006).

2.3.4. Zážitkově orientovaná rodinná terapie

Model zážitkově orientované rodinné terapie, reprezentovaný V. Satirovou, klade důraz na pocity. Satirová souhlasila s tvrzením, že problematické rodiny potřebují jasnější komunikaci, proto se ve své práci soustředila na „pomoc rodinám s vyjadřováním jejich emocí a na změnu pravidel, která jim zakazovala vytvářet si vztahy na pocitové úrovni“ (Prochaska, & Norcross, 2006, s. 294).

Satirová (2005) rozvinula metodu „model růstu“, která propojuje jak intrapsychické, tak interpersonální systemické procesy, jež podle jejího názoru nezohledňuje žádná z terapeutických škol. V rámci terapie začínala u vnitřních zkušeností člověka, tedy u intrapsychických procesů, později směřovala ke vztahům v rodině, tedy k procesům interpersonálním. Klíčovým bodem „modelu růstu“ je zážitek, klient totiž o svých minulých zážitcích nejen mluví, ale také je prožívá. Zážitek z terapie přispívá ke kladnému ukotvení dosažených změn. Důležité je v tomto modelu také pozitivní definování cíle. Přínos Satirové je spatřován v budování důvěryhodného terapeutického vztahu jako základní části procesu změny (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

Pod pojem systémové pojetí se podle Kratochvíla (2006) řadí Haleyova strategická rodinná terapie, strukturální terapie Minuchina a Bowenova terapie rodinných systémů především proto, že ve shodě s teorií obecných systémů L. von Bertalanffyho chápou rodinu jako systém, jenž si udržuje svou homeostázu pomocí mechanismů zpětné vazby. Tyto terapeutické modely nahlízejí rodinu jako otevřený systém, na který je možné terapeuticky působit prostřednictvím podnětů z okolního světa. V 80. letech minulého století se z takto chápaného systémového pojetí vydělil přístup, jenž je označován jako systemické pojetí nebo systemická terapie.

2.4. Systemický přístup

Řada autorů (např. von Schlippe a Sweitzer, Franke – Gricksch nebo Carr) rozdíl mezi systémovým a systemickým přístupem nedělá a oba terapeutické přístupy považuje za totožné.

Systemický přístup zdůrazňuje „význam jazyka, jímž je utvořen symptom a který je prostředkem k uchopení reality“ (Rieger, & Vyhnálková, 1996, s. 16). Tento přístup předpokládá, že „teprve pojmenováním reality v jazyce při interakci s druhým či druhými lidmi se zjevuje to, co vidíme“. Gjuričová (2000, s. 20) říká, že systemický přístup je určen

„přístupem, který vždy bere v úvahu širší kontext, souvislosti mezi chováním lidí a významy, které mu přiřkládají“.

Základní myšlenky systemického přístupu shrnuje Ludewig (in Kratochvíl, 2006, s. 258) následovně: „Vše řečené je řečeno pozorovatelem. Pozorovatel je jazykující živá bytost. Vše řečené je vytvořeno jazykováním. (Reality) jsou argumenty v konverzování. Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním. „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy.“

2.5. Systemická terapie

Systemická terapie vnímá rodinu jako uzavřený systém, který je současně systémem autonomním a seberegulujícím. Tento druh terapie se přiklání k teorii poznání, epistemologii antropologa Gregory Batesona a neurobiologa Humberta Maturany, jež bývá označována jako radikální konstruktivismus. Tato teorie říká, že vnější svět člověk poznáním neodhaluje, ale vytváří. Realita je individuální konstrukcí každého člověka. V systemickém přístupu systémový princip rovnováhy, homeostázy, nahrazuje tzv. vývojový model, paradigma. Tento koncept vztahového systému zajišťuje svou identitu pomocí nerovnovážných stavů lability, které nejsou předpověditelné. Aplikována je zde „kybernetika 2. řádu“, která základní přesvědčení rodinné terapie o tom, že systém vytváří problém, mění v opačné stanovisko. Problém vytváří systém, ten je v mysli a výrocích člověka a objektivně neexistuje (Kratochvíl, 2006).

Systemická terapie se podle von Schlippeho & Sweitzera (2006) pokouší odhalit skryté dynamiky, jež pojí jedince s vlastní rodinou. Odhalení těchto skrytých dynamik slouží k lepšímu poznání reality života člověka i jeho rodinných příslušníků. Přičemž skryté dynamiky je možné zkoumat prostřednictvím stavění rodinných systémů.

Systemická psychoterapie představuje spíše obecný pojem, pod který von Schlippe & Sweitzer (2006) zahrnují větší počet modelů, které mohou být určitým způsobem vnitřně heterogenní. Všechny modely systemické psychoterapie nemohou být podle jejich názoru zcela zachyceny, především díky hrubému rozdělení na koncepty klasické orientace, „kybernetiky 2. řádu“ a narativních přístupů. Mezi klasické systemické modely řadí i strukturální terapii Minuchina a zážitkově orientovanou rodinnou terapii Satirové, které Kratochvíl (2006) počítá mezi modely systémové rodinné terapie.

Další vývoj systemické terapie postupoval od radikálního konstruktivismu k sociálnímu konstrukcionismu. Tento proud chápe konstruování světa jako sociální produkt, ve kterém je skutečnost vytvářena shodou více jedinců (Kratochvíl, 2006). Gjuričová & Kubička (2003, s. 30) upozorňují, že „sociální světy“, ve kterých lidé žijí a které jsou považovány za dané, „vznikly v lidských interakcích a zvyklostech, formovaly se však do podoby závazných, obecně sdílených názorů, přesvědčení a intuicí“.

K hlavním představitelům systemického přístupu patří Milánská škola, narativní terapie, reflektující tým, vícegenerační koncept a krátká terapie orientovaná na řešení (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

2.5.1. Milánská škola

Pro rozvoj systemické terapie měl velký význam milánský model, který je spojen se jmény čtyř terapeutů, jimiž jsou M. S. Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin a G. Prata. Milánský tým se pokoušel o realizaci „kybernetického konstruktivismu“. Za konstrukty jsou považovány motivy, city, potřeby i individuální konflikt. Rodina je nazírána jako systém, jenž je řízen určitými pravidly, protože v rodině, stejně jako v jakékoliv jiné skupině, se během času vytvoří určitá pravidla, která vymezují prostor pro chování jednotlivých členů rodiny. Cílem milánského konceptu je umožnit terapeutovi, aby mohl zůstat v terapeutické pozici a nenechal se zmást nebo přesvědčit členy rodiny, aby se zbavil kontroly a stal se jedním z nich. Rozhodující systém v terapii není ani tolik složen z osob, jako z informací a komunikace (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

2.5.2. Narativní terapie

V poslední době se vedou diskuse o tom, zda je systemická terapie vhodná a nutná pro pochopení lidských a sociálních systémů i pro jejich modelování. Terapeuti začínají čím dál více zaměřovat svou pozornost na způsoby vyprávění, narace. Vývoj se tak přesunul k zájmům o osobní i kolektivní ideje, namísto zájmu o chování. Dospělo se k tomu, že realitu v systémech buduje nejen samotný jazyk, ale také jeho vzorce, jimiž jsou v sociálních systémech právě vyprávěné příběhy. Skutečnost je složena z příběhů, o nich lidé mluví. Rodina nazírána jako sociální prostor blízkosti, kde probíhá nejen nejintenzivnější konfrontace příběhů vyprávěných jednotlivci, ale také jejich nejintenzivnější sdělování. Přitom platí, že

příběhy se nevytvářejí samy od sebe, každá povídka nutně potřebuje jak vypravěče, tak posluchače (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

Kratochvíl (2006, s. 259) říká, že tato terapie je v podstatě „rozhovorem, při němž se převyprávěním příběhů postupně dosahuje dekonstrukce původních významů jednotlivých událostí nebo dekonstrukce zakotvených a zdánlivě nevývratných přesvědčení. Zároveň s tím probíhá hledání nových souvislostí a nových významů, které umožňují překonání problému a rekonstrukci problémem definovaného systému“.

2.5.3. Reflektující tým

Reflektující tým představuje alternativní metodu ke konceptům kladoucím důraz na moc terapeutů, mezi něž patří klasický milánský model. Model reflektující tým je považován za „systemickou revoluci“, protože pochybuje o takových formách systemické práce jako je jednostranné zrcadlo či závěrečná intervence. Terapie v tomto pojetí je chápána spíše jako kontext spolupráce než uplatňování moci. Snaží se najít způsoby, jakými by rodina, tým i terapeuti mohli spolupracovat a hledat řešení aktuálních problémových situací. Pro terapeuty tento model představuje nalezení takové formy řeči a komunikace, která by byla přiměřená jak pro rodinu, tak pro konkrétní životní situaci (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

2.5.4. Vícegenerační koncept

Vícegenerační koncept byl formulován Boszormenyi – Nagym a dále rozvinut v konceptu delegace a vztažné individuace Stierlina. Tento koncept vnesl do systemické psychoterapie nový pohled, protože se nezaměřuje pouze na aktuální dění, ale i na to, jakého smyslu nabývá chování, prožívání a symptomy s odkazem na dřívějších generaci (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

2.5.5. Krátká terapie orientovaná na řešení

Model krátké terapie orientované na řešení se od běžného pojetí rodinné a systemické terapie liší, „centrální výpovědí je představa, že se psychoterapie velmi mylí, jestliže předpokládá souvislost mezi problémem a jeho řešením. Naopak se ukazuje, že procesy řešení jsou si v jednotlivých případech podobnější než problémy, na něž je intervence zaměřena“ (von Schlippe, & Sweitzer, 2006, s. 27). Tento přístup stojí na existenci zdrojů a terapeut z

nich během rozhovoru vyvolává očekávání změn. Základním předpokladem je, aby byl terapeutický vztah co nejdříve po zahájení ukončen. S tímto cílem se terapeutický vztah zakládá. Důležité je zaměřit pozornost na to, na čem by obě strany mohly dobře rozpoznat, zda se podařilo problém vyřešit (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

Poněkud odlišný přístup ke krátké terapii představuje krátká, na problém zaměřená terapie v Mental Research Institute v Palo Alto. „Vytváření problémů a jejich udržování jsou podle tohoto přístupu části procesů v začarovaném kruhu, ve kterém „řešící“ chování udržují problém“, říkají Gjuričová a Kubička (2003, s. 78). Změna těchto chování nebo přesvědčení může pomoci přerušit začarovaný kruh a podnítit řešení problému.

2.6. Techniky systemické terapie

Vedle zpochybněných, doposud uznávaných, pravd přinesl podle Kratochvíla (2006) systemický přístup do rodinné terapie mnoho nových užitečných technik, například cirkulární dotazování, otázku „po zázraku“, „techniku zázračné změny“, zhodnocení pozitiv či externalizaci problému.

Cirkulární dotazování vypracovala milánská škola. Tato technika představuje nepřímou formu získávání informací, kdy se terapeut neptá přímo klienta, co si myslí, ale ptá se, co si myslí, že si myslí jiný člen jeho rodiny. Otázka „po zázraku“ byla navržena de Shazerem, který ji považuje za způsob, jak získat od klienta popis cílů terapie. Terapeut se klienta ptá, jaké by to bylo, kdyby se stal zázrak a jeho problém přes noc zmizel. Zhodnocení pozitiv představuje úkol, kdy terapeut klienta žádá, aby si do příštího setkání všiml toho, co se v rodině děje, aby dokázal při příštím setkání říci, co si přeje, aby nadále pokračovalo tak, jako to pokračovalo doposud. Úkol přeorientovává pozornost od negativního chování k chování pozitivnímu. Externalizace problému, navržená M. Whitem a D. Epstonem, je technikou, která označuje symptom klienta nebo jeho problém jako něco, co existuje vně klienta a k jeho osobnosti nepatří. Podle Kratochvíla (2006, s. 262) tím klienta „osvobozuje od kritiky druhých, protože přestává být jako osoba s problémem ztotožňován“. Klient může problém nebo symptom nahlížet spolu s ostatními jako něco cizího, vnějšího, co k němu nepatří.

Zajímavou techniku při práci s rodinou představují Z. Rieger a H. Vyhnálková ve své monografii *Ostrov rodiny* (1996). *Ostrov rodiny*, který využívá při popisu klinického materiálu spíše prostorových analogií, je v přístupu Trapkové a Chvály (2004, s. 12)

prohlubován „o principy růstu a zrání“, jež jsou známy z biologie a fyziologie člověka, a které díky analogii umožňují „pochopit složité děje na organizačně vyšší úrovni, na úrovni psychosociální“. Tento zajímavý terapeutický přístup využívá metaforu „rodinné dělohy“, ze které je třeba se v průběhu dospívání odloučit (Kratochvíl, 2006, s. 263).

V posledních letech dochází k rozšíření systemické práce, která byla původně orientovaná výlučně na rodinu. Dnes se její zájem rozšiřuje jak na širší systémy, tak individuální systemickou terapii (Špitz, 2001).

Novější směry systemické terapie vidí člověka jako bytost, která se může stále znovu svobodně rozhodovat mezi různými alternativními způsoby myšlení a chování. Tyto směry kladou důraz na seberealizaci jedince, méně potom zdůrazňují závislou roli jedince v procesu interakce. Změna není vnímána jako výsledek racionálního vhledu do situace ani jako snaha pochopit pozadí celého problému. Zpochybňována je představa, zda je možné změnu navodit cíleným zásahem. Klientům v zásadě není možné dávat instrukce, na druhou stranu jsou klienti dobře ovlivnitelní, odpovídá-li vliv jejich současné struktury (Justen – Horsten, 2004).

3. Rodinné konstelace

Bert Hellinger je systemickým psychoterapeutem, známým v Německu již řadu let prací s rodinnými konstelacemi. Narodil se v roce 1935, studoval filozofii, teologii a pedagogiku, šestnáct let pracoval v misionářském katolickém řádu u kmene Zulu v jižní Africe, poté se stal psychoanalytikem. Věnoval se dynamice skupiny, primární terapii, rodinné terapii, gestalt terapii, transakční analýze, ericksonovské hypnóze, neurolingvistickému programování a dalším psychoterapeutickým konceptům. Proslavil se především vytvořením originální rodinné systemické terapie, schopností vymezit problémy a nalézt jejich řešení (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

Přístup zakladatele rodinných konstelací Berta Hellingera vyvolal v systemické terapii velkou diskusi. „Hellinger vytvořil neobvyklou cestu „ultrakrátké terapie“ orientované na řešení, jež spočívá především v rozestavení, v určité formě práce se sousedím, kdy jistá osoba rozestaví v rámci skupiny rodinu svého původu“ (von Schlippe, & Sweitzer, 2006, s. 32).

Bert Hellinger poukazuje na to, že každý z nás je nevědomě svázán se svou rodinou, jež vůči nám vystupuje jako osudové společenství, a na každého z nás tyto vazby působí. V rámci rodinných konstelací ukázal, že každý člověk se určitým způsobem podílí na „velké duši“, to je na duši, do které patří všichni rodinní příslušníci. Z pohledu rodinných konstelací každý jedinec cítí, že miluje své rodiče, že slouží celé své rodině. Někdy se nevědomě pokouší svým vlastním životem napravit vinu či trápení rodičů nebo někoho z předešlých generací. Dochází i k takovým situacím, kdy je člověk ochoten převzít místo člena rodiny (převzít jeho osud, identifikovat se s ním), který tragicky zahynul nebo předčasně zemřel. Franke – Gricksch (2006, s. 15) říká, že „díky tomu někdy lidé nežijí svůj vlastní život, ale cítí se odcizeni sami sobě, někteří cítí dokonce nutkání svůj život ukončit“.

Rodinnou systemickou terapií se Hellinger (2004) pokouší odhalit, zda člověk není zapleten do osudu některého rodinného příslušníka z předcházejících generací. Přičemž do rodiny nezařazuje pouze děti, rodiče či prarodiče, ale také nemanželské, adoptované, opuštěné, potracené děti, sourozence rodičů, předchozí důležité partnery rodičů, prarodiče a další. Zapletení uvnitř rodiny objevuje pomocí stavění rodinného systému, které pomáhá nalézt možnosti, jak se z tohoto systému vymanit.

Rodinné systémy ukazují, „že každá rodina, každé pokolení, má něco jako vlastní svědomí“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 13). S tímto svědomím lze vstoupit do kontaktu a

získat podstatné informace o tom, čím je narušena rovnováha vztahů a co tuto nerovnováhu ještě více prohlubuje.

Hellinger v kontextu rodinných konstelací mluví o existenci „řádu“. Takového řádu, ve kterém se všichni členové rodiny cítí dobře. Ukazuje lidem způsoby, pomocí nichž lze nalézt a přijmout v rodině takové místo, které jim náleží. Tyto způsoby se týkají především uctění osudů nejbližších, tedy rodičů či sourozenců. Pokouší se ukázat, jakým způsobem zachytit potlačené negativní emoce, kterými jsou zatíženi převážně členové mladších generací. Všechna spojení s osudy jiných rodinných příslušníků včetně těch, kteří již nežijí, musí být s odkazem na Hellingera řešena s úctou k těmto lidem. „Úcta a láska v rodině nejsou pocity, ale zásadní postoje, ve většině případů nevědomé“ Franke – Gricksch (2006, s. 15).

3.1. Systemicko – fenomenologický koncept rodinný konstelací

Svůj koncept rodinných konstelací označuje Hellinger jako systemicko – fenomenologický. Obrazy rodin jsou v pojetí rodinných konstelací ztvárněny vybranými zástupci, kteří prožívají pocity a postoje těch osob, jež zastupují. Franke – Gricksch (2006, s. 16) říká, že „toto rodinné pole je fenomén, který podmiňuje postoje a pocity jednotlivých členů rodiny. V rámci rodinných konstelací se může díky změně postoje klienta toto pole nově uspořádat, což má ozdravný účinek“. Pracovat systemicko – fenomenologickou cestou znamená „všímat si spontánních emocionálních projevů zástupců, tak jak je dávají najevo, a nechat dynamiku volně se rozvíjet“ (Franke – Gricksch, 2006, s. 23).

Pojem fenomén je odvozen z řeckého slova „fainesthai“, které znamená jevit se, ukazovat; „fainomenon“ představuje to, co se ukazuje, jeví. Ve filozofii je termín fenomén používán jako synonymum toho, co se jeví, ukazuje (Störig, 2000).

V dějinách psychologie podle Nakonečného vystupuje fenomenologie ve dvojím pojetí, jako vědecko – tématická oblast popisu jednoho jevu či komplexu jevů, nebo jako druh filozofie či psychologický směr, jež je založen na specifickém chápání svého předmětu, metodologie a poslání (in Hoskovec, Nakonečný, & Sedláková, 2003).

Hellinger vnímá fenomenologii jako ovlivnění se širším kontextem bez toho, že by se tento kontext snažil do detailů pochopit. „V rodinném systému беру v úvahu všechny včetně nepřítomných. Mám je všechny před sebou. Zatímco nechám tento systém na sebe působit, přijde jako blesk odhalení něčeho, co je za těmito fenomény“, říká Hellinger (in Hellinger, &

ten Hövel, 2004, s. 31). Metoda fenomenologického postupu „není vázána na žádnou školu a nemůže se na ní ani žádná zakládat, poněvadž není možné využít cizí zkušenosti“. Naučit se lze pouze řídit se podle určitých fenoménů, které člověk na sebe nechá působit poté, co se oprostil od vytyčených cílů, konkrétního hodnocení či obav.

V rámci fenomenologického přístupu stanovil Hellinger tři zásady terapeutova vnitřního postoje: bez strachu, bez úmyslu a bez lásky (Nelles, 2004). Terapeut se nesmí pokoušet zmírnit cokoli, co se v konstelacích objeví, a to i v případě, kdy se ukáže něco velmi bolestivého. Ten, kdo staví konstelaci, přebírá všechno na sebe. „Každý je schopen nést svůj osud a nikdo to za něj nesmí dělat“, říká Nelles (2004, s. 139). Druhá zásada se týká požadavku, abych terapeut jednal bez úmyslu, především bez úmyslu někomu pomáhat. Terapeut by se neměl pokoušet dostat k něčemu určitému nebo zásadnímu. To by znamenalo záměrné terapeutické snažení, které neslouží skutečnosti, ale pokouší se přizpůsobit přání ega klienta, nebo terapeuta. Třetí zásadu popisuje Nelles (2004) následovně. Láska je potřeba, nejen aby klient cítil, že je vnímán a akceptován, ale aby se také více otevřel. Láska však musí tuto rovinu přesahovat, překračovat osobu klienta i vztah k němu. V podstatě ji lze pojmenovat jako lásku k duši klienta. Terapeut se může někdy jevit jako tvrdý, ale klient musí z jeho chování a výrazu poznat, že je v milujícím spojení s jeho duší. To však neznamená, že by se měl terapeut nechat vést soucitem, s klientem spolupracovat na osobní úrovni nesmí.

Nelles (2004) k těmto zásadám přidává zásadu čtvrtou: pozornost. Fenomenologická práce vyžaduje velkou pozornost, při níž je třeba se dívat, naslouchat, vcítovat. Pozornost by neměla být zaměřena jen na klienta, ale i na terapeuta. Hellinger říká, že se pokouší intenzivně pozorovat to, co lidem pomáhá, přičemž tento způsob práce podrobuje zkouškám. Pokud nějaký způsob najde, formuluje hypotézu, která se však v jednotlivých případech mění (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

3.2. Inscenace rodinných konstelací

Inscenace rodinných konstelací probíhá ve většině případů následujícím způsobem. Klient krátce vyličí svůj problém a terapeut navrhne, za koho si bude ze skupiny vybírat své zástupce. Těmto zástupcům klient přiřazuje konkrétní role, např. vybere ze skupiny člověka, který bude zastupovat jeho matku, jiný jeho otce apod. Klient, který staví konstelaci, nevybírá zástupce „ani podle podobnosti, ani podle jiných racionálních kritérií, nýbrž se nechá vést

svými pocity, svou momentální inspirací,“ říká Bílý (2007, s. 22). Nakonec zvolí zástupce i pro sebe. Všichni vybraní zástupci se postaví do prostoru a klient s jejich pomocí začne stavět svůj vnitřní obraz. Konkrétně uchopí jednotlivé zástupce za ramena a postaví je tam, kde se domnívá, že je v současné době jejich místo. Konstelaci přitom nestaví tak, jak si myslí, že by postavení zástupců mělo vypadat, ale jaké z jeho pohledu doopravdy je. Poté, co všichni zástupci stojí na zvolených místech, se posadí a konstelaci sleduje z povzdálí. Zástupci jsou terapeutem dotazováni, jak se v dané pozici cítí. V této fázi konstelace klient získává informace o struktuře svého obrazu, přičemž terapeut k ničemu zástupce nenabádá, ani necenzuruje jejich projevy během konstelace (Ruppert, 2008).

Mnohokrát se stane, že „již v počáteční fázi konstelace vyvstane otázka po chybějících členech systému. Ne každý člen systému musí mít svého zástupce. Kdo je postaven a kdo není, záleží na druhu zakázky, tj. na tom, čeho se problém, který chce klient řešit, týká“, dodává Bílý (2007, s. 24). Může se stát, že klient zapomene na někoho, kdo je pro řešení jeho problému důležitý. Dochází tedy k důkladnému dotazování a představování zástupců v konstelaci, čímž se odkrývá řada skrytých souvislostí v rodinném systému. Zástupci jsou terapeutem vybízeni, aby se v prostoru pohybovali podle toho, jak se cítí a kam jsou silami v konstelaci taženi. Důležité je uvědomit si, že rodinné konstelace pracují s vnitřním obrazem klienta a že postavená konstelace nemusí přesně kopírovat skutečnost. Přemísťováním zástupců, hledáním jejich vhodné pozice a doplňováním informací z klientova života se konstelace proměňuje směrem k nalezení vhodného řešení klientova problému. Ke konci konstelace je klient vyzván, aby se postavil na místo svého zástupce a na celou konstelaci se podíval. V této fázi většinou terapeut pronese krátkou výstižnou větu, kterou klient ke konstelaci nebo zástupcům v konstelaci zopakuje. Užívání jazyka v konstelačním procesu má archaickou podobu. Věty, které jsou vyřčeny v průběhu konstelací a v jejím závěru mají hluboký duchovní a emocionální náboj (van Kampenhout, 2007). Na konci konstelace vystupují zástupci ze svých rolí, což je spojeno s malým rituálem. Mohou například „udělat veliký krok stranou „z role“, mohou poděkovat v duchu nebo i nahlas tomu, koho zastupovali (i když je většinou nepřítomný), mohou symbolickým pohybem sundat plášť role z ramen“, poznamenává Bílý (2007, s. 25).

Rodinné konstelace se podle Hellingera (2000) formují ve třech fázích a dohromady vytvářejí dva rozdílné obrazy rodinného systému, kterými jsou obraz destruktivní dynamiky a

obraz rozřešení. V první fázi konstelace jsou prezentovány klientovy představy a vzpomínky. Jedná se o velmi subjektivní vykreslení skryté dynamiky v rodině. Tato etapa rozkrývá způsoby, kterými rodina ovlivňuje, co klient cítí, dělá nebo jak se chová. Hellinger (2000, s. 225) říká, že „umožňuje vytvořit pracovní hypotézy o dynamice systému působícího v rodině“. Reakce zástupců členů rodinného systému klienta poskytují v průběhu konstelace další informace. Ty jsou společně s vizuálními obrazy konstelace a základními informacemi od klienta dobrým základem pro hledání řešení. V druhé fázi vystupuje obraz rovnováhy rodinného systému. Závěrečná fáze představuje konstelaci, v níž má každý člen rodiny své vlastní místo a svou vlastní funkci. Pro klienta má léčivé účinky právě přijetí tohoto obrazu.

V průběhu konstelace terapeut sleduje pohyby a reakce zástupců k tomu, aby porozuměl povaze rodinných dynamik. „Jakmile se struktura vyjasní, hledá, jakými posuny dosáhnout rovnováhy nebo hojivého účinku, aby vyřešil destruktivní propletenec, který vyšel najevo,“ říká (van Kampenhout, 2007, s. 24). Řešení pro konstelaci se vždy nemusí podařit najít. V některých případech terapeut sám vycítí, že nemůže do konstelace zasáhnout, má pocit, jakoby kolem rodiny bylo určité vědomí, které mu znemožňuje konstelaci dovést do konce (van Kampenhout, 2007).

Zvláštností rodinných konstelací je, že vybraní zástupci, reprezentující osoby z klientova života, mají, jakmile jsou do systému postaveny, podobné pocity jako ti, které zastupují. Z části jejich symptomy získávají, a to i přesto, že o nich v podstatě nic nevědí (Hellinger, & ten Hövel, 2004). U zástupců nehrozí, že na sebe převzou utrpení kvůli propletení, protože představují někoho, koho v reálném životě neznají. Během konstelace na sebe utrpení za někoho jiného, ale později odpovědnost vrací tomu, koho v konstelaci zastupoval (van Kampenhout, 2007).

Rodinné konstelace jsou podle Nelles (2004) důkazem toho, že informace je možné získávat i jinými způsoby než pouhou výměnou zkušeností nebo jinými komunikačními prostředky. Zástupci v konstelacích prezentují informace, které jim ani nepatří, ani je nemají. Projevují a cítí něco, aniž by znali pravý důvod, proč to tak cítí. Nelles (2004, s. 26) poznamenává: „Poznání je však k dispozici a v mnoha případech se lze dodatečně přesvědčit o jeho správnosti. Někdy jsou informace zcela přesné, většinou však spíše vágní.“ Terapeuti rodinných konstelací jsou přesvědčeni, že rodinné konstelace ukazují směr, který lze považovat za správný. Nelze se však podle jejich názoru spoléhat na všechny detaily, které se

v rámci rodinných konstelací objevují. Často během konstelace dojde k odhalení nějakého rodinného tajemství, k tomu však dochází spíše neúmyslně.

V rodinných konstelacích se dospívá k řešení, pokud se každý člen rodiny nachází na takovém místě, „které mu patří, a kde je uznáván. Když je každý na správném místě, přijme svou zodpovědnost a stará se o své bez toho, aby zasahoval do věcí druhým. Tak všichni cítí vlastní důstojnost a je jim dobře. To je tedy řešení“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 30).

3.3. Léčivý účinek rodinných konstelací

Léčivé účinky rodinných konstelací se v jednotlivých případech či z celkového pohledu jeví jako zázračné. Ukazuje se, že práce v rámci rodinných konstelací slouží k duševnímu blahu klientů. Léčebným prvkem je získání náhledu na skutečnost jako takovou bez snahy ji jakýmkoliv způsobem měnit.

Van Kampenhout (2007, s. 35) mluví o tom, že „konstelace spouští léčivý pohyb, který působí okamžitě a hmatatelně. Na duchovní úrovni se to projeví přesměrováním energie duše; na osobnostní úrovni jsou výsledkem obrazy: obrazy různých fází konstelace, především jak to vypadalo ve finále. Tyto obrazy se uchovávají v paměti a mohou v klientovi něco změnit a účinek této změny se v době po konstelaci pomalu projeví“. Trvá třeba i rok či déle, než se účinky rodinných konstelací projeví. „Mnozí lidé vypověděli, že poté, co si postavili konstelaci své rodiny, došlo k rozhodujícím léčivým změnám, jež měly přímou souvislost s tím, co se odehrálo v konstelaci, a to nejen u nich, ale i u ostatních rodinných příslušníků,“ dodává van Kampenhout (2007, s. 25).

Někteří lidé nedokážou přijmout léčivý obraz konstelací. Podle van Kampenhouta (2007) jsou jimi ti, kteří nedokáží změnit své myšlení, kteří pokračují v rigidním způsobu myšlení a mluvení o tom, co viděli. Nejsou schopni přijmout léčivý obraz konstelací bez analyzování, mají pocit, že konstelaci musí vysvětlit. Tímto způsobem ztrácejí přístup k síle, která se během konstelací uvolnila.

Bílý (2007) mluví o třech úrovních působení konstelací. Konstelace mohou být zdrojem poznatků, řešením problému nebo se podílet na vývoji schopností. Důležité pro klienta je, že se v konstelaci ukazuje nové řešení problému, že klient o problému získává nové poznatky.

3.4. Základní principy rodinných konstelací

3.4.1. Hellingerovo pojetí „řádu“

Hellingerova práce je postavena na předpokladu, že v sociálních systémech existuje určitý řád, jenž ovlivňuje ostatní členy systému. Pro tento „řád“ je rozhodující okamžikem vstup do rodinného systému (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

„Řád“ se podle Hellingera při stavění rodinných konstelací nehledá, ale odhaluje. Základní „řád“ ukazuje, kdo do rodiny patří. Ten má také právo sounáležitosti, které je pro všechny členy rodiny stejné. Respektování „řádu“ s sebou přináší dobro, jeho nerespektování životní problémy nebo onemocnění (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

V rodinném systému platí, že člověk, který se stal členem systému dříve, má vyšší pozici nebo větší moc, než ten, který vstoupil do systému později. Rodiče mají přednost před dětmi, prarodiče před rodiči, starší sourozenci před mladšími (von Schlippe, & Sweitzer, 2006). V rodinné hierarchii musí na prvním místě stát rodiče, kteří musí od dětí vyžadovat, aby tuto hierarchii respektovaly. Pouze v takovém systému se mohou děti cítit bezpečně. Pokud rodiče svým dětem autoritu najevo nedávají a pokouší se dostat na úroveň dětí, například prostřednictvím kamarádského vztahu, děti se stávají nejistými. Do teorie „řádu“ patří, že určité činy s sebou přinášejí následky, jimž se nelze vyhnout. „Mnozí si představují, že nějaký špatný čin může být anulován, například terapií. Ale práce s vážně nemocnými ukazuje, že jsou činy, které již nemohou být smazány“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 73). Součástí „řádu“ je důvěra, že každý je schopen tyto následky přijmout.

Konstelace tím, že působí na úrovni „řádu“, určují každému členu rodiny jeho místo v systému. „Nejde o to, čeho chce dosáhnout jedinec, ale čeho potřebuje dosáhnout rodinný systém jako celek, bez ohledu na potřeby jednoho svého člena“, říká Červinková (2006, s. 33).

Rodinné systémy „mají velkou sílu a takovou soudržnou moc, která hluboce hýbe duší všech, nezávisle na jejich chování“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 76). Rodina jedinci dává život, ten z ní pochází se všemi svými přednostmi i limity. Prostřednictvím rodiny někam patří, je součástí určitých osudů, jež musí následovat. Pokud by člověk zasáhl do rodinného systému, i kdyby se tohoto zásahu byl vědom, „řád“ by narušil. Důležité je rodinu respektovat a přistupovat k ní s velkou otevřeností.

Rodina nezpůsobuje určitá onemocnění jen proto, že je složena ze špatných lidí, ale proto, že v ní působí osudy, které ovlivňují celý rodinný systém. Platí, že všichni lidé

pocházejí z rodin s různým osudem. Tyto vazby mají vliv na novou rodinu, kterou člověk v průběhu života zakládá. Potřeba kompenzovat zlo vzniká po generace v těch rodinách, kde se v předcházejících generacích stalo něco špatného (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

3.4.2. Princip „domýšlivosti“ a „zapletení“

V rámci teorie rodinných konstelací se objevují pojmy jako „domýšlivost“, která vede k „zapletení“, a „pokora“, jež je naopak řešením tohoto zapletení (von Schlippe, & Sweitzer, 2006). Nadměrná „domýšlivost“ je v teorie konstelační práce spojena s otázkou „viny“ rodičů nebo nesouladem v jejich intimním vztahu. Děti se podle Hellingera nemají plést do záležitostí svých rodičů. Situace, ve kterém děti odhalí „vinu“ rodičů nebo jsou svědkem jejich partnerského nesouladu, nedává dětem právo, aby se pletly do věcí svých rodičů a žádaly po nich jakékoliv ospravedlnění. Hellinger v této souvislosti mluví o „domýšlivosti“, kterou dítě zakouší. Dítě by mělo přijmout své rodiče takové, jací jsou, a připustit, že nemůže mít rodiče jiné.

„Zapletení“ v terminologii rodinných konstelací znamená, že někdo z rodiny převeze, většinou nevědomě, osud svého předka a tento osud později sám ve svém životě prožívá. To se týká například dítěte, které bylo v předchozí generaci v raném dětství odloženo. Později se podle teorie „zapletení“ jeden člen rodiny bude chovat tak, jako by byl rodinou také odložen. Od tohoto pocitu se nebude moci osvobodit, dokud si neuvědomí, že je tímto způsobem „zapleten“. K řešení takového případu dochází v rámci rodinných konstelací postupem, kdy je vyřazený jedinec zpět do rodiny přiveden. Je znovu zapojen do rodinného systému a stává se ochráncem toho, kdo se s jeho osudem identifikoval (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

3.4.3. Princip „svědomí“ a „viny“

V rodinných konstelacích se pracuje s pojmy „svědomí skupiny“ nebo „svědomí rodinného systému“, které jsou interpretovány následovně. Nespravedlnost, jež byla spáchána na někom z předchozích generací, bude ovlivňovat život někoho jiného v pozdější generaci, a to do té doby, dokud nebude tato nespravedlnost napravena. Hellinger se domnívá, že ti, „kteří se musí podrobit osudu vyřazených, jsou k tomu neprávem nuceni svědomím rodu. Ve skutečnosti jsou naprosto nevinni. Naopak ti, kteří byli opravdu vinni, protože například odsunuli nebo vyhnali člena rodiny, z toho měli pravděpodobně prospěch“ (Hellinger, & ten

Hövel, 2004, s. 15). Smyslem „svědomí skupiny“ není zajištění spravedlnosti pro potomky, smysl má toto svědomí pouze pro předky.

Kromě „osobního svědomí“, které lze pociťovat jako „vinu“ a „nevinu“, a „svědomí rodinného systému“, jenž člověk necítí, ale jeho účinky přecházející z generace na generaci zakouší, existuje ještě třetí svědomí, které podle Hellingera (2000) člověka vede k většímu celku. „Svědomí k většímu celku“ nenutí člověka poslouchat diktát jeho rodiny, kultury, náboženství či osobní identity, protože řídit se tímto svědomím vyžaduje velké, duchovní úsilí. Toto svědomí po člověku žádá, aby opustil to, co zná a řídil se pouze jím.

Proti původnímu „řádu“, tedy proti zákonitostem systému, se provinuje ten, kdo se domnívá, že „má právo dát do pořádku vztahy mezi rodiči, z věrnosti k jednomu rodiči musí nebo smí opovrhovat druhým rodičem, má právo požadovat od rodičů zadostiučinění, mstít se, znehodnocovat, vylučovat, smí „předběhnout, staršího sourozence, být nadřazen“ (von Schlippe, & Sweitzer, 2006, s. 33). Symptomy, které se v souvislosti v poruchou objevují, mohou na tyto požadavky upozorňovat a vyvolávat tak dynamiku, ve většině případů nevědomého, trestání. Často dochází k usmíření v rámci systému, až když se v terapeutickém kontextu umožní projevít pokora vůči rodičům. V převážné míře se tak děje prostřednictvím rituálu, ve kterém člověk pomocí různých formulací děkuje rodičům za to, čeho se mu v životě dostalo, a poukazuje na skutečnost, že zbytek života si zařídí sám. Prokázání úcty vůči rodičům dá podle terapeutů rodinných konstelací něco v duši do pořádku. Důležitá je zde představa, že rodičům by se mělo odpustit. Tam, kde ale na sebe rodiče vzali „vinu“, je třeba jim ji ponechat. To je také vyjádřením respektu a pokory.

3.4.4. Princip „identifikace“ a „následování“

V praxi terapeutů rodinných konstelací se ukazuje, že je „mnohem lehčí udržovat problém a pokračovat v trápení, než přijmout řešení. To má co do činění s tím, že utrpení a udržování problému je hluboce, až magicky spojeno s pocitem nevinosti a oddanosti. Na to navazuje naděje, že prostřednictvím vlastního utrpení je možné zachránit jiného člověka“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 22).

Osvobozením od „identifikace“ s jiným členem rodiny se může zlepšit onemocnění člověka. Hellinger se tomuto tématu ve svých monografiích příliš nevěnuje, podle svých slov jej zajímají především síly, které v rodině a duši působí a které současně i léčí. Pokud se tyto

síly nastartují, potom může dojít k tomu, že se onemocnění člověka zlepší. Zlepšení zdravotního stavu jedince však záměrem Hellingera není, jemu jde spíše o pohodu duše a rodiny (Hellinger, & ten Hövel, 2004).

3.4.5. Princip „dávání“ a „braní“

Ve všech vztazích se podle Hellingera (2000) projevují základní potřeby lidí. Těmi jsou potřeba sounáležitosti, potřeba udržet rovnováhu mezi dáváním a přijímáním a potřeba bezpečí. Všechny tyto tři potřeby lze podle vnímat stejně silně jakoby se jednalo o pudy nebo instinktivní reakce. Vyžadují po člověku, aby se podřídil silám, které po něm přizpůsobení se vyžadují. Tyto síly jej nutí hledat cíle, jež v některých případech odporují jeho touhám nebo přáním. Platí také, že i když tyto potřeby jedince v partnerských vztazích omezují, na druhé straně jsou základem pro navazování intimních vztahů s druhými. Hellinger (2000, s. 21) říká: „Naše vztahy jsou úspěšné, když tyto potřeby dokážeme uspokojit a vzájemně vyvážit, a stávají se dysfunkčními a destruktivními, když toho nejsme schopni.“

Klíčovým pojmem při hledání řešení je „vyrovnání“. V systému jde vždy o dávání a braní, a s tím související „vinu“ a „nevinu“. Von Schlippe & Sweitzer (2006, s. 34) říkají: „Někdy se lidé pokoušejí vyhnout této dynamice, procházet životem „nevinně“ a tímto způsobem bránit své spoluúčasti na sociální výměně. Je to však iluze. Zdráhání, často ve spojení s depresí, se obvykle schovává za různá zdůvodnění: že to není to pravé, že je to málo a podobně.“ Nepřetržité dávání a braní, tedy neustálé vyrovnávání systému, je v souladu s poznáním, že procházet životem nevinný je nemožné a že k tomu, aby došlo k vyrovnání někdy neexistuje žádná jiná možnost než poděkování (von Schlippe, & Sweitzer, 2006). Důležitým aspektem není jen obsah dávání a přijímání, ale také jeho rozsah. Podle Hellingera málo dávání a přijímání žádný zisk nepřináší, hodně dávání a přijímání naopak obohacuje, neboť přináší pocit hojnosti a štěstí (Hellinger, 2000). Nelles (2007, s. 30) k principu dávání a braní v partnerském vztahu poznamenává, že „žena dává tím, že přijímá. Její dávání vzniká a existuje v bezvýhradném braní. Muž dostává tím, že dává. Jeho braní vzniká a existuje v bezvýhradném dávání.“ Rovnováhu mezi dáváním a přijímáním lze udržet pomocí vyjadřování vděčnosti. Podle Hellinger (2000, s. 31) je vyjadřování vděčnosti „uznáním nejen toho, co jeden druhému dáváme, ale také toho, čím jeden pro druhého jsme“.

3.4.6. Princip „kompenzace dobra a zla“

Obtížně uchopitelný je Hellingerův systém „kompenzace dobra a zla“. Mluví o tom, že pokud člověku někdo ublíží, má potřebu oplatit mu tuto újmu a nějakým způsobem mu také uškodit. Podaří-li se mu vykonat tuto pomstu, potom se rovnováha obnoví. Pokud někomu jednoduše člověk odpustí, zůstanu v nadřazené pozici a druhý proto, aby se rovnováha obnovila, nemůže udělat vůbec nic, pokud mu ovšem neublíží ještě víc. Pouze v případě, kdy požaduje po druhém odškodnění, může se vztah mezi nimi vrátit do normálního stavu. Musí tedy druhému také ublížit nebo požadovat po něm něco, co pro něj není vůbec snadné. Je však potřeba, aby způsobené zlo bylo o trochu menší než to, jaké způsobil. „V lásce tedy vracím dobra o něco víc a zla o něco méně“, říká Hellinger (2004, s. 43).

3.4.7. Princip „přerušený pohyb tam“

Všechny aspekty Hellingerova konceptu rodinných konstelací se pojí k základnímu principu systemického propletení, pomocí něhož snaží o vysvětlení příčin psychického nebo somatického onemocnění. Důležitým principem je v tomto případě „přerušený pohyb tam“. „Raný pohyb dítěte k matce, popř. k rodičům, je přirozený tělesný proces. Jestliže se v rané fázi vývoje tento proces vinou rozdělení nebo traumatu nezdaří, zablokuje dítě svou schopnost brát, přeruší se pohyb tam. Terapeutická práce se pak zaměří na opětovné umožnění pohybu a na jeho nasměrování k cíli: prožívat lásku a pocity vděku“, tvrdí von Schlippe & Sweitzer (2006, s. 34).

Hellinger říká: „Když má někdo na rodiče zlost, tak se ptám, kdy došlo k prvnímu přerušení pohybu. Jakmile to objevím, pomůžu dítěti v pacientovi najít způsob, jak dosáhnout tehdejšího otce či matku. Díky tomu boj pomine a všem, i rodičům, se uleví. Rodiče se mohou znovu obrátit na dítě a dítě se k nim může znovu přiklonit“ (Hellinger, & ten Hövel, 2004, s. 79).

3.4.8. Princip „hledání síly“

Zásadní v Hellingerově pojetí je strategie hledání toho, co může člověka vyvést z bezmoci a z pozice oběti. Výzva, aby se člověk obrátil vůči rodičům s pokorou, bývá sice velmi kritizována, ale v podstatě sleduje cíl dosažení autonomie a získání silné pozice v životě. Platí, že to, co člověk permanentně odmítá, ho neustále nutí k tomu, aby to měl ve

svém zorném poli. Naopak to, na co se člověk dívá laskavě a v přátelské atmosféře, může upustit ze svého zřetele. Člověk dostává díky metodě rodinných konstelací možnost opustit pozici oběti a zůstat v určitém slova smyslu dobrý, ať už si pod tímto pojmem představuje cokoliv (von Schlippe, & Sweitzer, 2006). Svou pozornost by měl člověk zaměřit na to, co mu dává sílu, a opouštět vše, co ho nějakým způsobem oslabuje.

3.4.9. Princip „chápání pravdy“

Nejostřejší střety a názorové rozdíly vyvolává Hellingerovo „chápání pravdy“. Hellinger nepopisuje pravdu jako subjektivní konstrukci pozorovatele, nevychází ani ze zdánlivé alternativy objektivistického chápání pravdy. Podle něj je pravda něco, co vychází z „vnitřního vidění“ a je platné pouze pro daný okamžik (von Schlippe, & Sweitzer, 2006).

Většina systémů podle Hellingera ukazuje, že ten, kdo byl v rodině považován za špatného, může být naopak vnímán jako dobrý, protože je motivován hlubokou láskou. Na druhou stranu ti, kteří se vždy považovali za dobré, mohou zjistit, že to jsou právě oni, kdo v rodině nastartovali to špatné. „Nevinný se najednou musí konfrontovat s následky svého nadřazeného postoje, zatímco „vinný“ může říct, že reagoval s dobrým úmyslem“, říká Hellinger (2004, s. 58). Tento vjem je potřeba klientovi přiznat i v případě, že jej lze chápat jako konfrontační.

Hellingerovi je často vytýkán jeho, pro někoho drastický, způsob práce. Ze systemického pohledu práce je Hellinger vnímán jako velmi kontroverzní osoba, protože své výpovědi nepopisuje jako svůj pohled nebo názor na svět, ale staví je do absolutní podoby. To je patrné v případech, kdy je jeho práce písemně nebo audiovizuálně zaznamenána a tím pádem vytržena z kontextu probíhající terapie (von Schlippe, & Sweitzer, 2006). Kritickým bodem Hellingerova konceptu rodinných konstelací je skutečnost, že tento terapeutický model podporuje zaměření na více či méně charismatickou osobu, jež stojí v popředí konstelace, a nabádá k tomu, „aby se komplexita psychosociální skutečnosti redukovala na (jeden) určitý způsob“ (von Schlippe, & Sweitzer, 2006, s. 36). Kubešová (2008, s. 39) vyjmenovává důvody, proč nejsou rodinné konstelace psychology všeobecně přijímány. Těmi důvody jsou „neprůkaznost vlivů z historie předků na klientovu osobní historii; jednodenní prožitkové semináře bez kontextu psychoterapeutického rámce mohou lidem více uškodit než pomoci; nedostatečné ošetření případných emočních projevů a reakcí; dogmatický přístup některých

lektorů rodinných konstelací“.

V průběhu několika let se rodinné konstelace rozšířily po celém světě. Došlo ke „změně jejich vnější podoby a náhledu na síly, které v nich působí, a prohloubily se a změnily v pohyby duše“, říká Nelles (2004, s. 13). U metody rodinných konstelací, tak jak jej v současné době praktikuje Hellinger a jeho následovníci, nehrají rodinné konstelace primární roli. Z počátku byly důležité, aby na světlo vynesly „řád“, dnes jsou právě jeho prostřednictvím v pozadí. Rodinné konstelace jsou sice stále základem práce, ale je čím dál zřejmější, že nepředstavují žádné vzorce, ve kterých by bylo možné nalézt správné řešení, ale že se jedná o plynulý proces, jenž je opakovaně konfrontován s realitou a podle toho se také mění. „Jednotlivec, který chce přijmout a integrovat do svého života pochopení rodinných konstelací, se nevyhne tomu, aby se svěřil tomuto proudu a převzal za sebe odpovědnost“, dodává Nelles (2004, s. 14).

V posledních letech roste obliba konstelací podnikových a organizačních, finančních či experimentálních. Tématem podnikových a organizačních konstelací bývá řešení konfliktů na pracovišti, problematické vztahy se zákazníky, personální změny, vztahy s konkurencí, problémy s definováním cíle společnosti, ale i mobbing nebo otázky profesního růstu apod. Finanční konstelace se věnují tématům jako potíže s financemi, hledání finančních zdrojů nebo zakořeněná peněžní přesvědčení. Zvláštní skupinu představují konstelace experimentální, do kterých patří konstelace zdravotních problémů, konstelace v uměleckém prostředí, ve vědecké oblasti apod. S konstelacemi se pracuje také „v mediaci (tj. v řešení sporů mimo soud), v partnerských a manželských poradnách, při prověřování scénářů a jiných fiktivních příběhů na věrohodnost a vnitřní logiku a v mnoha dalších odvětvích a činnostech,“ dodává Bílý (2007, s. 36).

4. Teoreticko – kritická analýza

Základní myšlenky rodinných konstelací lze nalézt v monografiích Berta Hellingera. Jeho publikační činnost je rozsáhlá především v anglosaských zemích, na českém trhu se objevily *Skrytá symetrie lásky* (1997), *Rodinné konstelace – objevná síla* (2000), *Rodinné konstelace – imperativy lásky* (2007). Základní teze a principy rodinných konstelací shrnují také *Rodinné konstelace* (2004) Wilfrieda Nellesa. Pohled na partnerské vztahy a možnosti jejich kvalitnějšího fungování přináší *Partnerská terapie Berta Hellingera* (2005) a Nellesova monografie *Amorův šíp: láska, touha a růst v partnerském vztahu* (2007). Rodinným konstelacím s dětmi se věnuje Franke – Gricksch v knize *Patříš k nám: rodinné konstelace s dětmi* (2006). Daan van Kampenhout se v *Obrazech duše* (2007) zabývá duchovními a energetickými aspekty rodinných konstelací, přičemž se opírá o své poznatky a znalosti šamanismu. Ve své práci se soustředí na pochopení pohybů duší v procesu zastupování v konstelacích. Organizačním, podnikovým a experimentálním konstelacím se věnuje Jan Bílý v monografii *Úžasná síla celku* (2007).

V knize *Trauma a rodinné konstelace* (2008) Franz Ruppert mluví o tom, že myšlenka rodinných konstelací o znovunalezení svého místa v systému rodiny a nastolení rovnováhy je sice myšlenkou dobrou, ale při léčbě duševně nemocných lidí moc nepomáhá. Skutečných problémů se dotýká jen okrajově a v některých případech může od reálných problémů odvádět. V případech traumat a traumat z narušeného systému je rodinný systém spíše příčinou klientových traumatizací, než jejich zdrojem.

Vědeckých studií, které by se týkaly rodinných konstelací, není v současné době mnoho. Studie, které se v Německu zabývaly fenoménem rodinných konstelací, potvrzují účinek této metody. Franke (1996) se zabývala systemickým zapletením a přerušenému pohybu tam u úzkostných klientů. Höppner (2001) a Schlötter (2005) zkoumali léčivý efekt rodinných konstelací. Mraz (2006) potvrzuje účinnost rodinných konstelací na více než 850 konstelacích. Panzinger (2004) se ve své studii zabýval konstelacemi pracovních vztahů ve stacionářích pro děti a mládež, Schwer (2004) věnoval pozornost systemickým konstelacím při práci s hyperaktivními dětmi. Podrobnější informace k těmto výzkumným pracím se mi nepodařilo nalézt.

Ruppert (2008) v roce 2005 provedl výzkumnou studii, která se věnovala třem tématickým okruhům, v čem konstelace specificky působí, zda mohou zástupci spolehlivě

zrcadlit, co se děje v duševní struktuře klienta a zda se skutečně staly události, které v konstelaci vyšly najevo, a jak s tím klienti zacházejí. Cílem jeho výzkumu bylo nalézt odpovědi na témata, která se při dlouhodobém praktikování metody rodinných konstelací objevují. Výzkumný soubor tvořilo 71 klientů, kteří rodinné konstelace na jeho seminářích několikrát stavěli, nebo byli opakovaně v roli zástupce. Ve výsledcích svého výzkumu dospívá k názoru, že rodinné konstelace „mají jako metoda psychoterapie pro mnoho lidí velikou hodnotu. V mnohém ohledu jsou vhodné pro uchopení duševních konfliktů a pro osvětlení temného pozadí širších souvislostí. Jdou nad příčiny, které je možné stanovit v individuálních terapiích a cílených psychoterapeutických intervencích“ (Ruppert, 2008, s. 229).

V České republice se výzkumu rodinných konstelací věnovali Malíková (2006) a Martof (2006) ve svých diplomových pracích. Malíková se ve své práci Rodinné konstelace Berta Hellingera jako terapeutická a poradenská metoda pokusila zjistit, jaký je postoj účastníků rodinných konstelací, jaké zkušenosti s nimi mají ti, kteří se pravidelně rodinných konstelací účastní, a to v seminářích, nebo výcvikových kurzech. Výsledky jejího výzkumu přinášejí informace o hodnocení účastníků seminářů a výcviků rodinných konstelací, jejich názoru a postoji k této metodě, přičemž výsledky její práce vycházejí kladně ve prospěch rodinných konstelací. Martof se ve své diplomové práci na téma Zkušenost s vědomým prožíváním v procesu sebepoznání zaměřil na konkrétní zkušenosti účastníků psychoterapeutických výcviků věnovaných vědomému prožívání.

5. Metodologický rámec výzkumu

5.1. Výzkumný problém

Rodinné konstelace jsou postaveny na odhalování skrytých dynamik a souvislostí v rodinném systému. Primárním cílem této metody je odkrýt tyto dynamiky a pomoci zlepšit duševní pohodu jedince a jeho rodiny. Zlepšení zdravotního stavu člověka je vnímáno jako doprovodná záležitost účinku rodinných konstelací. V denním stacionáři Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové je metoda rodinných konstelací používána jako hlavní léčebná metoda při skupinové terapeutické práci, především s klienty z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10. Rodinné konstelace jsou zde pojímány jako možný prostředek k odhalení příčin psychických problémů klientů, zlepšení jejich životní spokojenosti a zdravotního stavu. Zajímalo mě, jak klienti denního stacionáře rodinné konstelace subjektivně vnímají a hodnotí, zda je tato metoda v léčbě klientů nějakým způsobem přínosná, zda lze u této metody zaznamenat určitý terapeutický účinek.

5.2. Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací klienty denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Zajímá mě, jakým způsobem klienti rodinné konstelace hodnotí, co jim tato metoda přináší, zda ji klienti subjektivně vnímají jako přínosnou. Pokusím se zjistit, v čem klienti spatřují přínos rodinných konstelací, jaké konkrétní změny ve svém životě díky této metodě zaznamenali.

Současně mě bude zajímat, zda byl u klientů po třech měsících od ukončení léčby v denním stacionáři zaznamenán signifikantní rozdíl v životní spokojenosti, depresivní a úzkostné symptomatologii a psychopatologických symptomech. Domnívám se, že předpokládaný terapeutický účinek rodinných konstelací může odrážet změny ve statistických datech.

5.3. Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jste měli informace o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře?

Výzkumná otázka č. 2: Jakého tématu se konstelace týkaly?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké pocity jste vnímali při konstelacích?

Výzkumná otázka č. 4: Jakou změnu jste zaznamenali po skončení konstelací?

Výzkumná otázka č. 5: Jak s odstupem času konstelace hodnotíte?

Hypotéza č. 1: V životní spokojenosti klientů v průběhu léčby v denní stacionáři a tři měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl.

Hypotéza č. 2: Mezi depresivní a úzkostnou symptomatologií klientů v průběhu léčby v denní stacionáři a tři měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl.

Hypotéza č. 3: V závažnosti psychopatologických symptomů zjištěných v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl.

5.4. Kvalitativně – kvantitativní výzkum

Hendl (2005, s. 60) takový typ výzkumu nazývá smíšený a charakterizuje jej jako „obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie“. Kvalitativní výzkum považuje za „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2005, s. 50). Kvantitativní výzkum „využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování“. Pomocí měření jsou zjišťovány konstruované koncepty, získaná data jsou později analyzována statistickými metodami a cílem je „explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost (...) představ o vztahu sledovaných proměnných“ (Hendl, 2005, s. 46). Typickými cíli kvalitativního výzkumu jsou popis případů a explorační, u kvantitativního výzkumu jsou tyto cíle statistický popis a předvídání nebo ověřování hypotéz (Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkum je podle Ferjenčík (2000, s. 245) holisticky orientovaný, protože „člověk, skupina, jejich produkty či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a všech možných rozměrech“. Kvantitativní výzkum popisuje jako reduktivní zkoumání, kdy je nemožné zachytit zkoumaný jev ve všech jeho možných podobách. Proto jsou studovány jenom některé z nich.

Miovský (2006, s. 17) říká, že kvalitativní přístup ve vědách o člověku „je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovaných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“. Oba přístupy, jak kvalitativní, tak kvantitativní, Richardsona et al. (1996, in Miovský, 2006, s. 19) popisuje jako kooperující „využívající různé metody a různě uvažující o možnostech psychologického výzkumu vnitřní a vnější reality člověka“.

Kvalitativní výzkum jsem zvolila, protože mým záměrem bylo porozumět výzkumné problematice, a to subjektivnímu vnímání a hodnocení rodinných konstelací klienty denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Pomocí kvantitativního výzkumu jsem se pokusila statisticky ověřit pravdivost své představy o změně životní spokojenosti klientů, jejich depresivní a úzkostné symptomatologie a psychopatologických symptomů v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení.

5.5. Metody získávání dat

K tvorbě kvalitativních dat jsem použila polostrukturované interview, k získání kvantitativní dat dotazníky (vstupní dotazník, dotazník životní spokojenosti (DŽS)) a sebesposuzovací škály (Beckovu subjektivní stupnici deprese (BDI), Beckův anxiózní inventář (BAI), škálu generalizované úzkosti (GAD-7) a Self – Report Symptom Inventory (SCL-90)).

Polostrukturované interview jsem zvolila s ohledem na cíl svého výzkumného šetření a povahu výzkumného souboru. Miovský (2006, s. 161) považuje tuto metodu za výhodnou pro práci s cílovými skupinami, které nevykazují příliš extrémní anomálie ve svém chování, avšak současně s nimi není vždy lehké komunikovat. Hendl (2005, s. 164) popisuje polostrukturované interview jako metodu, která je charakterizována „definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací“.

5.5.1. Polostrukturované interview

Polostrukturované interview jsem s klienty denního stacionáře prováděla po ukončení jejich šestitýdenní léčby v denním stacionáři, většinou v pátek, kdy probíhalo hodnocení týdne. Vytvořila jsem si okruhy otázek, na které jsem se respondentů ptala. Tyto okruhy se týkaly témat: představa o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře, témata konstelací, pocity při stavění konstelací, změna po skončení konstelací. Jednotlivé okruhy

jsem se snažila zaměřovat podle toho, jakým směrem se náš rozhovor vyvíjel a kterému tématu se účastník v danou chvíli věnoval. Pokud jsem si nebyla jistá, co účastník svou odpovědí myslí, nebo mi nebyla dána relevantní odpověď, snažila jsem se účastníkovi položit doplňující otázku. Polostrukturované interview jsem prováděla v denním stacionáři, převážně v sesterně, kde mi bylo personálem denního stacionáře umožněno, abych rozhovor s účastníkem v klidu provedla. Délka rozhovoru se pohybovala mezi 15 – 30 minutami v závislosti na sdílnosti a komunikačních dovednostech klientů.

Po třech měsících od konce léčby v denním stacionáři jsem účastníky telefonicky kontaktovala a domluvili jsme se na druhém interview, které probíhalo v prostorách kavárny. Okruhy otázek, které jsem vytvořila pro druhé polostrukturované interview se týkaly hodnocení konstelací po tříměsíčním časovém odstupu, změny v životě klientů, sdílení zážitků z konstelací s někým jiným a možnosti pokračovat v rodinných konstelacích. Délka rozhovoru se v tomto případě pohybovala mezi 10 – 20 minutami.

Pomocí polostrukturovaného interview jsem se snažila nalézt odpovědi na vytyčené výzkumné otázky. Předpokládala jsem, že tato metoda mi poskytne dostatečné informace o tom, jakým způsobem klienti denního stacionáře rodinné konstelace vnímají, jaké změny po konstelacích pocítují. To jsem se snažila zjistit především při prvním interview. Smysl druhého interview jsem spatřovala v možnosti získat povědomí o tom, zda se rodinné konstelace nějakým způsobem promítly do života klientů a jaký je jejich názor na tuto metodu po určitém časovém odstupu.

5.5.2. Dotazníky a sebesuzovací škály

Klienti denního stacionáře byli v průběhu léčby v denním stacionáři požádáni o vyplnění dvou dotazníků (vstupního dotazníku a dotazníku životní spokojenosti (DŽS)) a čtyř sebesuzovacích škál (Beckovy subjektivní stupnice deprese (BDI), Beckova anxiózního inventáře (BAI), škály generalizované úzkosti (GAD-7) a Self – Report Symptom Inventory (SCL-90)). Dotazník životní spokojenosti a sebesuzovací škály jsem klientům předložila i po třech měsících, když jsem s nimi prováděla druhé polostrukturované interview.

Dotazník jsou založeny na subjektivních výpovědích vyšetřovaných jedinců. Ti odpovídají na soubor otázek nebo oznamovacích vět souhlasem nebo nesouhlas (někdy odpovědí „nevím“). V některých případech mají probandi možnost vybrat některou

z alternativních odpovědí, kterou považují za relevantní. Podle Říčana a Krejčířové (2006, s. 454) jde v případě dotazníků „o metodu nepřímého posouzení, subjekt odpovídá na otázky týkající se emočních reakcí či projevů chování v určitých situacích, v nichž se může sledovaný osobnostní rys projevit“.

Vstupní dotazník byl tvořen otázkami týkající se demografických údajů klientů a otázkami mapujícími zkušenosti s rodinnými konstelacemi a motivaci klientů k léčbě. Mým záměrem bylo získat základní charakteristiky výzkumného souboru a zjistit, jaké povědomí o rodinných konstelacích klienti před nástupem do denního stacionáře mají.

Druhým dotazníkem, který byl klientům předložen, byl dotazník životní spokojenosti (DŽS) autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera. Ten slouží k relativně spolehlivému zachycení individuálního obrazu životní spokojenosti člověka a rozdělení této spokojenosti do deseti oblastí. „Životní spokojenost je přitom míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti“ (Psychodiagnostické sešity, 2003, s. 1). Dotazník životní spokojenosti lze použít k posouzení léčby chronicky nemocných klientů nebo k hodnocení účinnosti psychoterapie v jejím průběhu. Obsahuje deset škál, týkajících se různých oblastí života klienta, např. práce a povolání, zdraví, sexuality, volného času, manželství a partnerství nebo vztahu k vlastním dětem a vlastní osobě apod. Účastník zaznamenává své výpovědi na sedmibodové stupnici (v každé škále je sedm položek) od „velmi nespokojen(a)“ po „velmi spokojen(a)“. Pro získání celkové hodnoty DŽS – SUM se sčítají hodnoty ze sedmi škál, a to zdraví (ZDR), finanční situace (FIN), volný čas (VLC), vlastní osoba (VLO), sexualita (SEX), přátelé, známí a příbuzní (PZP) a bydlení (BYD). U škál práce a zaměstnání (PAZ), manželství a partnerství (MAN) a vztah k vlastním dětem (DET) data často chybí, proto je nelze zahrnout do celkové hodnoty (Rodná, & Rodný, 2001). Sečtením hodnot v jednotlivých škálách jsem získala hrubé skóry, které jsem podle věkových norem převedla na staniny a ty graficky zaznamenala do vyhodnocovacího listu. Získala jsem tak individuální profil DŽS každého probanda. Celkovou hodnotu DŽS – SUM, tedy index tzv. celkové životní spokojenosti, jsem obdržela sečtením hrubých skóru ze sedmi uvedených škál. Tyto hodnoty jsem u jednotlivých klientů porovnávala v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení.

Klientům byly předloženy také sebesposuzovací škály, jejichž cílem bylo posouzení aktuální depresivní a úzkostné symptomatologie a závažnosti psychopatologických symptomů.

Říčan a Krejčířová (2006, s. 454) charakterizují posuzovací škály jako „metody, které neslouží jenom k získání určité odpovědi, ale umožňují posoudit sledovaný projev v rámci vymezeného kontinua, tj. hlediska jeho intenzity či četnosti“.

Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI), autora A.T. Becka a kol., slouží k měření intenzity deprese, může ovšem monitorovat i změny v průběhu času a být dobrým objektivním měřítkem pro posuzování účinnosti léčebných metod. Obsahuje 21 škál, u nichž proband označí jednu ze čtyř možných variant odpovědi, které jsou označeny hodnotou 0 – 3. Současná verze BDI je tvořena otázkami týkající se symptomů deprese, jako ztráta naděje, zájmu o ostatní, pocitů viny, a fyziologických symptomů jako únava, ztráta váhy nebo nedostatek zájmu o sex apod. Podle Svobody (2005) je tato metoda citlivá na změny psychického stavu v průběhu terapie. V denní stacionáři používají zkrácenou, 13-ti škálovou, verzi BDI. Výsledky BDI jsem získala v hrubých skórech, přičemž 0 – 9 neukazuje na příznaky deprese, 10 – 18 ukazuje mírnou – střední depresi, 19 – 29 střední – těžkou depresi a 30 – 63 těžkou depresi (Beck Depression Inventory, retrieved from http://www.en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory).

Beckův anxiózní inventář (BAI), autorů A.T. Becka a R.A. Steera, zjišťuje subjektivně vnímané úzkostné pocity probanda. Ten na škále označuje, jak často ho konkrétní příznak v posledním týdnu obtěžoval, přičemž tyto příznaky jsou uvedeny jako obecné symptomy úzkosti, např. obavy, pocity strachu, pocení apod. Inventář obsahuje 21 položek (příznaků), které proband označuje na čtyřbodové stupnici od „vůbec ne“ po „silně (velmi mě to obtěžovalo)“. Jednotlivé položky jsou hodnoceny 0 – 3, přičemž 0 – 7 označuje minimální úzkost, 8 – 15 nízký stupeň úzkosti, 16 – 25 střední stupeň úzkosti a 26 – 63 vážný stupeň úzkosti (Beck Anxiety Inventory, retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Anxiety_Inventory). Výsledky BAI jsem získala v hrubých skórech.

Škála generalizované úzkosti (GAD-7) je sedmibodová škála, která zjišťuje úzkostnou symptomatologii. Probandi na čtyřbodové stupnici od „vůbec ne“ po „téměř denně“ uvádějí, jak často je uvedené tělesné a psychické problémy v posledních dvou týdnech trápily, přičemž 0 – 5 ukazuje na minimální úzkost, 6 – 10 na nízkou, 11 – 15 na střední úzkost a více než 15 na vážné úzkostné symptomy. Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe (2006) považují GAD-7 za velmi validní měřicí nástroj, který je schopen odhalit pravděpodobné případy generalizované úzkostné poruchy. Výsledky jejich studie ukázaly, že u většiny klientů, kteří

skórují ve škále GAD-7 vysoko, se objevují chronické potíže. Uvádí, že GAD-7 silně koreluje s dimenzí anxiozita u škály SCL-90. Výsledky GAD-7 jsem po sečtení označených odpovědí získala v hrubých skórech. Všechny uvedené škály jsem získala od vedoucího lékaře denního stacionáře.

Self – Report Symptom Inventory (SCL-90), autora L.R. Derogatis, slouží „ke sledování psychopatologických symptomů ambulantních pacientů“ (Svoboda, 2005, s. 305). Devadesát otázek je rozděleno do devíti dimenzí: fobie, anxiozita, deprese, hostilita, hypersenzitivita, paranoidita, psychocismus, obsese – kompulze a somatizace. Probandi zaznamenávají své odpovědi na pětibodové škále od „vůbec ne“ po „velmi silně“ na základě toho, jaké příznaky se u nich v posledních dnech objevují. Bech et kol. & Derogatis (in Holí, 2003) uvádějí, že SCL-90 je velmi dobře konstruovanou škálou pro měření obecného mentálního zdraví a k zachycení změn v symptomech. Při vyhodnocování jsem na základě zodpovězených otázek sečetla body pro každou uvedenou dimenzi a vydělila ji sumou dané dimenze. Tím jsem získala ukazatel závažnosti pro jednotlivé dimenze. Obecný ukazatel závažnosti psychopatologických symptomů jsem získala součtem všech bodů u všech otázek a jejich dělením číslem 90, tedy počtem otázek.

Všechny jmenované škály byly klientům denního stacionáře předkládány v průběhu léčby a tři měsíce po jejím skončení. Mým záměrem bylo zjistit, zda u klientů došlo ke změně ve vnímání životní spokojenosti, depresivní a úzkostné symptomatologie a psychopatologických symptomů.

5.6. Metody zpracování dat

Miovský (2006, s. 195) označuje způsob „zacházení s kvalitativními daty, tj. dílčím úkonům a procedurám propojujícím fázi získávání dat a fázi analýzy dat,“ pojmem data management. Tato část výzkumu je podle něj charakteristická technickým zpracováním dat a jejich přípravou pro následnou analýzu. Data management lze chápat v širším a užším pojetí. Širší pojetí data managementu je nazíráno jako proces, který „probíhá cyklicky na principu hermeneutické spirály a je možné jej zobrazit jako interaktivní model složený ze tří komponent analýzy dat – zobrazení/zachycení dat, redukce dat, vyvození (ověření závěrů) – a komponenty získávání dat“ (Miovský, 2006, s. 196). Užší pojetí data managementu je vnímáno jako „technicko-administrativní operace“ s daty, ne jako proces, při kterém by

docházelo k rozvíjení analytické a interpretační práce. Oba tyto procesy přitom v praxi od sebe oddělit nelze, říká Miovský (2006).

Na proces fixace kvalitativních dat, který stojí na počátku užšího pojetí data managementu, navazují různé technické postupy a procedury, pomocí nichž jsou data upravována, aby mohla být následně analyzována a interpretována (Miovský, 2006).

5.6.1. Fixace dat

Kvalitativní data jsem fixovala v podobě audiozáznamu. Výpovědi účastníků jsem zaznamenala na diktafon, po skončení interview jsem zvukový záznam přepsala do písemné podoby. Při přepisu interview jsem se snažila zachytit projevy spojené s mluveným slovem, jako je délka pomlky nebo jiné zvukové projevy, mezi kterými se objevoval smích či důraz kladený na některé části výpovědi. Zaznamenané rozhovory jsem přepisovala po skončení rozhovoru, abych do transkripce mohla uvést co nejvíce dojmů a projevů, které jsem v průběhu interview zaznamenala. Poznámky jsem si během interview nedělala.

5.6.2. Zpracování dat

Převedení dat „netextové povahy do textové“ definuje Miovský (2006, s. 205) jako transkripci. Snažila jsem se převést audiozáznam do textové podoby a všechny odpovědi účastníků a zvukové doprovody interview zaznamenávat s ohledem na svůj výzkumný cíl a stanovené výzkumné otázky. Při transkripci jsem prováděla tzv. prvotní redukci dat, protože jsem se systematicky nepokoušela zachytit všechny neverbální projevy účastníků interview nebo atmosféru, ve které se interview odehrávalo. Transkripci interview jsem se pokusila několikrát zkontrolovat opakovanými poslechy.

Poslední fázi managementu popisuje Miovský (2006) jako systematizaci dat. Pokoušela jsem zpracovat a roztřídit data podle zvolených výzkumných metod, tedy doslovné transkripce audiozáznamu interview se všemi účastníky výzkumu, vyplněných dotazníků a sebesupozovacích škál. U záznamů interview jsem provedla redukci prvního řádu. Snažila jsem se o vynechání všech částí interview, například doprovodných zvukových projevů, které neměly žádnou informační hodnotu. Součástí zpracování dat bylo také editorování, kdy jsem se pokusila přepsaný záznam rozhovoru doplnit o poznámky, které se mi při třídění dat

vybavily, a barvení textu, kdy jsem v textu barevně označovala ty části, které se týkaly tématických okruhů, odpovídajících výzkumným otázkám.

Kvantitativní data, tedy data získaná vyhodnocením vstupního dotazníku, DŽS, BDI, BAI, GAD-7 a SCL-90, jsem získala v podobě hodnoty celkové životní spokojenosti (u DŽS), hrubých skórech (BDI, BAI a GAD-7) a obecného ukazatele závažnosti psychopatologických symptomů (u SCL-90). Z těchto dat jsem vytvořila databázový soubor, který jsem zakódovala pomocí programu Excel.

5.7. Metody analýzy dat

Při analýze kvalitativních dat jsem použila kódování dat, kdy jsem jednotlivým částem přepsaného záznamu interview přiřazovala klíčová slova, např. empatie, sebedůvěra apod., kterými jsem identifikovala a označovala ty části textu, jež se obsahově týkaly vytyčených výzkumných otázek. Snažila jsem se o hledání souvislostí ve zpracovaných datech a jejich propojování do větších celků.

Zvolila jsem metodu vytváření trsů, kdy jsem výroky účastníků interview seskupovala do skupin na základě vzájemného tématického překryvu, podobnosti, mezi identifikovatelnými jednotkami (Miovský, 2006). Vyhledávala jsem ve výroci osob ty pasáže, které se týkaly představ o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře, témat, jež se při stavění konstelací objevovala, pocitům účastníků v průběhu konstelací, změnám po skončení konstelací a hodnocení konstelací po určitém časovém odstupu. Použitím metody vytváření trsů jsem získala různé kategorie a subkategorie, které se týkaly různých aspektů hodnocení rodinných konstelací klienty denního stacionáře. Pokoušela jsem se také o psaní komentářů, abych existující data rozšířila a zařadila do určitého kontextu, a interpretaci dat.

Kvantitativní data jsem se rozhodla, s ohledem na velikost výzkumného souboru a cíl výzkumu, analyzovat použitím Wilcoxonova pořadového testu pro párové hodnoty. Tento neparametrický test slouží „k ověření hypotézy o tom, zda je signifikantní rozdíl mezi opakovaným měřením na stejných subjektech“, přičemž předpokladem je, že lze stanovit pořadí pro všechna měření. Nulová hypotéza říká, že „obě vyšetřované skupiny jsou ekvivalentní, tj. že součty kladných a záporných pořadí jsou v absolutní hodnotě přibližně stejné“ (Reiterová, 2003, s. 78). Na základě této testové metody jsem se pokusila porovnat

hodnoty celkové životní spokojenosti (u DŽS), hrubé skóry (u BDI, BAI, GAD-7) a obecné ukazatele závažnosti (psychopatologických symptomů) (u SCL-90) v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení, a ověřit stanovené hypotézy.

5.8. Etická pravidla

Výzkum jsem prováděla s klienty denního stacionáře, od kterých jsem k účasti na výzkumu obdržela informovaný souhlas. Klienti od počátku výzkumného šetření věděli o tématu výzkumu a zvolených výzkumných metodách. Účast na výzkumu byla dobrovolná, každý účastník měl právo z výzkumu kdykoliv odstoupit. Klienti byli obeznámeni, že v případě pocíťování jakéhokoliv diskomfortu při dotazování na citlivá témata se mohou obrátit na terapeuta denního stacionáře a ten ji poskytne adekvátní odbornou péči. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Získaná osobní data a výpovědi byly označeny kódem a klienti pod tímto kódem v celém výzkumném šetření vystupovali. Klienti byli informováni, že přístup k získaným datům budou mít studenti a pracovníci katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a vedoucí pracovníci psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Účast klientů ve výzkumu nebyla honorována.

5.9. Výzkumný soubor

S ohledem na cíl výzkumu jsem zvolila záměrný výběr přes instituce, který Miovský (2006) charakterizuje jako metodu, jež využívá „určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu“, kterou byli klienti denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Tuto metodu záměrného výběru jsem zvolila s ohledem na skutečnost, že výběrovými kritérii byla šesti týdenní docházka do denního stacionáře, diagnóza z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10 a účast alespoň na jedné konstelaci. Účastníky jsem do výzkumného souboru získávala na základě uděleného informovaného souhlasu od září roku 2008 do prosince 2008. Během této doby jsem denní stacionář pravidelně navštěvovala a účastnila se pátečních komunit, které byly zaměřeny na hodnocení týdne. Několikrát jsem měla možnost zúčastnit se i skupinových terapií, při kterých klienti stavěli rodinné konstelace. V průběhu zmíněných měsíců se mi podařilo získat 14 účastníků, jejichž diagnóza spadala do diagnostického okruhu F4 podle MKN-10 a kteří byli

ochotni podílet se na výzkumném šetření. Ve výzkumném souboru se podle MKN-10 objevili klienti s diagnózou (v závorce je uveden počet klientů) F40.1 Sociální fobie (1), F41.0 Panická porucha (1), F41.2 Smíšená úzkostně a depresivní porucha (2), F42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy (1), F43.1 Posttraumatická stresová porucha (2), F43.2 Poruchy přizpůsobení (3), F45.0 Somatizační porucha (1) a F45.4 Perzistentní somatoformní bolestivá porucha (3).

Celkově se výzkumné studie zúčastnilo 12 žen a 2 muži. Věkové rozpětí účastníků bylo 22 – 59 let, nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 50 – 56 let (4). Nejvíce účastníků (9) mělo dokončené středoškolské vzdělání bez maturity, čtyři z nich středoškolské vzdělání s maturitou, jeden absolvoval vysokou školu. Šest účastníků uvedlo, že žije v manželském svazku, dva účastníci byli svobodní, dva žili s partnerem nebo partnerkou, tři byli rozvedení a jeden ovdovělý. Stejný počet účastníků (4) se objevil v kategorii zaměstnaný a v plném invalidním důchodu, jeden respondent studoval, jeden byl nezaměstnaný, jeden na rodičovské dovolené a tři pobírali částečný invalidní důchod. Deset účastníků výzkumu pocházelo z Královéhradeckého kraje, osm z nich přímo z Hradce Králové, čtyři z Pardubického kraje. Klienti a jejich výpovědi jsou v textu uvedeny pod speciálním kódem (např. DS/02/M znamená denní stacionář/pořadové číslo účastníka ve výzkum/pohlaví).

6. Výsledky kvalitativního výzkumu

6.1. Denní stacionář

Denní stacionář Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové patří mezi „zařízení docházkového typu, jež poskytují terapii a další pomoc různým skupinám pacientů“ (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002, s. 627). Do roku 2006 byl denní stacionář součástí psychiatricko-psychoterapeutického oddělení a s kapacitou 2 – 4 klienti nabízel možnost léčby na oddělení bez nutné hospitalizace. Od roku 2007 je denní stacionář samostatnou jednotkou psychiatrické kliniky, společně s akutním příjmovým oddělením, oddělením pro organické a psychotické poruchy a oddělením pro afektivní a neurotické poruchy. Do denního stacionáře jsou přijímáni klienti z jiných oddělení na doléčení nebo na žádost ambulantního psychiatra.

Kapacita denního stacionáře je 8 – 10 klientů, ti společně vytvářejí terapeutickou skupinu. Denní stacionář je otevřen pět dní v týdnu, vždy od 8:00 do 15:00, o víkendech a svátcích je denní stacionář uzavřen.

Vedoucím denního stacionáře je lékař, který společně se specializovanou sestrou tvoří pracovní tým. Ten je podporován arteterapeutkou, ergoterapeutkou a rehabilitační sestrou, které patří do týmu jiných oddělení psychiatrické kliniky. Klienti denního stacionáře mohou využívat i služeb sociální pracovnice nebo navštívit psychologickou ambulanci. Předepisování léků a diagnosticko-somatická opatření jsou prováděna vedoucím denního stacionáře, který spolupracuje s ambulantními lékaři.

Cílem denního stacionáře je nabídnout intenzivní skupinovou psychoterapeutickou léčbu pro ty klienty, kteří hodnotí klasickou ambulantní léčbu jako nedostačující. Přijímáni jsou klienti s neurotickými poruchami (úzkosti, fobie, především sociální fobie, chronické depresivní a neurastenické syndromy), obsedantně-kompulzivními poruchami, dissociativními a konverzními poruchami, posttraumatickými stresovými poruchami a jinými poruchami souvisejícími s disharmonickým vývojem osobnosti. Objevují se také depresivní poruchy nebo poruchy osobnosti. Klientům s poruchami přizpůsobení je nabízena možnost krizové intervence.

Do denního stacionáře nejsou přijímáni klienti s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, drogách nebo patologičtí hráči. Služby denního stacionáře nejsou vhodné pro klienty s dissociální, antisociální nebo schizotypní poruchou, dále pro klienty se sexuálními poruchami nebo poruchami sexuální identity, mentální retardací nebo poruchou s bludy.

Výhody léčby v denním stacionáři jsou shrnuty v následujících bodech: pravidelný denní režim s možností kontaktu s původním sociálním prostředím, uplatnění nabytých zkušeností ve vlastním životě klienta, spolupráce s ambulantním sektorem města Hradce Králové a jeho okolí, možnost brzkého překlady klienta z lůžkového oddělení s přechodem do ambulantního sektoru, alternativa lůžkové psychiatrické péče, zkrácení nebo nahrazení hospitalizace bez výrazné ztráty efektivity komplexní psychiatricko-psychoterapeutické léčby.

Denní stacionář nabízí komunitní program s využitím individuální a skupinové psychoterapie a nácvik sociálních, komunikačních a autoregulačních dovedností. V rámci skupinové psychoterapie pracuje tým denní stacionáře, tedy vedoucí lékař a sestra, převážně s metodou rodinných konstelací. Rodinné konstelace staví klienti dvakrát týdně, vždy v pondělí a ve čtvrtek, přičemž během jedné skupinové psychoterapie se s ohledem na hloubku tématu staví jedna až dvě konstelace. Tato forma skupinové práce se v denním stacionáři ukazuje jako dobře přijatelná a efektivní především pro klienty zuvedeného indikačního spektra. Rodinné konstelace umožňují rychlé prohloubení procesu léčby i při krátkodobé terapii v otevřené skupině. Délka pobytu v denním stacionáři je 6 – 8 týdnů, pro klienty existuje možnost prodloužení pobytu na maximálně tři měsíce. Součástí terapeutického procesu je také pravidelné týdenní hodnocení pokroků v léčbě a celkové zhodnocení dosažených cílů. Jednou týdně probíhá týmová konference o jednotlivých klientech, která je otevřená pro ambulantní lékaře, psychoterapeuty a sociální pracovníky.

Denní stacionář je vnímán jako intenzivní trénink specifických dovedností v rámci dlouhodobého terapeutického procesu. Podrobný rozvrh dne v denní stacionáři uvádím v příloze. (Uvedené informace jsem získala z interního materiálu denního stacionáře, poskytnutého vedoucím lékařem MUDr. Petrem Mílkem).

6.2. Diagnostický okruh F4 podle MKN-10

Diagnostický okruh F4 podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnuje neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. U této skupiny psychických poruch je podle Kosové & Praška (in Höschl, Libiger, & Švestka, 2002, s. 482) „úzkost a její somatické koreláty dominantním fenoménem“. Diagnostická kritéria MKN-10 se u jednotlivých onemocnění liší. Obecně je při diagnostikování poruch z okruhu F4 přihlíženo k situacím, ve kterých se příznaky nemoci objevují, k tělesným příznakům, které se

v zátěžových situacích projevují, jako je obtížné dýchání, pocení, třes, pocity na omdlení apod., nebo k přítomnosti některého znaku, který je pro onemocnění charakteristický, např. výrazný strach, zřetelné vyhýbání se různým věcem a situacím atd. Podrobná diagnostická kritéria pro určení jednotlivých psychických poruch z okruhu F4 jsou uvedena v MKN-10.

6.3. Představa o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře

Před nástupem do denního stacionáře se klienti pokoušeli řešit svoje psychické a zdravotní problémy různými způsoby, individuální psychoterapií prováděnou psychiatrem (11) nebo psychologem (5), hospitalizací v jiném léčebném zařízení (4), pravidelnou návštěvou praktického lékaře (1), psychoanalýzou (1), kognitivně-behaviorální terapií (1), autogenním tréninkem (1) vyhledáním pomoci sociální pracovnice (1) použitím reiki (1) četbou odborných knih (1). Jejich zdravotní a psychický stav se většinou zhoršil po nějaké životní události a strategie, pomocí nichž své problémy do té doby zvládaly, přestaly fungovat.

„No, já jsem nejdřív, nejdřív jsem se snažila (řešit svůj problém, pozn.) bez těch tablet, takže jsem nejdřív chodila za psychologem, pak to bylo stejně, bylo to čím dál horší, takže léky... To najelo strašně rychle, jako kdyby nic nezabíralo, nefungovalo, prostě bylo to horší a horší, takže jsem se dostala sem.“ (DS/01/Ž)

K nástupu do denního stacionáře přiměla některé klienty nespokojenost se současnou ambulantní nebo předcházející léčbou.

„Já jsem chodila k ambulantnímu psychiatrovi, jinak jako nic. Jinak jsem to nijak neřešila. ... No, rozhovor. To bylo takový trochu o ničem, no.“ (DS/06/Ž)

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že nejčastěji byli klienti do denního stacionáře doporučení ambulantním psychiatrem (7). Někteří klienti si o denní stacionář zažádali sami (4), což bylo dáno především pozitivní zkušeností z předchozí léčby v tomto zařízení. Klientům byl denní stacionář doporučen také psychologem (2) a rodinným příslušníkem (1). Šest klientů nastupovalo do denního stacionáře poprvé, pět podruhé a tři potřetí.

Ti, kteří do denní stacionáře nenastupovali poprvé, uváděli jako důvod opakované léčby v denním stacionáři spokojenost a dobrou zkušenost s předchozí léčbou v tomto zařízení. Někteří klienti (7) svoje problémy úspěšně řešili pomocí individuálních psychoterapeutických metod, ale v jejich životě se objevil problém, který potřebovali řešit jiným způsobem, prostřednictvím jiné psychoterapeutické metody, a jejich pozitivní zkušenost s léčbou v denní stacionáři je přivedla zpět.

„...já jsem tam (v individuální psychoterapii, pozn.) byl původně s trošku ještě jiným problémem zase, kterež se tím pádem jako částečně vyřešil a zmírnil. Ale pak se objevil nějaký další zase, se kterým jsem si nevěděl rady, tak jsem zase přišel sem...“ (DS/02M).

Šest respondentů, kteří navštěvovali denní stacionář poprvé, zkušenost s rodinnými konstelacemi nemělo. Stejný počet respondentů, kteří do denního stacionáře nastupovali poněkolkáté, mělo zkušenost s rodinnými konstelacemi právě z tohoto zařízení.

„Předtím už jsem to viděl, akorát jsem se toho neúčastnil, vlastně jsem se na to koukal jako divák...při mý minulý terapii.“ (DS/02/M)

Dva respondenti uvedli, že se stavění rodinných konstelací zúčastnili v jiném terapeutickém zařízení, jmenovitě v Psychiatrické léčebně Bohnice a v Denním sanatoriu Horní Palata v Praze.

„...tak věděla jsem, ale poprvý mi to opravdu nic neříkalo. Jako nic jsem z toho nepochopila, jsem spíš pochopila jako osudy těch lidí, když o sobě mluvili, ale z těch konstelací jsem v podstatě nezískala pro sebe vůbec nic. Naopak jsem to protrpěla. ... Já jsem hlavně nebyla zvyklá někde kašpárkovat a jako ve chvíli, kdy se na mě všichni dívali, tak to prostě nešlo...takže já jsem z toho měla hroznou panickou hrůzu. Opravdu jsem všechny konstelace protrpěla.“ (DS/13/Ž)

I přes odlišné zkušenosti s rodinnými konstelacemi se představy klientů o rodinných konstelacích příliš nelišily. Jedenáct z nich se domnívalo, že jim tato metoda může pomoci

zlepšit zdravotní stav, tři klienti konkrétní představu o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře neměli.

Ti, kteří měli zkušenost s rodinnými konstelacemi z předešlé léčby v denním stacionáři, v dotazníkovém šetření uváděli (bylo možno uvést více odpovědí), že při stavění konstelací vnímali úzkost a strach (7), silné emoce (6), uvolnění (4), obavy (2), nejistotu (2) a zvědavost (1). Po skončení konstelací pocítovali vyčerpání (6), zmatek (3), smutek (3), pocit lásky (2), naděje (1), porozumění (1) a překvapení (1). Změna, kterou zaznamenali po skončení konstelací, byla v pochopení ostatních (5), porozumění sobě (5), ponaučení (5), zlepšení zdravotního stavu (2), změna v rodinných vztazích (2) a úleva od velké bolesti (1).

Za úspěch léčby v denní stacionáři by považovali porozumění sobě samým (11), zbavení nebo alespoň zmírnění úzkosti a strachu (10), zlepšení zdravotního stavu (9), změnu životního stylu (8) a změnu rodinné situace (5) a zvýšení sebevědomí (1).

6.4. Témata konstelací

Konstelace, které klienti denního stacionáře v průběhu léčby v denním stacionáři stavěli, se týkaly několika tématických okruhů. Název diplomové práce, tedy hodnocení rodinných konstelací, jsem zvolila s předpokladem, že v největší míře klienti denního stacionáře staví konstelace týkající se rodiny, rodinných vztahů, traumat a nevyřešených konfliktů v rodině.

Rodinná témata se v konstelacích klientů denního stacionáře objevovala nejčastěji, nebyla však tématy jedinými. Další témata se týkala pracovních vztahů, zdravotních problémů nebo vztahu k vlastní osobě.

V rodinných konstelacích se objevují komplikované vztahy klientů s oběma rodiči (2), jedním rodičem, v největší míře s otcem (5), dále s dětmi (5), partnery (7), sourozenci (1) a prarodiči (1). Mnozí z nich mají traumatické vzpomínky na své dětství a dospívání. Část klientů jednoho rodiče od svého útlého dětství nezná nebo s ním neudrhuje blízký kontakt. Klientům chybí rané vzpomínky na rodiče, nevzpomínají si na zážitky s nimi. Vyrůstali často sami s jedním rodičem nebo v rodinách s nevlastním matkou nebo otcem, kteří si do manželského svazku přivedli další děti. Do dnešní doby je téma rodiny a rodinných vztahů pro většinu z nich uzavřené. Velký podíl na tabuizaci životních událostí v raném dětství má

překvapivě sám rodič, který dítě vychovával. Řada klientů přiznává neochotu svých rodičů podělit se o zážitky nebo vzpomínky, které je pojí s druhým rodičem. A to i několik desítek let po odchodu jednoho z nich. Někteří klienti nemají možnost svoje neucelené obrazy o rodičích a vzpomínky na ně nějakým vhodným způsobem integrovat. Ukazuje se, že i po tolika letech se klienti bojí mluvit o přelomových událostech v rodině, a pokud tento ostych překonají, potom o původní rodině vyprávějí s velkým emočním vypětím. Během konstelací se mnoho skrytých rodinných problémů a traumat odhalí. Konstelace mohou klientovi pomoci doplnit chybějící obraz o jeho rodině. Často se jedná o vzpomínky, které klient vytěsnil do nevědomí, nebo situace, které se v rodině odehrály, ale klientovi zůstaly utajeny. A to rozhodnutím rodičů nebo skutečností, že se tyto situace staly v některé z předchozích generací. O vlivu rodičů na kvalitní vztah s dětmi říká Adlerová (2008, s. 23): „Jsou-li zralými osobnostmi, jejichž jednání je co nejvíce vědomé, dokáží svou vlastní rovnováhu přenášet i do vztahů k dětem a tím jim pomáhají vytvořit i co nejharmoničtější vzájemné vztahy. V opačném případě si sourozenci mohou někdy suplovat nefunkční, málo citlivé, nedostatečně pečující a málo sytící vztahy svých rodičů.“

Častým tématem konstelací bylo usmíření s otcem. Mohu usuzovat, zda důvodem je absence otce v rodině nebo poměr výzkumného souboru, ve kterém dominují ženy. Téma navázání vztahu s otcem se objevuje i u klientů, kteří s oběma rodiči vyrůstali. Konstelace je potom zaměřena na přijetí otce jako součásti klientova života a akceptování jeho životního osudu. Zajímavé je, že komplikovaný vztah s otcem se objevuje i v jiných konstelacích, kde primárně o rodinné vztahy nejde. Autorita otce může být synonymem pro vedoucího pracovníka, učitele, terapeuta apod.

„Nejdřív to bylo s tátou, protože ten mě umřel že jo, když jsem byla malinká úplně. Vlastně mý rodiny původní. Pak jsme tam řešili moji bejvalou rodinu, jako když jsem byla vdaná, že jo. Tam byl ten rozvod a teda co se odehrávalo kolem...“ (DS/12/Ž)

Vztahy s dětmi jsou dalším tématem, které se v konstelacích objevuje, ať již je to obnovení vztahu se synem a dcerou, nebo odpoutání se od nich. Klienti se často setkávají se dvěma odlišnými postoji svých dětí. Na jedné straně spektra stojí přehnaná péče poskytovaná dětmi, na druhé straně jejich odmítání. U některých klientů se objevují výčitky svědomí. Mají

pocit, že opakovanými léčbami a svým zaměřením na nemoc potřeby dětí přehlíželi. Na opačném pólu stojí ti, kteří by se od dětí chtěli odpoutat, ale zatím jim v tom sami děti brání. Někteří klienti se setkávají s nadměrnou péčí, někdy až kontrolou ze strany dětí, jiní si zase sami uvědomují svou závislost na dětech a chtěli by mít sílu se od nich odpoutat. Část klientů nechce, aby děti následovaly jejich osud. Objevilo se i téma rozloučení s nenarozeným dítětem. Mnohdy dochází k obraznému smíření s dětmi nebo k jejich odpoutání až během konstelací. Konstelace se tak někdy stávají prostorem, kde dochází nejen ke smíření, ale kde si klienti mohou vyzkoušet a nacvičit, jak adekvátně v konkrétních situacích reagovat. Nemalý vliv na zkvalitnění vztahu s dětmi má terapeut denního stacionáře, který nabízí rodinným příslušníkům možnost osobní konzultace.

„Vlastně první, co jsem pracovala já, bylo to rozloučení s miminkem a to bylo strašnej zvrat v té terapii...to mě strašně pomohlo...Ted' naposledy to byl tatínek...“ (DS/01/Ž)

V případě partnerských vztahů bylo opakujícím se tématem zlepšení vztahu s manželem (manželkou, partnerem, partnerkou). Někteří klienti se pomocí rodinných konstelací snažili najít řešení svého partnerského konfliktu, jiní vyrovnat se s životem bez partnera. Objevovala se témata jako budování partnerského vztahu, odvaha přistoupit na rozvod, akceptování porozvodové situace a smíření se s rozvodem, zlepšení vztahu s bývalým partnerem, vyrovnání se s úmrtím partnera nebo změna vztahu k zemřelému manželovi apod.

„Jako nejdřív jsem řešila, že jsem chtěla jako, pořád si jako dávám vinu(úmrtí manžela, pozn.), tak abych mu (manželovi, pozn.) odpustila, to jsem řešila tady už dvakrát jako, jo. Potom jako chronickou chorobu...že je příčinnou taky těch mejch potíží jsem si uvědomila jako hodně...no ta nemoc jakože se řešila.“ (DS/04/Ž)

Zajímavé je, že možnost řešit partnerské vztahy prostřednictvím rodinných konstelací měli i klienti, kteří v době léčby v denním stacionáři žádný partnerský vztah neměli. Jeden klient vypověděl, že prostřednictvím konstelace si vyzkoušel jak navazovat vztah s ženami a domnívá se, že tuto zkušenost využije v budoucím partnerském vztahu.

Klienti řešili i téma vztahu se sourozenci a prarodiči, i když toto téma se s konstelacích objevilo výjimečně. Jednalo se především o obnovení vztahu nebo smíření s nimi.

Dalším tématickým okruhem byly pracovní vztahy. Část klientů (3), kteří jsou v zaměstnaneckém poměru, se v konstelacích snažila nalézt řešení komplikovaného vztahu s kolegy nebo nadřízenými. Během konstelací měli možnost vyzkoušet si roli svého kolegy nebo nadřízeného, což jim podle svých slov umožnilo lépe se do situace spolupracovníků vcítit. Ostatní, kteří buď studují, nebo jsou dlouhodobě nemocní a pobírají částečný nebo plný invalidní důchod (3), si v konstelacích vyzkoušeli situace, které jim v běžném životě připadají stresové. Objevovala se témata jako podání žádosti o invalidní důchod nebo konzultace s vysokoškolským profesorem.

V oblasti zdravotních problémů, které jsou doprovodným jevem onemocnění většiny klientů (10), se konstelace týkaly témat jako vyrovnání se svým onemocněním, akceptace somatických problémů apod. Zdravotní problémy tvoří podstatnou část života klientů denního stacionáře. Přijetí onemocnění a vyrovnání se skutečností, že léčba není krátkodobým procesem, ale u některých klientů celoživotním bojem, je základním předpokladem úspěšné terapie a celkového zlepšení zdravotního stavu klienta.

Ve vztahu k vlastní osobě byly tématy konstelací sebepřijetí (4) a sebedůvěra (2). Sebepríjetí, které je charakterizováno jako „vnímání sebe sama“ částečně souvisí s předchozím tématem, protože primárním požadavkem zlepšení zdravotního stavu u chronicky nemocných klientů je přijímání sebe sama společně s nemocí (Hartl, & Hartlová, 2000, s. 524). Otázka sebedůvěry se v konstelacích často spojovala s požadavky jako získat odvahu, věřit si, být přesvědčen o správnosti svého jednání apod. Dlouhodobá a opakovaná léčba klientů se v jejich odpovědích odráží ve ztrátě víry ve své schopnosti a možnosti, pocitu beznaděje, sklíčenosti nebo ztrátě naděje.

Ukázalo se, že rodinné konstelace ne vždy slouží jako návod k řešení nějakého problému, nebo jako ukázka postavení členů v rodině a jejich vzájemných vztahů, ale že mnohdy lze rodinné konstelace použít i jako nácvik sociálních dovedností. Klienti kladně hodnotili možnost vyzkoušet si během konstelací situace, ve kterých se mohou v budoucnosti vyskytnout.

6.5. Pocity při konstelacích

V průběhu konstelací dochází k uvolnění emocí. Klienti uváděli, že během konstelací nejvíce zažívali úzkost (6). V jejich prožívání je objevuje také třes (3), somatické bolesti, především bolest zubů a svalů (2), smutek (2), v expresivní podobě reagovali na průběh konstelací pláčem (2). Pro některé klienty bylo obtížné své pocity specifikovat, obecně mluvili o očekávání, napětí, bušení nebo svíravém pocitu. Svě pocity popisovali v termínech zhoršení zdravotního stavu.

Úzkost hrála v prožívání u klientů denního stacionáře ústřední roli. Specifická je tím, že nemá určitý předmět, na rozdíl od strachu, není to obava z něčeho konkrétního (Nakonečný, 2000). Třes je charakterizován jako „rytmické mimovolní pohyby prstů, ruky, brady, aj.; vyskytuje se při svalových přepětích, organicky postižených, u neuróz ve vypjatých emočních a stresových situacích“ (Hartl, & Hartlová, 2000, s. 630).

Bolest a smutek patří mezi základní emoce. Bolest je definována jako „nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy“ (Hartl, & Hartlová, 2000, s. 79). Hellinger (2005) uvádí, že častými mechanismy unikání před bolestí je hledání viníka a zloba, i sebelítost. Nakonečný (2000, s. 251) říká, že „smutek je reakcí za ztrátu něčeho a to, co bylo ztraceno, pak tento pocit zabarvuje onou specifickou neverbalizovatelnou kvalitou, jak je tomu u všech ostatních citů“.

„No bolest jako, hroznou bolest taky...ono toho je víc, úzkost, prostě jako...jako spíš zhoršení toho zdravotního stavu.“ (DS/04/Ž)

Pláč hraje podle Timuláka (2006) velmi důležitou roli v terapii. Může být doprovodným znakem různých emocí, jako smutku, bolesti, ale i radosti nebo štěstí, ale nese v sobě i určitou informaci o zkušenosti člověka, která může být dále kognitivně zpracována. Pláč také uvolňuje vnitřní napětí a má funkci signální, protože v okolí vzbuzuje určité reakce (Nakonečný, 2000).

6.5.1. Stavění konstelací

Zmíněné pocity klienti prožívali bez ohledu na to, jakou roli v konstelacích hráli, zda svoji vlastní konstelaci stavěli, byli v roli zástupců nebo se na konstelaci někoho jiného dívali.

Individuální rozdílly se v jednotlivých pozicích objevují. Někteří klienti vypovídají, že sílu rodinných konstelací vnímají ve všech třech zmíněných pozicích, jiní silné emoce pocítují například při stavění vlastní konstelace a pozorování konstelace někoho jiného jim nic nepřináší.

„Nejsilnější pocity...když to vlastně hrajete tu roli, když vás někdo vybere jako zástupce. Když na to člověk jenom kouká, tak ani moc ne, já jsem to ani nikdy moc neprožívala. Jsem úplně byla mimo někdy. Někdy jsem prostě vypla, ale pak, když tam něco bylo, třeba něco z dětství, tak se to vrátilo. Bud' to připoutá nebo to vypnu znovu, protože to nechci řešit. Když si vybíráte sama, tak je to taky hodně silný. Záleží na tom, jaký problém se řeší.“ (DS/11/Ž)

Většina klientů mluví o tom, že nejsilnější emoce (5) prožívají v roli zástupce v konstelaci někoho jiného. Vypovídali, že za člověka, kterého zastupovali, prožívali silné emoce, i když informace o něm měli minimální. Popisovali pocity spojení s konkrétním člověkem, jako kdyby v tu chvíli byli úplně někým jiným. Tyto pocity vnímali do té doby, než z role po skončení konstelace vystoupili.

„To bylo úplně perfektní, jak jsem viděla tu, co byla místo mě, takže se jakoby manželovi měla přiblížit úplně, jo, blízko. Vlastně on, když udělal krok, tak já, ona prostě nevěděla, kam má jít. Prostě koukala na něj a brečela. Jakoby chtěla, ale nešlo to, a to je přesně ono... Já jsem to cejtila, ale nevěděla jsem, co to je, tak jsem to hodila, že mi je do breku. Tam jsem to viděla a zjistila jsem, že se mnou to je podobný, že on prostě na mě tlačí a já prostě nevím už kam jít. Takže to je tam měla takový bušení mírný...takovou hroznou bezradnost.“ (DS/03/Ž)

Část klientů (2) uvádí, že příležitost být v roli zástupce jim dala možnost vcítit se do jiných lidí, pochopit je, umožnila jim podívat se na svůj problém i z jiného úhlu. Některým klientům (2) dělalo velké obtíže zastupovat jiného člověka. Domnívají se, že se do člověka, kterého neznají, vcítit doopravdy nedokážou. Problém vcítit se do někoho jiného se objevoval

při zhoršeném zdravotním stavu klienta. V ojedinělých případech (2) klienti roli zástupce, právě kvůli zdravotním problémům, odmítli.

„Z každý konstelace si teda něco vezmu. Hodně mi to dá a ze začátku jsem nedokázala se ani, když jsem jako měla začínat to hrát, tak se mi někdy nastrádaly ty problémy, že jsem nedokázala se do toho jako vžít. ...i když jsem tedy jako neodmítla. Myslím, že jsem tady odmítla jenom jednou...protože jsem se necítila dobře.“ (DS/04/Ž)

Názory na prožívání emocí při stavění vlastní konstelace se různí. Někteří klienti vypovídají, že stavění vlastní konstelace prožívají nejsilněji, jiní ji vnímají srovnatelně s vystupováním v roli zástupce. Objevují se i názory (2), že stavění vlastní konstelace klientům nic nového nepřináší. Část klientů (4) však mluví o tom, že při stavění vlastní konstelace si odnesla nejvíce informací o svém problému právě proto, že měli možnost pozorovat svůj konstelační obraz.

„No tak většinou to je pro mě jako silný, protože tam něco objevím nebo...Při té jedné konstelaci jsem měla se synem starším, tak jsem myslela, že se zadusím, při té konstelaci teda, pak se mi to uvolnilo. To jsem už jako nevěděla vůbec co mám dělat... No, bylo to prostě šílený, jak když prostě, to se mi ještě nestalo.“ (DS/03/Ž)

Při dívání se na konstelaci někoho jiného řada klientů (4) silné emoce neprožívá. Někteří hovoří (2) o tom, že v této pozici se na konstelaci nesoustředí, nevěnují ji pozornost a na proces konstelace se zaměří, až když se v ní objeví téma blízké jejich tématu. Naopak ti (2), kteří pociťovali určitou obavu ze stavění vlastní konstelace, vnímají dívání se na konstelaci jako velmi přínosné. Mluví o tom, že témata konstelací jsou propojená a že z každé konstelace si něco užitečného pro sebe odnesli.

„...protože mi to vždycky něco přineslo. Protože vždycky v nějaký konstelaci, pomalu v každý konstelaci, jsem našla něco pro sebe, nebo když jsem nenašla, tak jsem se snažila něco, co bych zase já bych mohla využít, co mám třeba doma za problém.“ (DS/12/Ž)

6.5.2. Systém vybírání zástupců

Zástupce do vlastní konstelace si klienti nejčastěji vybírali na základě podobných osobnostních charakteristik zástupců s konkrétními osobami, které měli v konstelaci zastupovat (9).

„Já jsem si vybírala, protože jsem ty lidi už znala. Povahově, podle osobnosti. Většinou jsem ty lidi znala, jak reagují, jaký mají problémy, když jste s těma lidma v té skupině. Mě trvá adaptace vždycky, sžít se s tou skupinou.“ (DS/11/Ž)

Dalšími výběrovými kritérii byla sympatie (4), klienti si do své konstelace vybírali toho, kdo jim byl ve skupině sympatický, pohlaví (2), do role mužů častěji vybírali muže, i když ve skupině bylo více žen, nebo nízký počet klientů ve skupině (2), klienti do role zástupce vzali někoho, kdo ve skupině zůstal.

„To беру spíš jako muže všeobecně, takže там mě je celkem jedno. No ale to, když to má být někdo jakoby за mě...так там jako о том přemýšlím, nebo jako...беру так jako с čím je он nebo с čím je podobnej.“ (DS/03/Ž)

Část klientů o výběru zástupců nepřemýšlela a do konstelace postavili toho, na koho se v ten určitý moment podívali (2). Někteří klienti vybírali zástupce do konstelace na základě vizuální podobnosti zástupce s konkrétní osobou (1), ochotě spolupracovat a konstelace se zúčastnit (1) a vybudovaném vztahu mezi klienty v denním stacionáři. Jeden klient vypověděl, že zástupce vybíral na základě toho, koho měl ze skupiny rád.

6.5.3. Individuální konstelace vs. konstelace při skupinové terapii

I když je léčba v denním stacionáři zaměřena na metody skupinové terapeutické práce, několikrát během léčby v denním stacionáři klienti stavěli i konstelace individuální. Jejich specifikum spočívá v tom, že konstelační práce se odehrává pouze mezi klientem a terapeutem, skupina není přítomna. Terapeut vyzve klienta nebo sám klientovi vybere zástupce pro jeho konstelaci. Ve většině případů se v roli zástupců objevují figurky, může se však pracovat s polštáři nebo pouhou imaginací, kdy zástupci nejsou reprezentováni žádnými

neživými předměty. Stavění individuální konstelace probíhá na obdobném principu jako stavění konstelace skupinové s tím rozdílem, že klient často vstupuje do pozic zástupců a zkouší se vžít do jejich rolí. V individuální konstelaci si tímto způsobem může pokusit vcítit se do pocitů zástupců a podívat se na svůj řešený problém z několika úhlů.

*„...když to byla konstelace, kterou jsem stavěl sám s doktorem, tak...tam vlastně můžu říct, že když se to týkalo konfliktní situace na pracovišti, rozhovoru s vedoucím...tak...tam jsem si uvědomil, že...že rozhovor s tím vyšším vedoucím a se mnou, že vlastně důležité je, že mám i ty možnosti stěžovat si na mého přímýho nadřízeného...což jsem doposavad nikdy nedělal. A když jsem byl v té roli jakoby toho vyššího nadřízeného, tak jsem vlastně najednou pohlížel na toho zaměstnance řadovýho jako na potřebnýho člověka...kdyžto sám na sebe ne.“
(DS/02/M)*

Většina klientů preferuje stavění konstelací ve skupině. Výhody této terapeutické práce spatřují v získání zpětné vazby od skupiny. Stavění individuálních konstelací klade velký důraz na imaginaci, což řadě klientů dělá problémy.

„...že si máte tam, kde má křeslo, někoho představovat nebo sebe. A mě to kolikrát nejde třeba představit si sebe.“ (DS/11/Ž)

Sledování zástupců při skupinové konstelaci jim umožňovalo lépe pochopit pocity jiných, a ze skupinové dynamiky a rozestavení zástupců v prostoru mohli čitelněji vnímat, v čem spočívá příčina jejich problémů. Preference stavění konstelací ve skupině byla dána také dobrými vztahy mezi klienty denního stacionáře. Ti, kteří pozitivně hodnotili i individuální konstelační práci, se o výhodách této formy zmiňovali v souvislosti s ostychem sdělit svůj problém na skupině nebo neochotou sdělovat skupině svá intimní témata.

„Každý má něco do sebe. Má to hodně do sebe i ta skupinová, ale ty lidi by se měli dobře znát. Ale i ta individuální s doktorem má něco do sebe. Protože na těch neurčitých předmětech se taky nějak dokáže vcítit, že tam ten problém je. Je to takový spíš intimnější. Jsou tam třeba věci, který nemusíte, neřešíte a ani nechcete řešit před skupinou.“ (DS/11/Ž)

6.6. Změna po skončení konstelací

Jestliže při stavění konstelací dominoval v prožívání klientů aspekt emocionální, potom po skončení konstelací to byla především složka kognitivní. Rodinné konstelace jsou postaveny na principu, že během konstelace se něco objeví, ukáže, odhalí. Především to, co bylo klientovi do té doby někým jiným nebo jím samým utajeno, a co je nejpravděpodobněji příčinou jeho současných problémů. Pokud se pokusím rozdělit odpovědi klientů do tématických skupin, potom se jejich výpovědi nejčastěji týkaly porozumění vlastnímu problému, nazírání vlastní osoby a změny psychického stavu.

Co se týče porozumění vlastnímu problému nejčastěji klienti (11) mluvili o pochopení, porozumění příčin svého zdravotního stavu, vztahů v rodině, v zaměstnání, chování a reakcí ostatních i jich samotných apod. I když klienti mluví o určité nevědomosti příčin svých problémů a poukazují na to, že teprve konstelace jim ukázaly, kde spočívá původ jejich onemocnění nebo patologických rodinných vztahů, občas se v reakcích klientů objevuje neschopnost nebo spíše neochota pojmenovat hlavní příčinu svých problémů. Například pojmenování příčin nemoci s sebou přináší pro některé klienty i negativní důsledky jako nutnost přistoupit k reálnému řešení problému nebo ztrátu tzv. sekundárního zisku z nemoci.

„No třeba s otcem jsem měla, na otce...a to teda jako jsem musela, nebo jsem vlastně úplně překopala, ten svůj vztah k němu, kterej jsem myslela, že je dobrej. Tak to třeba byla taková zásadní věc. Pak jsem jako pracovala vlastně jenom s tou mámou a s tím otcem...tak tohle bylo velice zásadní pro mě vidět ho, jakože to tak dobrý nebylo a že tam bylo nějaký ohrožen. Tak to bylo hodně silný.“ (DS/03/Ž)

Klienti (4) v této souvislosti hovořili také o získání potřebného náhledu na svoje problémy. Náhledu na nemoc, na vztahy v rodině, na svoje chování atd. Příležitost pozorovat svoji vlastní konstelaci nebo dívat se na konstelaci někoho jiného umožnilo klientům získat dostatečný odstup k tomu, aby se na svůj problém dokázali podívat z jiného úhlu nebo jinýma očima.

„...tak nějak každý měl nějaký problémy v tom dětství. To mě teda hodně otevřelo oči, že jsem prostě nerozuměla tatínkovi. Dneska už ho tak nějak chápu. Chápu i maminku, že prostě, si myslím dneska, že tou duší nebyla u nás, ale jinde...“ (DS/14/Ž)

V této tématické oblasti objevuje i termín umístění. Někteří klienti (3) mluvili o tom, že díky konstelacím dokázali nalézt svoje místo v rodině. Na základě konstelací si uvědomili, že přebíráním osudu někoho jiného, což je téma, které se v konstelacích objevuje velmi často, jim jejich místo v rodině chybí. Vnímali, že rodina je určitým způsobem neakceptuje, ať již kvůli nemoci, nebo kvůli jejich chování, a právě uvědomění si svého umístění v rodině hrálo v jejich konstelační práci velký vliv.

Část klientů (4), jež si vzhledem k špatné zkušenosti z dětství spoustu zážitků z tohoto vývojového období nepamatovala, hovořila o objevení vzpomínek na dětství. U těchto klientů došlo k jakému si vytěsnění vzpomínek a zážitků z dětství do nevědomí a jejich zpětnému vyvolání do vědomí v průběhu konstelace. Někteří klienti mluví až o změně paměti, kdy svoje vzpomínky na dětství doplňují a přetvářejí na základě informací, s nimiž byly během konstelací konfrontovány. O tomto tématu hovoří také v termínu rozšíření obzoru (1) nebo nalezení souvislostí (2).

„Změna je v paměti...tak jako, já jsem třeba měla pocit, že vůbec nic si nepamatuju z dětství, nic...ty vzpomínky se pomaličku vracejí. To byla obrovská prázdnota, sice pomalu, ale nějak se začínám zaplňovat.“ (DS/01/Ž)

Termínem, který se zde objevuje, je také ponaučení. Klienti (4) hovoří především o uvědomění si, že jejich dosavadní strategie jednání a zvládání problémů, kterou byli zvyklí celý život uplatňovat, se při konstelacích ukázala jako chybná. Dochází tak k jakémusi přehodnocení používaných způsobu jednání a akceptování strategií jiných, účinnější.

Ve vztahu k vlastní osobě popisují klienti (4) změnu vnímání sebe sama a přehodnocení vztahu k sobě samému. Představy o sobě se v průběhu konstelací mění. Klienti jsou konfrontováni s tím, jakým způsobem je vnímají a hrají jejich zástupci, což jim umožňuje reflektovat svoje pocity, myšlenky, způsoby chování. Sebereflexe, která je definovaná jako „vědomé sebepoznání, sebevymezení a sebehodnocení, na jehož základě se formuje vztah

k sobě“ (Výrost & Slaměník, 1997, s. 186) není příliš vzdálená pod pojmu introspekce. Ta je definovaná jako „metoda pozorování sebe sama, vlastních prožitků a procesů probíhajících ve vědomí“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 240). Podle Výrosta & Slaměníka (1997, s. 190) se introspekce více zaměřuje na „analýzu vlastního prožívání, popř. na hledání motivů vlastního chování“.

Někteří klienti (3) mluví o získání odvahy řešit svůj problém. Odvaha řešit problém se projevuje už v ochotě absolvovat léčbu v denním stacionáři a účastnit se stavění konstelací, klienti však v této souvislosti mluví spíše o tom, že díky konstelacím získali určitý pocit jistoty a sebedůvěry, že jsou schopni svoje problémy řešit. Se získáním odvahy je spojeno zvýšení sebevědomí klientů. Během konstelací si část klientů (2) uvědomila svoji hodnotu a svůj potenciál. Pocity méněcennosti byly u některých klientů nahrazeny vírou ve schopnosti a možnosti řešení problémů. Získání odvahy a zvýšení sebevědomí a sebedůvěry bylo do určité míry ovlivněno možností sdílet svoje pocity s ostatními a zjištěním, že problémy, se kterými se klienti potýkají, se objevují i u jiných členů skupiny.

Po skončení konstelací klienti (2) také popisovali zlepšení zdravotního stavu. Často mluvili o nalezení vnitřního klidu, o celkovém uklidnění.

„Přijde mi, že jsem se tak jako víc uklidnila...tak se to nějak jako zlepšilo, že třeba nehrotím úplně zase všechno, jak jsem dřív hrotila.“ (DS/09/Ž)

Někteří klienti (5) pocítují po skončení konstelací potřebu obdržet nějakou radu od terapeuta. Mají pocit, že bez terapeutického komentáře nebudou schopni obrazy, které se v konstelaci objevily, zařadit do širšího vztahového rámce. Kopřiva (2000, s. 44) říká, že v „situaci, kdy nové jednání je takřka na dosah (nebo alespoň na dohled), má smysl dát radu, impuls, návrh a počkat, zda se uvnitř propojí, zda se objeví aspoň váhavá chuť ho vyzkoušet“. Touto intervencí se klient podle něj může přiblížit nové zkušenosti.

6.7. Hodnocení rodinných konstelací

Klienti denního stacionáře hodnotí rodinné konstelace velice kladně. Ve svých výpovědích charakterizují tuto metodu jako zajímavou, přínosnou, efektní. Popisují, že tato metoda jim vždy něco pozitivního přinesla, osvětlila pozadí a příčinu mnoha jejich problémů,

hodně jim pomohla. Někteří (8) mluví o pokroku v léčbě. Kladně hodnotí, že díky této metodě přehodnotili vztahy ke svým rodinným příslušníkům a přátelům, a to buď v pozitivním, nebo negativním slova smyslu. Uvědomili si řadu svých schopností, poznali, jaké pocity mají lidé v jejich okolí, vědí, jakým způsobem by měli řešit svůj problém, uvěřili si, co v životě doopravdy chtějí. Většina (13) klientů mluví o tom, že rodinné konstelace opravdu působí. Tři měsíce po skončení léčby v denním stacionáři někteří z nich (5) hodnotí sebe jako klidnější, vyrovnanější, uvolněnější, svobodnější, obecně se cítí lépe. Část klientů (2) uvádí, že si po konci léčby váží každého dne.

„...jsem změnila postoj ke svému otci. Tak jak jsem přišla a nenáviděla jsem ho, tak teďka ho mám ráda a dokážu mu i říct, že ho mám ráda a obejmout ho. Tu konstelaci konstelaci jsem si stavěla sama a zjistili jsme tam, že vlastně to, že si na mě táta vybíjel tu zlost, takže to bylo tak, že...oni měli mezi sebou rodiče jako problémy, takže to řešil tak, že si to vybíjel na mě.“ (DS/08/Ž)

Někteří (7) o metodě rodinných konstelací poměrně často přemýšlí. Na to, co se během konstelací odehrálo, nebo co si z konstelace pro sebe odnesli, vzpomínají v průběhu dne, nebo velmi často před usnutím. Domnívají se, že léčebný účinek rodinných konstelací bude působit ještě několik týdnů, měsíců, let nebo celý život. Část z nich (2) hovoří o trvalé změně vnímání a myšlení.

„...hodně jsem na to myslela. Třeba i večer doma, když jsem usínala, tak jsem na to myslela. Uvolnění a pořád ta myšlenka tam byla.“ (DS/14/Ž)

Řada klientů (4) hodnotí rodinné konstelace velmi pozitivně, ale v současné době na ně nevzpomíná vůbec. Mluví o tom, že jim tato metoda pomohla v době, kdy byli v denním stacionáři, ale v současné době o konstelacích nepřemýšlí. Tato metoda se jim zdála užitečná, pomohla jim osvětlit problematiku pozadí jejich potíží, ale nějak výrazně se do jejich života nevěpsala. Část klientů (3) stojí názorově někde uprostřed a vypovídá, že o konstelacích občas přemýšlí, ale moc si z toho, co se v konstelacích objevilo, nebo co v konstelacích vnímali jako přínos, nepamatuje.

I když převážná většina klientů hodnotí rodinné konstelace velmi kladně, lze v jejich výpovědích nalézt i negativní hodnocení. Mluví především o vyčerpání a únavě z konstelací (4). Metoda rodinných konstelací, která je postavena na odkrývání rodinných systémů a jejich dynamik, vyžaduje pozornost, schopnost vcítit se do role nebo pozice někoho jiného, akceptování toho, co se v konstelaci objeví. To vše je velmi vyčerpávající. Klienti denního stacionáře jsou vzhledem ke své nemoci určitým způsobem znevýhodněni. Požadavky, které jsou na ně v průběhu konstelací kladeny, musejí zvládat i přes své zřejmé psychické a somatické obtíže. Domnívám se, že právě tato skutečnost je ohromným způsobem unavuje a vyčerpává. Dalším názorem, který se zde objevuje, je nemožnost aplikovat obraz konstelací na běžný život. Část klientů (3) uvádí, že konstelace vnímali jako zajímavou metodu, ale realita je jiná. Mluví o tom, že neví, jak by jim tato terapeutická metoda mohla pomoci ve zlepšení rodinné situace nebo zdravotního stavu. Objevuje se i názor (1), že rodinné konstelace působí jen mezi lidmi, které dobře znáte.

„Ty rodinné konstelace, že jsou hodně zajímavé a málokdo by do toho šel asi, by nešli lidi. (...) Jako být na té komunitě a otevřít se před cizíma lidma, že jo, v podstatě je neznáte a vlastně svoje já, svoje soukromí říkat úplně někomu, koho prvně vidím. Ono časem asi, asi jak už se člověk dostane do takovýho stádia, že máte psychický problémy a už nevíte kudy kam, že tak je člověk na dně, tak asi to jde. Asi jo, asi jo, ale asi musí být na tom dně.“ (DS/11/Ž)

V osobním životě klientů se přínos rodinných konstelací objevuje u přibližně poloviny dotazovaných klientů (6). Někteří mluví o sblížení a zlepšení vztahu s rodinou, jiní cestu k rodině teprve hledají.

„To se mi stalo, že jsem jako byla dcerou v konstelaci a měly jsme se jako obejmout, jako s mojí mámou, že jo, v uvozovkách, no a mě prostě došlo, jak mi to objetí strašně chybí. No tak potom a s mojí mamkou...potom jsem přišla domů a jak jsem strašně cejtila, že mi to chybí, tak jsem ji normálně řekla, ať mě obejmě a od té doby se objímáme pořád, no. To se mi předtím vůbec nestalo, tak si myslím, že to taky hodně ovlivnilo ty konstelace...že jsem cejtila, jak mě to strašně chybí to objetí mámy, tak potom jsem to takhle měla doma.“ (DS/06/Ž)

Mezi kladné účinky konstelací lze počítat opětovné navázání komunikace s některými rodinnými příslušníky, trávení většího množství času s rodinou, pochopení nemoci ze strany okolí. Malá část klientů (2) hovoří o změně dosavadního životního stylu.

„Hodnotím to pozitivně pořád. ...já jsem si na tom uvědomil, že bych si od těch lidí měl nechat míň líbit, jako toho špatnýho. (...) To jsem si právě uvědomil během těch konstelací ještě daleko víc než předtím. (...) Teda celkově po tý terapii teda se ten můj život změnil celkem výrazně. I v tom chování, čím se zabývám teďka a čím předtím.“ (DS/02/M)

Někteří (3) vypovídají, že konstelace jim sice ukázaly směr, kterým by se měli vydat, ale ještě nesebrali odvahu, aby se tímto směrem vydali. V odpovědích klientů lze zaznamenat určitý strach nebo neochotu udělat v životě rozhodný krok, změnit svůj pohled na rodinný systém, zlepšit svůj zdravotní stav. Řada z nich si zvykla na prostředí, ve kterém žije a změna tohoto prostředí by pro ně mohla být velmi zatěžující.

S odstupem tří měsíců od ukončení léčby v denním stacionáři nedošlo ke zlepšení zdravotního stavu a rodinné situace klientů asi u poloviny z nich (6). Klienti mluví o tom, že problémy, jak rodinného, tak zdravotního charakteru, mají pořád stejné, situace v rodině se nezměnila. Objevuje se vyčerpanost, únava, deprese, přetrvávající bolesti, úzkost. U některých jedinců (3) stavy úzkosti kolísají.

„... u mě je to hlavně ta vyčerpanost, že chvilku nasadím, ale nevydržím. Kolísá to, ty depky nemám tak hrozný. To jako bych řekla, že jde. Ale zase ta únava...“ (DS/01/Ž)

Část klientů (2) vypovídá, že se cítí sama, i přes přítomnost početné rodiny. Dva respondenti uvedli, že jejich zdravotní stav se s odstupem času po konstelacích zhoršil. Mohu polemizovat o tom, zda neměnný zdravotní stav určitým způsobem popírá léčebný účinek rodinných konstelací, nebo zda je to tím, že klienti denního stacionáře jsou ve většině případů chronicky nemocní a zlepšení jejich zdravotního stavu je podmíněno dlouhodobější léčbou.

„Mám pořád slabší nebo silnější (bolesti, pozn.) a neznám tělo bez bolesti, no. Ty úzkosti, to jsem teda ani dřív nevnímala... Pro mě jsou nejhorší ty bolesti těla, no. I ty úzkosti, už je mám třeba silnější, jo. Prostě ty bolesti těla a hlava...taky pořád dokola. No, já myslím,

že jo, že bych se potřebovala dostat do nějaký pohody jako. Jo, takový, že já si pořád připadám...říkám, rodinu mám velkou, ale pořád si připadám, že žiju sama, tak nějak.“ (DS/04/Ž)

6.7.1. Sdílení zážitků z konstelací

Zajímavé je zjištění, že i když jsou rodinné konstelace postaveny na odhalování skrytých dynamik rodinného systému, jen polovina klientů (7) zážitky z konstelace sdílela s někým jiným. Nejčastěji těmito osobami byli děti (6), rodiče (3), partneři (2), sourozenci (2), kamarádi nebo spolupracovníci (2). Někteří (7) nesdílely zážitky s nikým, nebo pouze se ostatními klienty v denním stacionáři po skončení skupinové terapie.

„...to spíš bych řekl, že to bylo, že jsme si v rámci té skupiny rozuměli sdíleli nějaký. Mimo tu skupinu to bylo minimálně. Protože něco málo se sestrou nebo s těma nejlepšíma kolegama v práci, ale jinak ty příležitosti nejsou.“ (DS/08/M)

Zážitky, které klienti s jinými lidmi sdíleli, podrobně nepopisovali. Mluví o tom, že zkušenosti z rodinných konstelací sdělovali pouze tomu, ke komu mají důvěrný vztah a koho to zajímalo. Proces stavění rodinných konstelací druhým naznačili, ale do detailů s nimi o této metodě nemluvili. Polovina klientů se svému okolí o tom, co se v konstelaci objevilo, k čemu se v rámci konstelace dospělo, nezmiňovala.

„...asi jenom s dcerou. Jsem jí jako řekla, ale nějak do podrobnosti ne. Něco jsme jí řekla... Hlavně jsem jim (dětem, pozn.) řekla o té práci jako a jako o té mé chorobě jsem jim řekla, ale abych to s nima rozebírala, to ne.“ (DS/04/Ž)

Ti (3), kteří zážitky z konstelací s nikým nesdíleli, uváděli jako důvod skutečnost, že by konstelacím dotyční neporozuměli. Objevují se i výpovědi (2), že klienti nechtěli svou rodinu informacemi o konstelacích zatěžovat. Někteří (2) byli konfrontováni se zamítavým postojem okolí a neochotou jiných zážitky z konstelací poslouchat. Mohu spekulovat o tom, zda je tato neochota výsledkem několikaleté léčby klientů a jakýmsi vyčerpáním ze strany

okolí nebo popíráním skutečnosti, že řada problémů, se kterými se klienti potýkají, může mít příčinu v problematických rodinných a mezilidských vztazích.

Přibližně polovina klientů (6) uváděla, že v jejich okolí si u nich nikdo žádné změny po konstelacích nevšiml. Ostatní (7) se domnívají, že alespoň nějakou změnu zaznamenali partneři, děti, rodiče a kamarádi, ale ve svých odpovědích si nejsou moc jisti. Připouští, že rodinní příslušníci mohli nějakou pozitivní nebo negativní změnu zaznamenat, ale nemluvili o ní. V jednom případě klient uvádí, že jeho kamarád si všiml, že je pozitivněji naladěný.

„Já nevím, jestli si uvědomuji, nebo nevím, kdo si to uvědomuje. ...v podstatě na mě to není poznat, že jo. Na mě nikdo nepozná, co cítím, ani... Já jsem se smála, i když mě bylo blbě, taky. Na mě nikdo nepoznal, že mi něco je, že mám problémy.“ (DS/11/Ž)

6.7.2. Jiné faktory změny po konstelacích

Mezi jiné faktory, které se mohli určitým způsobem podílet na efektu léčby v denním stacionáři, klienti (5) v převážné míře uváděli osobnost terapeuta. Terapeutův přístup hodnotí jako odborný, jeho osobnost jako vnímavou, empatickou a chápající.

„...pan doktor Mílek mi teda sednul. Já za celou dobu, co jsem marodila, jsem neměla nikdy možnost se otevřít. On jde prostě do hloubky. Nikdy jsem neměla možnost říct něco o dětech nebo o rodině, tady jsem se s tím setkala poprvé a měla jsem z toho dobrou teda pocit.“ (DS/14/Ž)

Dále hodnotí velmi pozitivně celou léčbu v denním stacionáři (2), kamarádský vztah ve skupině klientů (3), vstřícnost a ochotu personálu denního stacionáře (2). Někteří klienti zmiňují, že dalším faktorem může být otevřenost vůči terapii (1) nebo první zkušenost s touto terapeutickou metodou (1).

„Řekla bych, že je tady kamarádskéj vztah a dobrý kolektiv jako, že mě to až překvapuje, že cejtím se tady, jak bych řekla. Já nevím, mezi nemocnejma lepší než mezi zdravějma lidma jo. Jako o hodně líp se tady cítím, jo... Že třeba tady dokážeme o tý nemoci

mluvit, ale se zdravým člověkem by to třeba nešlo, že jo. Mě třeba připadne, že by to lidi ani nechápali, jo, prostě co prožívám. Ale tady se to jako nebojím říct...“ (DS/04/Ž)

6.7.3. Možnost pokračovat v konstelacích

Celkově je postoj klientů ke konstelacím kladný, a to i přes únavu a vyčerpanost, kterou někteří z nich po skončení konstelací pociťují. Pokud by měli možnost v konstelační práci pokračovat, převážná většina (10) by tuto možnost využila. Někteří (4) se domnívají se, že nemají všechny své problémy vyřešené a že rodinné konstelace by jim mohly pomoci i v řešení dalších problémů.

„Ano, člověk je vyčerpanej... Uvolnilo se něco. Ještě je potřeba to řešit, není to úplně vyřešený, takže za půl roku zase přijdu...to je hodně vyčerpávající, to jako všechno strávit, si to ještě projít.“ (DS/10/Ž)

Řada klientů (4) uvádí, že se v současné době cítí dost vyčerpaně a že k pokračování v rodinných konstelacích by potřebovali delší časový odstup. Objevuje se i názor (1), že další konstelační práci by musel být přítomen stejný terapeut a stejná skupina klientů. Část (4) klientů uvažuje o tom, že by se do denního stacionáře při zhoršení zdravotního stavu vrátila.

„Taková ta ustálená skupina prostě pod vedením...vlastně pana doktora znám, sestřičku znám, takový jako bezpečí, taková cizí konstelace, cizí lidi, to ne.“ (DS/09/Ž)
..

7. Výsledky kvantitativního výzkumu

Metoda rodinné konstelace je založena na předpokladu, že odhalení skrytých dynamik v rodinném systému může mít pro klienta léčivý účinek. Pokud budu uvažovat o rodinných konstelacích jako terapeutické metodě, potom cílem jakékoliv terapeutické intervence je zlepšení zdravotního stavu nebo alespoň zmírnění negativních příznaků onemocnění. Klienti denního stacionáře hodnotí rodinné konstelace velmi kladně. Po třech měsících od ukončení

léčby v denním stacionáři se ale subjektivně vnímaný zdravotní stav u poloviny klientů výrazným způsobem nezlepšil, někteří z nich vypovídají dokonce o zhoršení zdravotního stavu. Zajímalo mě, zda stejné změny zaznamenají i validní měřicí nástroje. Pomocí dotazníku životní spokojenosti (DŽS) a sebesuzovacích škál (BDI, BAI, GAD-7 a SCL-90) jsem zjišťovala, zda došlo po třech měsících od ukončení léčby v denním stacionáři k nějaké změně v životní spokojenosti klientů, v jejich depresivní a úzkostné symptomatologii a psychopatologických symptomech.

7.1. Životní spokojenost klientů

H_1 : V životní spokojenosti klientů v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl.

H_0 : V životní spokojenosti klientů v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení není signifikantní rozdíl.

Tabulka č.1: Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

DŽS	během léčby v DS	po 3 měsících	d_i	pořadí +	pořadí -
DS/01/Ž	129	156	27	12	
DS/02/M	139	95	-44		14
DS/03/Ž	204	203	-1		1,5
DS/04/Ž	182	201	19	8	
DS/05/Ž	192	199	7	5	
DS/06/Ž	168	198	30	13	
DS/07/M	215	189	-26		11
DS/08/Ž	167	191	24	10	
DS/09/Ž	143	142	-1		1,5
DS/10/Ž	108	104	-4		4
DS/11/Ž	182	184	2	3	
DS/12/Ž	225	234	9	6	
DS/13/Ž	169	157	-12		7
DS/14/Ž	215	236	21	9	
				66	39

Menší je součet záporných diferencí, testové kritérium je tedy $T = 39$. Tabulková hodnota pro $n = 14$ a $\alpha = 0,05$ je $T_\alpha = 21$. Protože $T > T_\alpha$, přijímám nulovou hypotézu. Mohu tvrdit, že v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím ukončení není v indexu životní spokojenosti klientů signifikantní rozdíl. Signifikantní rozdíl nebyl zaznamenán ani

v jedné z hodnocených dimenzí: zdraví, vlastní osoba, sexualita, finanční situace, volný čas, přátelé, známí a příbuzní a bydlení.

Klienti se tedy subjektivně cítí přibližně stejně spokojeni jak v průběhu léčby v denním stacionáři, tak tři měsíce po jejím skončení.

7.2. Depresivní a úzkostná symptomatologie klientů

H_2 : Mezi depresivní a úzkostnou symptomatologií klientů v průběhu léčby v denním stacionáři a 3 měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl.

H_0 : Mezi depresivní a úzkostnou symptomatologií klientů v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení není signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 2: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI)

BDI	během léčby v DS	po 3 měsících	d_i	pořadí +	pořadí -
DS/01/Ž	14	17	3	9	
DS/02/M	16	13	-3		9
DS/03/Ž	13	19	6	11,5	
DS/04/Ž	16	14	-2		5,5
DS/05/Ž	11	9	-2		5,5
DS/06/Ž	21	9	-12		14
DS/07/M	5	5	0	1	
DS/08/Ž	9	8	-1		2,5
DS/09/Ž	27	26	-1		2,5
DS/10/Ž	25	23	-2		5,5
DS/11/Ž	10	12	2	5,5	
DS/12/Ž	18	12	-6		11,5
DS/13/Ž	15	7	-8		13
DS/14/Ž	8	5	-3		9
				27	78

Testové kritérium je $T = 27$, protože menší je součet kladných diferencí. Tabulková hodnota pro $n = 14$ a $\alpha = 0,05$ je $T = 21$. Jelikož je $T > T_\alpha$, přijímám nulovou hypotézu a mohu říci, že v datech získaných v průběhu léčby a tři měsíce po jejím skončení není signifikantní rozdíl. U klientů nedošlo v průběhu tří měsíců od skončení léčby v denním stacionáři ke změně depresivní symptomatologie.

Tabulka č. 3: Beckův anxiózní inventář (BAI)

BAI	během léčby v DS	po 3 měsících	d_i	pořadí +	pořadí -
DS/01/Ž	23	21	-2		2
DS/02/M	18	9	-9		10
DS/03/Ž	29	26	-3		3,5
DS/04/Ž	32	26	-6		7,5
DS/05/Ž	27	27	0	1	
DS/06/Ž	30	24	-6		7,5
DS/07/M	16	13	-3		3,5
DS/08/Ž	43	37	-6		7,5
DS/09/Ž	20	25	5	5	
DS/10/Ž	32	42	10	11	
DS/11/Ž	18	7	-11		12
DS/12/Ž	30	16	-14		13
DS/13/Ž	20	1	-19		14
DS/14/Ž	15	9	-6		7,5
				17	88

Menší je součet kladných diferencí, testové kritérium je $T = 17$. Tabulková hodnota pro $a = 14$ a $\alpha = 0,05$ je $T_\alpha = 21$. Protože je $T < T_\alpha$, přijímám alternativní hypotézu. Mohu tvrdit, že v úzkostné symptomatologii je mezi léčbou v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení signifikantní rozdíl. U klientů došlo po třech měsících od konce léčby ke snížení úzkostné symptomatologie.

Tabulka č. 4: Škála generalizované úzkosti (GAD-7)

GAD-7	během léčby v DS	po 3 měsících	d_i	pořadí +	pořadí -
DS/01/Ž	16	15	-1		1,5
DS/02/M	14	12	-2		5
DS/03/Ž	15	16	1	1,5	
DS/04/Ž	16	14	-2		5
DS/05/Ž	13	11	-2		5
DS/06/Ž	15	10	-5		11,5
DS/07/M	5	2	-3		8,5
DS/08/Ž	13	21	8	14	
DS/09/Ž	9	7	-2		5
DS/10/Ž	16	9	-7		13
DS/11/Ž	13	11	-2		5
DS/12/Ž	7	4	-3		8,5
DS/13/Ž	6	1	-5		11,5
DS/14/Ž	6	2	-4		10
				15,5	89,5

Menší je opět součet kladných diferencí. Testové kritérium je $T = 15,5$. Pro $n = 14$ a $\alpha = 0,05$ je $T_{\alpha} = 21$. Přijímám alternativní hypotézu, protože $T < T_{\alpha}$, a mohu říci, že u klientů denního stacionáře je s odstupem tří měsíce od ukončení léčby je v úzkostné symptomatologii signifikantní rozdíl. Rozdíl byl zaznamenám ve snížení úzkostné symptomatologie.

7.3. Psychopatologické symptomy klientů

H_3 : V závažnosti psychopatologických symptomů, zjištěných v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení, je signifikantní rozdíl.

H_0 : V závažnosti psychopatologických symptomů, zjištěných v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení, není signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 5: Self – Report Symptom Inventory (SCL-90)

SCL-90	během léčby v DS	po 3 měsících	d_i	pořadí +	pořadí -
DS/01/Ž	1,644	1,477	-0,2		2,5
DS/02/M	1,755	1,255	-0,5		7
DS/03/Ž	1,9	1,877	-0		1
DS/04/Ž	1,155	0,988	-0,2		2,5
DS/05/Ž	1,455	0,888	-0,6		8
DS/06/Ž	1,877	1,011	-0,9		14
DS/07/M	1,066	0,388	-0,7		10
DS/08/Ž	1,188	0,855	-0,3		6
DS/09/Ž	1,811	1,488	-0,3		5
DS/10/Ž	2	2,788	0,79	12	
DS/11/Ž	0,966	0,644	-0,3		4
DS/12/Ž	1,65	0,844	-0,8		13
DS/13/Ž	0,944	0,355	-0,6		9
DS/14/Ž	1,044	0,355	-0,7		11
				12	93

Menší je součet kladných diferencí, testové kritérium je tedy $T = 12$. Pro $n = 14$ a $\alpha = 0,05$ je $T_{\alpha} = 21$. Jelikož je $T < T_{\alpha}$, mohu přijmout alternativní hypotézu a říci, že mezi obecným ukazatelem závažnosti (onemocnění) zjištěným v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení je signifikantní rozdíl. S odstupem času od léčby v denním stacionáři došlo u klientů ke zmírnění psychopatologických symptomů.

7.4. Shrnutí výsledků kvantitativního výzkumu

V životní spokojenosti klientů nebyl v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení zaznamenán signifikantní rozdíl. Životní spokojenost klientů se výrazným způsobem nezměnila. Jak v průběhu léčby, tak tři měsíce po jejím skončení hodnotili klienti svoji životní spokojenost velmi nízko, především v dimenzích zdraví, vztah k vlastní osobě a sexualita.

Mezi depresivní symptomatologií v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení nebyl v BDI zaznamenán signifikantní rozdíl. Zdá se, že v subjektivním vnímání deprese nedošlo k žádnému posunu. Toto zjištění však koliduje s výsledky z jiné sebeposuzovací škály, a to SCL-90. V dimenzi deprese u této škály bylo zjištěno signifikantní zlepšení depresivní symptomatologie. Otázkou je, zda tyto dvě testové metody spolu nějakým způsobem korelují. Odpověď na tuto otázku se mi nepodařilo nalézt.

Mezi úzkostnou symptomatologií v průběhu léčby a tři měsíce po jejím skončení byl zjištěn signifikantní rozdíl, a to ve výrazném zlepšení úzkostných symptomů. Obě testové metody, BAI a GAD-7, zaznamenaly stejný výsledek.

V závažnosti psychopatologických symptomů, zjištěných v průběhu léčby a tři měsíce po jejím skončení, byl zaznamenán signifikantní rozdíl ve snížení psychopatologických symptomů. Konkrétně byl zjištěn rozdíl v dimenzích anxiозita, deprese, hypersenzitivita, obsese a kompulze a somatizace. U dimenzí fobie, hostilita, paranoidita a psychocismus signifikantní rozdíl nebyl zaznamenán.

Diskuse

Klienti denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové hodnotí rodinné konstelace velmi pozitivně. Vnímají tuto metodu jako přínosnou, především na konci léčby v denním stacionáři. Tři měsíce po jejím skončení k výraznému zlepšení zdravotního stavu došlo asi u poloviny klientů, ostatní mluví o kolísání stavu nebo jeho zhoršení.

Představu o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře měla přibližně polovina klientů. Převážná většina klientů měla zkušenost s rodinnými konstelacemi právě z tohoto zařízení. Témata, která se během konstelací objevovala, se týkala komplikovaných vztahů v rodině, pracovních vztahů, zdravotních problémů a vztahu k vlastní osobě. Ukazuje se, že problematický rodinný systém je často příčinou psychického a zdravotního stavu klientů, což řada klientů měla možnost objevit v průběhu rodinných konstelací. Klienti při nich prožívali pocity úzkosti, třes, bolest, smutek, pláč. Rodinné konstelace pracují s emočně silnými tématy, která klienti prožívají velmi intenzivně, což potvrzují i lektori a účastníci konstelací ze seminářů, workshopů nebo jiných setkání. Změna, kterou klienti po skončení konstelací zaznamenali, se týkala především porozumění vlastnímu problému, příčin zdravotního stavu, vztahů v rodině a vlastních reakcí a strategií jednání. Objevují se termíny jako získání náhledu, umístění, objevení vzpomínek z dětství, ponaučení, přehodnocení vztahu k vlastní osobě, odvaha řešit svůj problém nebo zlepšení zdravotního stavu apod. V souladu s teorií klienti zaznamenali působení konstelací ve třech úrovních: konstelace jako zdroj poznatků, řešení problému, vývoj schopností.

I když klienti vnímají tuto metodu jako přísnou, ne všichni byli schopni informace, poznatky a dovednosti, které během léčby v denním stacionáři při inscenaci konstelací získali, integrovat do svého osobního života. Tři měsíce od konce léčby v denním stacionáři mluví o pozitivním vlivu konstelací na život klienta přibližně polovina z nich. Ostatní výraznou změnu ve svém životě nezaznamenali. Ve výpovědích klientů je zřejmá určitá obava, neochota nebo strach udělat ve svém životě rozhodný krok, nějakým způsobem svůj život změnit. Příčinou těchto obav může být chronické onemocnění většiny klientů, které vyžaduje dlouhodobější terapeutickou péči. Neochota změnit svůj osobní život může být spojena i s určitou obavou ze ztráty pozitivních důsledků onemocnění, jakými může být péče a zájem ostatních o klientovu osobu, nebo určitý zvyk či akceptování nemoci jako neměnné součásti klientova života.

Klienti, u nichž změna po konstelacích přetrvává i tři měsíce po skončení léčby v denním stacionáři, vnímají sebe jako spokojenější, uvolněnější, klidnější. Někteří díky rodinným konstelacím navázali nebo zkvalitnili vztah se svými blízkými, zlepšili komunikační dovednosti, ojediněle změnili svůj životní styl. Ukazuje se, že u těchto klientů, kteří byli schopni radikální krok ve svém životě udělat, je důležitý motivem změny podpora rodiny a víra ve vlastní schopnosti.

Zážitky z konstelací sdílela s někým jiným, převážně s rodinnými příslušníky, přibližně polovina klientů. Zajímavé je, že i když někteří klienti své blízké o rodinných konstelacích informovali, jen málokdy se zmínili o tom, co v konstelaci objevili, nebo co přínosného si z konstelace pro sebe odnesli. Ve většině případů se věnovali pouze popisu inscenace konstelace. Mohu se domnívat, zda je tím důvodem neochota klientů sdělovat své zážitky ostatním nebo strach z odmítnutí ze strany rodiny. U rodinných příslušníků může být nezáměr o sdílení zážitků z konstelací důsledkem dlouhodobého onemocnění klientů a jejich několikaletým vyhledáváním terapeutické pomoci bez výrazného zlepšení jejich psychického a zdravotního stavu, nebo neochotou přijmout skutečnost, že příčina onemocnění klientů může spočívat v disfunkčním rodinném systému. To může souviset i s tím, proč si změny u klienta všimla jen část rodinných příslušníků. Mezi jinými faktory, které se mohly na změně podílet, uváděli klienti především osobnost vedoucího lékaře denního stacionáře, způsob práce v denním stacionáři, přístup personálu a kamarádský vztah ostatních klientů. Otázkou je, zda by klienti hodnotili rodinné konstelace pozitivně, kdyby je inscenovali pod jiným terapeutickým vedením, v jiném zařízení nebo v jiném kolektivu. Obdobné studie na toto téma neexistují, proto je těžké obecně uvažovat o efektu rodinných konstelací při práci s psychiatrickými klienty.

Klienti denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové subjektivně vnímají rodinné konstelace jako účinné, a pokud by měli možnost v konstelační práci pokračovat, většina z nich by tuto možnost využila i přesto, že po skončení léčby v denním stacionáři mluví o vyčerpání a únavě. Skutečnost, že k výraznému zlepšení psychického a zdravotního stavu nedošlo u všech klientů, potvrzují i výsledky kvantitativního šetření, kdy v životní spokojenosti klientů během léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl. V depresivní symptomatologii nedošlo k výraznému posunu při použití testové metody BDI, naopak dimenze deprese u SCL-90

zlepšení depresivní symptomatologie zaznamenala. V úzkostné symptomatologii došlo, jak u BAI a GAD-7, tak u dimenze anxiozita v SCL-90, k jejímu výraznému zlepšení. V psychopatologických symptomech podle SCL-90 bylo během léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení zaznamenáno zlepšení závažnosti onemocnění. Mohu spekulovat o tom, zda testová metoda SCL-90 je reliabilní pro testování psychopatologických symptomů u klientů z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10, nebo zda došlo kurčitému subjektivnímu zkreslení, podcenění psychopatologických symptomů ze strany klientů při vyhodnocování této sebeposuzovací škály.

Domnívám se, že subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací by bylo potřeba zkoumat s větším počtem klientů denního stacionáře, s klienty z jiného diagnostického okruhu, v jiném zařízení a v průběhu několika let. Tři měsíce po skončení léčby v denním stacionáři je přeci jen krátká doba k tomu, aby u klientů došlo k posunu v životní spokojenosti, depresivní a úzkostné symptomatologii nebo psychopatologických symptomů. Uvědomuji si, že zjištěná data nemusí plně odpovídat léčebnému účinku rodinných konstelací při práci s psychiatrickými klienty, ale to ani nebylo cílem mé práce. Zjištěný subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací klienty denního stacionáře může podle mého názoru pomoci zefektivnit terapeutickou péči o klienty v denním stacionáři.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací u klientů denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Představu o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře měla přibližně polovina klientů právě z tohoto zařízení, dva z nich z jiné léčebné instituce. Témata, která se v konstelacích objevovala, se týkala převážně rodinných a partnerských vztahů, dále pracovních vztahů, zdravotních problémů a vztahu k vlastní osobě. Pocity, které klienti v průběhu konstelací vnímali, byly úzkost, třes, bolest, smutek a pláč.

Po skončení konstelací klienti mluvili o porozumění vlastnímu problému, pochopení příčin zdravotního stavu, komplikovaných vztahů v rodině, svých chybných strategií jednání apod. Prostřednictvím rodinných konstelací měli klienti možnost objevit vzpomínky na dětství, přehodnotit vztah ke svým blízkým, získat náhled nebo odvahu řešit svůj problém či změnit postoj ke svému okolí. Obecně hovoří o rodinných konstelacích jako o možnosti získat nové poznatky, nahlédnout na způsoby řešení problému nebo rozvinout své dovednosti.

Převážná většina klientů hodnotí rodinné konstelace velmi kladně, především na konci léčby v denním stacionáři. Popisují tuto metodu jako přínosnou a efektivní. Tři měsíce od konce léčby v denním stacionáři došlo k zlepšení životní situace asi u poloviny klientů, u ostatních psychický a zdravotní stav kolísá, nebo došlo k jeho zhoršení. Integrovat poznatky a možnosti řešení svých problémů nebo získané dovednosti do svého osobního života byla schopna jen určitá část klientů. Ostatní svůj životní styl nebo vztahy v rodině nějakým zásadním způsobem nezměnili.

Zážitky z konstelací sdílela s někým jiným přibližně polovina klientů. V největší míře těmito osobami byli rodiče nebo děti klientů. Neochota podělit se o zážitky z konstelací byla zaznamenána u těch klientů, kteří měli pocit, že by se setkali s nezájmem ze strany okolí nebo by informacemi o konstelacích své blízké zatěžovali. Změnu po konstelacích zaznamenala jen část rodinných příslušníků, především ti, kteří jsou s klienty v každodenním kontaktu. Mezi jiné faktory, které se mohly podílet na změně psychického a zdravotního stavu, klienti uváděli osobnost terapeuta, profesionální přístup personálu denního stacionáře nebo přátelský vztah mezi klienty.

V životní spokojenosti klientů denního stacionáře nebyl v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení zaznamenám signifikantní rozdíl. Tři měsíce od

konce léčby v denním stacionáři došlo ke zlepšení úzkostné symptomatologie a závažnosti psychopatologických symptomů. V depresivní symptomatologii byl rozdíl zaznamenán u testové metody SCL-90, v případě BDI tomu tak nebylo.

Subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací je u klientů zřejmý i v ochotě pokračovat ve stavění rodinných konstelacích, možnosti využít této metody při řešení dalších problémů. O zásadním vlivu rodinných konstelací na zlepšení psychického a zdravotního stavu je obtížné hovořit, toto téma by vyžadovalo větší výzkumný soubor a několikaleté psychoterapeutické působení.

Souhrn

Tématem mé práce bylo hodnocení rodinných konstelací klienty denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

V teoretické části jsem se věnovala vymezení pojmu psychoterapie, předmětu psychoterapie, jejím druhům, cílům a formám. Zajímalo, jakým způsobem je nahlížena psychoterapeutická změna a psychoterapeutický vztah a proces, jaké jsou současné psychoterapeutické směry a metody.

Snažila jsem se popsat rodinnou a systemickou terapii, systemický přístup, definovat termín systém a představit významné představitele rodinné a systemické terapie. V případě rodinné terapie jsem se v krátkosti zmínila o Bowenově terapii rodinných systémů, strukturální terapii, strategické rodinné terapii a zážitkově orientované rodinné terapii. U systemické terapie jsem se věnovala milánské škole, narativní terapii, reflektujícímu týmu, vícegeneračnímu konceptu a krátké terapii orientované na řešení. Pokusila jsem se vymezit také základní techniky systemické terapie.

V další části teoretické části jsem se věnovala rodinným konstelacím, systemicko-fenomenologickému konceptu rodinných konstelací, popisu stavění rodinných konstelací a léčivému účinku této metody. Snažila jsem se uvést základní principy rodinných konstelací, mezi které patří Hellingerovo pojetí „řádu“, „domýšlivosti“ a „zapletení“, nebo „dávání“ a „braní“ apod.

V teoreticko-kritické analýze jsem se pokusila nastítnit základní literaturu o rodinných konstelacích, která je dostupná na našem trhu, a výsledky výzkumů těch, kteří se nějakým způsobem rodinným konstelacím ve svých výzkumných šetření věnovali. Ti, kteří se účinkem rodinných konstelací zabývali, hodnotí rodinné konstelace pozitivně. Jejich práce se však týkají účinku rodinných konstelací při práci s nepsychiatrickými klienty.

Ve svém výzkumné šetření jsem se zaměřila na zjištění subjektivního účinku rodinných konstelací u klientů denního stacionáře z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10. Zlepšení zdravotního stavu bývá u rodinných konstelacích, inscenovaných mimo léčebná zařízení, vnímáno jako doprovodný jev. V denním stacionáři je tato metoda využívána v rámci léčebného procesu při skupinové psychoterapii. Zajímalo mě, zda klienti tuto metodu vnímají jako přísnou, v určitém slova smyslu efektivní, a jak toto vnímání koreluje s výsledky objektivních testových metod. S ohledem na výzkumný záměr jsem zvolila kvalitativně-

kvantitativní výzkum. Cíl výzkumu jsem formulovala do podoby čtyři výzkumných otázek a tří výzkumných hypotéz. Výzkumné otázky se týkaly představ klientů o rodinných konstelacích před nástupem do denního stacionáře, témat konstelací, pocitům, které klienti prožívali v průběhu konstelací, změnách po konstelacích a celkovému hodnocení rodinných konstelací. Výzkumné hypotézy byly zaměřeny na zjištění rozdílu v životní spokojenosti klientů, v jejich depresivní a úzkostné symptomatologii a závažnosti psychopatologických symptomů v průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení.

Data jsem získávala pomocí polostrukturovaného interview, dotazníků a sebeposuzovacích škál. Polostrukturované interview jsem s klienty prováděla na konci jejich léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení. Ve stejném časovém rozmezí jsem od klientů získávala data prostřednictvím dotazníku životní spokojenosti (DŽS), Beckovy subjektivní stupnice deprese (BDI), Beckova anxiózního inventáře (BAI), škály generalizované úzkosti (GAD-7) a Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). Data z polostrukturovaného interview jsem fixovala v podobě audiozáznamu, u kvantitativních dat v podobě vyhodnocovacích archů u jednotlivých testových metod. Při zpracování dat jsem provedla transkripci zvukového záznamu do písemné podoby a redukci 1. řádu, u kvantitativních dat jejich vyhodnocení. Získaná data jsem analyzovala pomocí kódování, editorování a barvení textu. Použila jsem také metodu vytváření trsů, kdy jsem části textu seskupovala na základě tématického překryvu. Při analýze kvantitativních dat jsem použila Wilcoxonův pořadový test pro párové hodnoty. Etická pravidla výzkumu jsem se snažila ošetřit získáním informovaného souhlasu od klientů a označením osobních údajů klientů speciálním kódem.

Výzkumný soubor byl tvořen 14 klienty denního stacionáře, 12 ženami a 2 muži. Věkové rozmezí klientů bylo 22 – 59 let, přičemž klienti splňovali všechna tři výzkumná kritéria, kterými byly šestitýdenní pravidelná docházka do denního stacionáře, účast na minimálně jedné konstelaci a diagnóza k diagnostického okruhu F4 podle MKN-10.

Ve výsledcích kvalitativního výzkumu jsem se věnovala popisu denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, stručné charakteristice diagnostického okruhu F4 podle MKN-10 a odpovědím na výzkumné otázky. Zjistila jsem, že představu o rodinných konstelacích má přibližně polovina klientů denního stacionáře, a to především z předešlé léčby v tomto zařízení. Témata konstelací se týkala rodinných a

partnerských vztahů, pracovních vztahů, zdravotních problémů a vztahu k vlastní osobě. Klienti během konstelací vnímali pocity úzkosti, strachu, bolesti, třesu, pláč. Změnu po konstelacích zaznamenali v porozumění svým problémům, vztahům v rodině, uvědomění si svého onemocnění, získání náhledu, zvýšení sebevědomí apod. Rodinné konstelace klienti denního stacionáře hodnotí velmi kladně. V osobních životě se vliv této metody projevil asi u poloviny z nich. Ostatní vypovídají o kolísání psychického a zdravotního stavu nebo jeho zhoršení.

Výsledky kvantitativního výzkumu částečně potvrzují zjištěná kvalitativní data. V průběhu léčby v denním stacionáři a tři měsíce po jejím skončení nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl v životní spokojenosti klientů. V depresivní symptomatologii nebyl zaznamenán rozdíl při použití testové metody BDI. V dimenzi deprese u SCL-90 rozdíl zaznamenán byl. V úzkostné symptomatologii bylo zjištěno zlepšení při použití všech testových metod, jak BAI, tak GAD-7 a dimenze anxiозita u SCL-90. V závažnosti psychopatologických symptomů u SCL-90 došlo k výraznému zlepšení.

Subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací je u klientů zřejmý na konci léčby v denním stacionáři, tři měsíce po jejím skončení vnímá účinek konstelací asi polovina z nich. K přesnějšímu zhodnocení rodinných konstelací při terapeutické práci sklienty z diagnostického okruhu F4 podle MKN-10 by bylo potřeba dalších výzkumných šetření.

Literatura

Adlerová, I. (2008). Sestra nebo bratr? Sourozenci vás ovlivní na celý život. *Psychologie dnes*, 7-8, 21-23.

Andrlová, M. (2005). Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty. Praha: Triton.

Beck Anxiety Inventory. (n.d.). Retrieved February 25, 2009, from http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Anxiety_Inventory

Beck Depression Inventory. (n.d.). Retrieved February 25, 2009, from http://en.wikipedia.org/Beck_Depression_Inventory

Beck, T.A., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. Oxford: Pearson Assessment.

Beck, T.A., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Benson, N. C., & Van Loon, B. (2005). *Psychoterapie*. Praha: Portál.

Bílý, J. (2007). Úžasná síla celku: organizační, podnikové a experimentální konstelace. Praha: Pragma.

Bouček, J. (2002). *Psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Červinková, H. (2006). Podívejte se na vlastní rodinné problémy zvenčí. *Psychologie dnes*, 5, 32–33.

Derogatis, L.R. (1977). Self – Report Symptom Inventory (SCL-90). Oxford: Pearson Assessment.

Dotazník životní spokojenosti (2003). *Psychodiagnostické sešity, příloha Psychologie dnes*, 2, 1.

Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.

Franke, U. (1996). Systemische Familienaufsteleung. Eine Studie zu systemischer Verstrickung und unterblochener Hinbewegung unter besonderer Berücksichtigung von Augstpatienten. Mnichov: Profil Verlag.

Franke – Gricksch, M. (2006). „Patříš k nám!„: rodinné konstelace s dětmi. Praha: Shambhala.

Gjuričová, Š. (2000). Terapie začíná už před příchodem klienta. *Psychologie dnes*, 6 (12), 20–21.

Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy. Praha: Grada.

Gjuričová, Š., Kubička, J., & Špitz, J. (1998). Vidět věci jinak: rozhovory rodinných terapeutů. Praha: SLON.

Hanušová, I. (2004). Indikace a cíle psychoterapie. In J. Vymětal a kol., *Obecná psychoterapie* (s. 39 – 47). Praha: Grada.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.

Hašto, J. (1997). Rodinná terapia: prehľad základných pojmov a východisiek, použitie v praxi. Trenčín: Integra Michalovce a Betlehem Trenčín.

Hellinger, B. (2000). Skrytá symetrie lásky. Praha: Pragma.

Hellinger, B. (2007). Rodinné konstelace: imperativy lásky. Praha: Triton.

Hellinger, B., & Neuhauser, J. (2005). Partnerské terapie Berta Hellingera. Praha: Pragma.

Hellinger, B., & ten Hövel, G. (2004). Rodinné konstelace: objevná síla. Praha: Triton.

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Academic Dissertation*. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry.

Hoskovec, J., Nakonečný, M., & Sedláková, M. (2003). Psychologie XX. století. Praha: Karolinum.

Höppner, G. (2001). „Heilt Demut – wo Schicksal wirkt?“ Eine Studie zu den Effekten des Familienstellens nach Bert Hellinger. Mnichov: Profil Verlag.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2002). Psychiatrie. Praha: Tigris.

Hučín, J. (2001). Tělo si o pomoc řekne samo. *Psychologie dnes*, 6, 9-12.

Jonesová, E. (1996). Terapie rodinný systémů: vývoj v milánských systemických terapiích. Hradec Králové: Konfrontace.

Justen – Horsten, A. (2004). Systemická rodinná terapie. In J. Vymětal a kol., Obecná psychoterapie (s. 301 – 319). Praha: Grada.

Knoblochová, J. a kol. (1968). Psychoterapie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Kopřiva, K. (2000). Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál.

Kožnar, J. (1992). Skupinová dynamika: teorie a výzkum. Praha: Karolinum.

Kratochvíl, S. (1968). Psychoterapie. Praha: SPN.

Kratochvíl, S. (1987). Psychoterapie: směry, metody, výzkum. Praha: Avicenum.

Kratochvíl, S. (2001). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén.

Kratochvíl, S. (2006). Základy psychoterapie. Praha: Portál.

Kubešová, I. (2008). Předem určené pozici v rodině neunikneš. *Psychologie dnes*, 2, 39-42.

Lovasová, L. (2006). Rodinné vztahy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Malíková, K. (2006). Rodinné konstelace Berta Hellingera jako terapeutická a poradenská metoda. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha.

Martof, P. (2006). Zkušenost s vědomým prožíváním v procesu sebepoznání. Masarykova univerzita, Brno.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1999). Family Therapy Techniques. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.

Mraz, R. (2006). Nachgeprüft. Ergebnisse einer 10 – Jahres – Katamnese aus über 850 Aufstellungen. *Praxis der Systemaufstellung*, 2, 94-101.

Nakonečný, M. (2000). Lidské emoce. Praha: Academia.

Nelles, W. (2004). Rodinné konstelace. Praha: Alternativa.

Nelles, W. (2007). Amorův šíp: láska, touha a růst v partnerském vztahu. Praha: Agamé.

Pänzinger, C. (2004). *Sind Arbeitsbeziehungsaufstellungen hilfreich in der stationären Kinder – und Jugendhilfe? Zwei Fallstudien über Elternarbeit in SOS – Kinderdorffamilien und Darstellung der Konsequenzen für die Soziale Arbeit.* Diplomová práce, Katholische Stiftungsfachhochschule, Mnichov, Německo.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada.

Reiterová, E. (2003). Základy statistiky pro studenty psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého.

Rieger, Z., & Vyhnálková, H. (1996). Ostrov rodiny: integrující přístup pro práci s rodinou. Hradec Králové: Konfrontace.

Rodná, K. & Rodný, T. (2001). Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum.

Říčan, P., & Krejčířová, D. et al. (2006). Dětská klinická psychologie. Praha: Grada.

Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

Svoboda, M. (2005). Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál.

Ruppert, F. (2008). Trauma a rodinné konstelace. Praha: Portál.

Růžička, J. (1998). In Psychoterapie V.: sborník přednášek. Praha: Triton.

Satirová, V. a kol. (2005). Model růstu: za hranice rodinné terapie. Brno: Cesta.

Schlötter, P. (2005). Vertraute Sprache und ihre Entdeckung. Systemaufstellungen sind kein Zufallsprodukt der empirische Nachweis. Heidelberg: Carl – Auer – Systeme Verlag.

Störig, H. J. (2000). Malé dějiny filosofie. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Schwer, B. (2004). *Kann die systemische Psychotraumatologie Betreuern und Eltern beim Umgang mit hyperaktiven kindern helfen? Einsichten gewonnen aus Familienaufstellungen an einer Heilpädagogischen kindertagesstätte.* Diplomová práce, Katholische Stiftungsfachhochschule, Mnichov, Německo.

Špicarová, V. (2007). Rodinné konstelace. Ročníková práce, Univerzita Palackého, Olomouc.

Špitz, J. (2001). Rodina sama je společenstvím změny. *Psychoterapeutické sešity II/1*, 14–16.

Timuřák (2006). Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál.

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

Van Kampenhout, D. (2007). Obrazy duše (Duše v šamanských rituálech a rodinných konstelacích). Praha: MAITREA.

Von Schlippe, A., & Sweitzer, J. (2006). Systemická terapie a poradenství. Brno: Cesta.

Vymětal, J. (1987). Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky. Praha: Horizont.

Vymětal, J. (1995). Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace.

Vymětal, J. (1996). Základy rogerovské psychoterapie. In J. Růžička, Psychoterapie I.: sborník přednášek (s. 156 – 157). Praha: TRITON.

Vymětal, J. a kol. (2004). Obecná psychoterapie. Praha: Grada.

Výrost, J., & Slaměník, I. (1997). Sociální psychologie – Sociálna psychológia. Praha: ISV.

Zeig, J. K. (2005). Umění psychoterapie. Praha: Portál.

Přílohy

Příloha č. 1: Abstrakt

Příloha č. 2: Rozvrh denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice
v Hradci Králové

Příloha č. 3: Transkripce audiozáznamu

Příloha č. 4: Úprava transkripce audiozáznamu polostrukturovaného interview

Příloha č. 5: Seznam tabulek

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: Filozofická

Katedra: Katedra psychologie

Školní rok: 2008/2009

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Veronika Špicarová

Obor: Psychologie - jednooborová

Rok imatrikulace: 2004

Vedoucí práce: MUDr. Petr Mílek

Oponent: PhDr. Martin Dolejš

Počet stran: 92 s.

Název diplomové práce: Hodnocení rodinných konstelací klienty denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Abstrakt diplomové práce:

Cílem mé práce bylo zjistit subjektivně vnímaný účinek rodinných konstelací klientů denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

V teoretické části se věnuji vymezení pojmu psychoterapie, předmětu psychoterapie, jejím druhům, cílům a formám. Zajímá mě, jakým způsobem probíhá terapeutická změna, jak je nahlížen psychoterapeutický vztah a proces, jaké jsou současné psychoterapeutické směry a metody. Dále se zabývám rodinnou a systemickou terapií, definicí systému, popisem systemického přístupu a významným představitelům rodinné a systemické terapie. V další části se věnuji popisu rodinných konstelací a systemicko-fenomenologickému konceptu této metody. Zajímá mě proces stavění rodinných konstelací a základní principy této metody

Ve výzkumné části své se zaměřuji na to, jakou představu o rodinných konstelacích mají klienti denního stacionáře, jakých tématických okruhů se jejich konstelace týkají, jaké pocity klienti denního stacionáře při stavění konstelací vnímají. Zajímá mě, zda došlo u klientů k nějaké změně po skončení konstelací a jakým způsobem rodinné konstelace hodnotí. Zjištěná kvalitativní data se pokusím podložit výsledky testových metod a zjistit, zda došlo k signifikantnímu rozdílu v životní spokojenosti klientů, v jejich depresivní a úzkostné symptomatologii a závažnosti psychopatologických symptomů.

Klíčová slova:

rodinné konstelace Bert Hellinger denní stacionář psychoterapie systemická terapie

University: Palacky University
Department: Department of Psychology

Faculty: Philosophical Faculty
Academic year: 2008/2009

DIPLOMA DISSERTATION THESIS ABSTRACT

Name & Surname: Veronika Špicarová

Field of study: Psychology

Year of immatriculation: 2004

Supervisor: MUDr. Petr Mílek

Opponent: PhDr. Martin Dolejš

Number of pages: 92 pp.

Topic: Family constellations evaluation by clients in Social Welfare Institution at the Psychiatric Clinic of University Hospital in Hradec Kralove

Diploma Dissertation Thesis Abstract:

My work is engaged in perceptive effect of family constellations by clients in Social Welfare Institution at the Psychiatric Clinic of University Hospital in Hradec Kralove.

In theoretical part I'm interested in definition of psychotherapy, main object of psychotherapy, types, goals and forms of psychotherapy. I'm trying to find out what the therapeutic change means, how the therapeutic relationship and process are accepted, which therapeutic ways and methods exist nowadays. Then, I'm interested in family and systemic therapy, definition of system, systemic therapy description and main family and systemic psychotherapy representatives. I'm trying to describe family constellations, systemic-phenomenological concept of family constellations in next part. I'm interested in family constellations displaying and main principles of that method.

In experimental part my aim is to find out what is the family constellations image of clients in Social Welfare Institution, which family constellations topics, emotions and changes are important for clients. I'm also interested in family constellations evaluation by clients. I'm trying to find out if there is any difference among life satisfaction, depressive and anxious symptomatology and psychopathological symptoms.

Keywords:

family constellations
psychotherapy

Bert Hellinger
systemic psychotherapy

Social Welfare Institution

Příloha č. 2: Rozvrh denního stacionáře Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové

- 8:00 – 8:30 otevření stacionáře
- 8:30- 9:15 komunita
- 9:15- 10:00 denní vizita s lékařem (individuální)
- 10:15- 11:45 skupinová psychoterapie (2x týdně), nácvik dovedností (1x týdně)
psychoedukace (1x týdně), hodnocení týdne a plánování víkendu (v pátek)
- 12:00- 13:00 oběd
nácvik relaxace- autogenní trénink
- 13:00 – 14:30 odpolední aktivity (arteterapie, muzikoterapie, práce s tělem, expoziční
terapie v terénu, sportovní aktivity)
- 13:00 – 16:00 individuální psychoterapie s lékařem, cca. 1x týdně
- 14.30- 15:00 společná komunita - plánování volného času – odchod domů
- od 15:00 do 16:00 dle dohody s vedoucím lékařem rozhovory s rodinnými příslušníky.

Příloha č. 3: Transkripce audiozáznamu

Číslo řádku	Aktér	Obsah	Poznámky a pozorování
1	tazatel (TA)	Jakou jste měla představu o rodinných konstelacích, než jste nastoupila do denního stacionáře?	
2	účastník (UC)	To jsem ani neměla, teda.	
3	TA	Neslyšela jste o této metodě?	
4	UC	Tak asi jo, ale neuměla jsem si to představit, jo tak nějak, až tady jsem poznala, ale tak nějak matně jsem věděla.	
5	TA	Jakým způsobem jste řešila svoje problémy, než jste nastoupila do denního stacionáře?	
6	UC	Tak akorát u té paní doktorky na psychiatrii, že se mě jako pořád vyptávala, takže jsem se tam mohla svěřit, takže to si myslím, že mě hodně pomohla...pak jsem chodila i k sociální pracovníci, takže tam jsem se taky hodně podívala, takže ta taky mě jako hodně pomáhala... a pak taky jako se mi věnovala i vlastně ta paní jako jedna, abych se dostala k manželovi, tak hned 14 dní potom jako přišla a řekla, mi nabídla, takže takovou tu metodu, že mi dělala reiki, no prostě, takovým tím způsobem, že mi dávala do hlavy věty, který by mě mohli pomoci, jo, tak abych to jako procítila nějak, tak si myslím, že mě to taky hodně pomohlo. Posílala mě i na dálku jako, chodily jsme jako objímat stromy spolu, to si pak dělám i teď sama, že si myslím, že mě hodně pomohla. Pak tady už jsem byla ve stacionáři, tak už hodně tady.	
7	TA	Takže předtím jste se pokoušela řešit svoje problémy individuálně?	
8	UC	No, tak nějak.	
9	TA	Kolikrát jste stavěla rodinné konstelace v denním stacionáři?	
10	UC	Jo, ono to je jednoduchý. Já vím, že jsem se nikdy nepřihlásila, že to prostě to chci řešit a hrozně se bojím, já nevím, že akorát když mě pan doktor sám jako od sebe... Takže jsem já na tom byla jednou, dvakrát...pak asi, jako...pak ještě, když jsem byla jako samostatně, tak jsem to tak dělávala. To mám taky do toho počítat? Takže asi čtyřikrát....protože já nejsem schopna se přihlásit.	
11	TA	Dalo by se říct, že se bojíte řešit svůj problém před skupinou?	
12	UC	Já se nějak, já se bojím.... Já se bojím, ale říkám už je to o hodně lepší, že jsem si říkala, že už to snad někdy dokážu.	
13	TA	Znáte důvod svého strachu?	
14	UC	Já nevím, já to chci řešit, jo různě, ale já nevím. Já si to neumím vysvětlit, přitom to chci jako hrozně řešit, ale prostě tu ruku nezvednu.	
15	TA	Stavěl s Vámi doktor Mílkem konstelace i individuálně?	
16	UC	Jo, to jako jo. To asi víckrát, než jak jsem říkala čtyřikrát, to bude asi víckrát. Já si to teď neuvědomím, to bude víc jako. Určitě o dost víc, ale teď nevím.	

17	TA	Jakého tématu se vaše konstelace týkaly?	
18	UC	Jako nejdřív jsem řešila, že jsem chtěla jako, pořád si jako dávám vinu, tak abych mu odpustila, to jsem řešila tady už dvakrát jako, jo? Potom jako chronickou chorobu...že je příčinnou taky těch mejch potíží jsem si uvědomila jako hodně...no ta nemoc jako, že se řešila. No teď jako vždycky mám nějaký jiný témata, ale nedokážu se teda přihlásit, spíš se to pořád dokola, tak nějak.	Mluví potichu
19	TA	Vnímáte nějaký rozdíl mezi tím, když si stavíte vlastní konstelaci, jste v roli zástupce nebo se na konstelaci díváte?	
20	UC	Mě to pomůže i hodně se koukat. Z každý konstelace si teda něco vezmu, hodně mi to dá a ze začátku jsem nedokázala se ani, když jsem jako měla začínat to hrát, tak se mi někdy nastrádaly ty problémy, že jsem nedokázala se do toho jako vžít. Teď už je to třeba, čím jsem tady dýl... že už se jako cítím mnohem jako líp, když to mám teda někomu hrát, než teda ze začátku...i když jsem tedy jako neodmítla, myslím, že jsem tady odmítla jednou... protože jsem se necítila dobře.	
21	TA	Podle jakého systému si vybíráte své zástupce?	
22	UC	Bych řekla, že tak nějak jak vidím, že se dokážou vžít, že už to nějak poznám, když se na ně koukám, že se dokážou do té situace nejlíp vžít, tak podle toho...že jako poznám, kdo to dokáže procítěně zahrát, takže spíš podle toho.	
23	TA	Co jste cítila, když jste stavěla svoji vlastní konstelaci?	
24	UC	No, bolest jako, hroznou bolest taky...ježíš maria, ono toho je víc, úzkost, prostě jako...jako spíš zhoršení toho zdravotního stavu.	
25	TA	Co vnímáte, když jste v roli zástupce?	
26	UC	No někdy jo, když se to týká přímo třeba jako mého problému, tak jo, tak to cítím. Třeba v tu chvíli, to mě bylo hrozně špatně, že si třeba vzpomenu na svůj problém a je mi třeba hrozně zle taky při tom, jo. Já nevím, co jsem to tam hrála, vím, že jsem strašně myslela na manžela, že se mě to hrozně týkala, takže mě bylo hrozně jako... osud vlastně, osud jsem měla hrát. To bylo první, to jsem se cejtla snad nejhůř. No,že se mi prostě všechno...	Obtížně hledá slova
27	TA	Vnímáte nějaké pocity, i když se na konstelaci jenom díváte?	
28	UC	Tak taky, taky. Ono většinou se mě tam vždycky něco týká teda. Něco se vždycky najde, buď je to silnější nebo slabší, ale vždycky....ale vždycky, vždycky něco. Já bych řekla, že mi to vždycky něco dá. Já bych řekla, že mi to hodně dalo.	
29	TA	Jak na vás působí lidi v roli zástupce?	
30	UC	Já si to jako úplně jako představuju, jako že jsou. Úplně to jako vidím, takže když se do toho nedokážu vžít, tak třeba jsem měla hroznej problém, že třeba jsem se měla vžít, že třeba sedí manžel a já jsem prostě v tu chvíli, jako mě to vůbec nešlo, úplně jsem byla někde mimo a prostě, jak se do toho nevžiju, tak to nejde. Ale to se mi stalo, ještě že se mi to nestává často, výjimečně, jo.	

		Ale prostě jsem si jako nepomohla, jo? Jako prostě chtěla jsem, ale jako bych v hlavě měla nic...prostě.	
31	TA	Jaký jste měla pocit po skončení konstelací?	
32	UC	Vždycky potom se cejtím o hodně unavenější jako...jako, že mě to hodně vyčerpá, jo?	
33	TA	Cítíte nějakou změnu?	
34	UC	Já jsem třeba věděla, že jsem přepracovaná nebo že se podílela na mý nemoci, ale stejně jako kdybych na to zapomínala. Až když jsem se dostala na to dno, tak prostě... ještě bych si to jako uvědomovala a naskakovaly mi samý negativní věci, jo, co by mě možná ani nenaskočilo.jo? Že jsem si hodně věcí neuvědomovala dřív. I prostě myslím jako, že to pomůže hodně.	
35	TA	Jak dlouho po skončení konstelace o ní přemýšlíte?	
36	UC	No, hodně hodně. To jedu domů a doma prostě, o každým dnu, co jsem tu, tak prostě... Přijdu domů, že jo, a chvíli si odpočinu....a nedá si ani vypnout, že jo? Musím říct, že dobu.	
37	TA	Jakou změnu cítíte ve svém životě po konstelacích?	
38	UC	Mě to jako připadne, když si to začínám jako víc uvědomovat, tak pořád si dávám naději, že když jako...že když se na to přijde, že bude jako líp prostě.	
39	TA	Co by pro vás bylo změnou?	
40	UC	Mě hlavně trápěj ty bolesti, no, to hodně moc.	
41	TA	Takže byste se chtěla zbavit bolestí?	
42	UC	Nebo aspoň mírnější mít. Má pořád slabší nebo silnější a neznám tělo bez bolesti, no. Ty úzkosti, to jsem teda ani dřív nevnímala, to mě teda taky trápilo. Pro mě jsou nejhorší ty bolesti těla, no. I ty úzkosti, už je mám třeba silnější, jo? Prostě ty bolesti těla a hlava...taky pořád dokola.	Mluví velmi potichu
43	TA	Co jiného se mimo konstelací mohlo na uvědomí, o kterém jste mluvila, podílet?	
44	UC	No já myslím, že jo, že bych se potřebovala dostat do nějaký pohody jako. Jo takový, že já si pořád připadám...říkám rodinu mám velkou, ale pořád si připadám, že žiju sama, tak nějak. Připadá mi, že se jim vyhejbám jako. Jak jsem tady teda mluvila o těch rodičích, že jo, tak to jde taky až do extrému, že jo, že všechno moc škodí. Takhle bych se teda nechtěla chovat ke svejm dětem, jo? No a s dětma mám pěkný vztah, ale prostě, co žiju sama, tak prostě je to jiný, no, tak prostě... mi připadá, že dětem přidělávám starosti. A pan doktor Mílek mi hodně pomohl, jak s nima mluvil, jak tady byly, takže už tak teď netelefonuju, že už je to tak všechno klidný, jo? Ne že bysme spolu nebyli ve styku, ale nebavíme se teď už teda vůbec o nemoci, už se mě ani neptaj, jo? Takže spíš jenom co je novýho.	
45	TA	Kdybyste měla možnost, pokračovala byste ve stavění konstelací?	
46	UC	Já si myslím,že jo, že to asi pomůže. Já si myslím, že jo. Já si myslím,že mí vždycky nějakou, aby si člověk odpočinul, jo, a pak zase znova, jo. Jako neumím si představit, ono to je jako vyčerpávající, jo, že asi by to taky nebylo vhodný, že jo, si myslím, protože člověka to úplně, já nevím... Já vím, že jsem potom o hodně unavenější jo?...i takhle jsem unavená. Prostě mít nějakou pauza a zase, ale že to pomáhá	

		teda, no asi to k tomu patří ta únava.	
47	TA	Děkuji vám za rozhovor.	

Příloha č. 4: Úprava transkripce záznamu polostrukturovaného interview (redukce 1. řádu, editorování, grafická úprava textu)

Číslo protokolu: 02/04

Datum, čas a místo kontaktu: 29.12.2008, 14:30, kavárna Boulevard, Hradec Králové

Způsob kontaktu: setkání za účelem druhého polostrukturovaného interview tři měsíce po skončení léčby v denním stacionáři

Krátce průběh: setkání v kavárně Boulevard, provedení polostrukturovaného interview, neformální rozhovor o současném stavu klienta

Účastníci rozhovoru: TA – tazatel, UC - účastník

Polostrukturované interview

- 1 TA *Jak s odstupem času rodinné konstelace hodnotíte?*
- 2 UC *Dobře. Já jsem si díky těm konstelacím něco uvědomila. Asi víc věcí, jinak bych si to nikdy neuvědomila. Že se na tý mý nemoci podílí to přepracování svým způsobem. To asi nejvíc.*
- 3 TA *Co jste stavěním konstelací pro sebe získala?*
- 4 UC *Toho bylo víc. Myslím, že jsem se jako hodně změnila, že prostě ta práce někdy není na prvním místě, že je to spíš zdraví.*
- 5 TA *Všimla jste si nějaké změny ve svém životě díky konstelacím?*
- 6 UC *Jakože vnímám přítomnost nejdřív. Už si všímám i jinejch věcí.*
- 7 TA *Jak dlouho si myslíte, že tato změna bude trvat?*
- 8 UC *Já si myslím, že to ve mně zůstane. Že tohle se vůbec nedá pominout.*
- 9 TA *S kým jste sdílela zážitky z konstelací?*
- 10 UC *Asi jenom s dcerou. Něco jsem jí řekla. Hlavně jsem jim ((dětem)) řekla o tý práci, o tý mý chorobě, ale abych to s nima rozebírala, to ne.*
- 11 TA *Mluvila jste s nimi o tom, jak stavění konstelace probíhá?*
- 12 UC *To jsem jim říkala. Že je to zajímavý, že do druhýho člověka se člověk dokáže nějak vžít a sobě si nedokáže pomoci. Jakože je to neuvěřitelný.*

- 13 *TA* *Všimli si nějaké změny i lidé ve vašem okolí?*
- 14 *UC* Já myslím, že děti. Ale někdy mi řeknou, abych už na to nemyslela. Ale
v takových aktivitách mě podporují. Spíš chtějí, abych si nepřidělávala
starosti.
- 15 *TA* *Děkuji za rozhovor.*

Použité značky:

(()) vysvětlení

dobře důraz

. klesající intonace, konec věty

Příloha č. 5: Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Tabulka č. 2: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI)

Tabulka č. 3: Beckův anxiózní inventář (BAI)

Tabulka č. 4: Škála generalizované úzkosti (GAD-7)

Tabulka č. 5: Self – Report Symptom Inventory (SCL-90)