MASARYKOVA UNIVERZITA
Fakulta sociálních studií
Katedra psychologie

MUDr. David Skorunka

NARATIVNÍ PŘÍSTUP V PSYCHOTERAPII: POHLED PSYCHOTERAPEUTA A KLIENTA

Disertační práce

Školitel: prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.

Brno 2008

Čestně prohlašuji, že jsem předkládanou disertační práci vypracoval samostatně s adekvátním uvedením všech odborných zdrojů. Začlenění kasuistik i dotazníků do disertační práce je provedeno se souhlasem klientů, s nimiž jsem spolupracoval. Přesto jsou osobní údaje důsledně změněny či modifikovány tak, aby byla zachována jejich anonymita.

……..

V Hradci Králové, 31.8.2008 David Skorunka

Poděkování náleží všem, kteří mě nezištně provázeli, provázejí a povzbuzujícím způsobem ovlivňovali či stále ovlivňují v mém osobním životě i mé profesionální dráze. Díky patří profesoru Jiřímu Marešovi, mému školiteli profesoru Ivo Čermákovi a všem, kteří svými radami, komentáři i navrhovanými korekturami přispěli ke konečné podobě tohoto textu. V neposlední řadě si zaslouží poděkování i lidé, jejichž životní příběhy jsou důležitou součástí této práce.

OBSAH

1. **Předmluva:**……3

2. **Teoretická část**

Příběhy, kultura a psychoterapie

a) Úvod……..6

b) Metafora příběhu a vyprávění v psychologii a společenských vědách……...13

c) Vyprávění a příběh v psychoterapii……17

d) Narativita v psychodynamických přístupech……..24

i. Hlavní předpoklady……24
ii. Narativita a psychodynamické pojetí……..25
iii. Vztahová zápletka životního příběhu……..26
iv. Interpersonální rovina konceptu CCRT……..……29
v. Narativně psychodynamický pohled na vývoj identity člověka……..30

e) Narativita v konstruktivisticky orientované psychoterapii……..32

i. Hlavní předpoklady……32
ii. Kognitivní procesy a narativita……...……33
iii. Konstruktivisticky zaměřená narativní terapie……34
iv. Snahy o širší perspektivu a výzkum……35

f) Narativita v existenciálně zaměřené psychoterapii……....37

i. Existenciální témata……....38
ii. Předpoklady a cíle……...39
iii. Význam smysluplného životního příběhu……...41
iv. Existenciální dilemata a zdraví……...42

g) Narativní prvky v rodinné terapii……43
i. Hlavní předpoklady……44
ii. Obrat ke kulturním příběhům a společenským diskurzům……..44
iii. Využití narativní metafory v práci s rodinou……..46
iv. Kritické ohlasy……....47
v. Realita jako konstrukce nebo reálnost útrap života?.....49

h) Narativní terapie inspirovaná sociálním konstrukcionismem……51
i. Teorie sociálního konstrukcionismu……...51
ii. Kritika diskurzu „deficitu“……54
iii. Terapeutické aspekty……..58
iv. Narativní terapie……61

Narativita z pohledu vývojově sociální psychologie a psychologie zdraví

a) Narativní schopnosti a emočně významné zážitky……74

i. Vývojově sociální pohled na interakce a vztahy v rodině……74
ii. Vývoj vztahů a teorie citové vazby (angl. *attachment theory*)……..75
iii. Rozvoj narativních schopností……...77
iv. Současný výzkum v teorii citové vazby……81
v. Význam teorie citové vazby z hlediska sociální perspektivy a psychologie zdraví……..83

b) Význam narativních schopností a vyprávění pro zdraví…….87

c) Narativita jako integrující koncept……..…90

3. Aplikační část

a) Kvantitativní a kvalitativní výzkum……94
b) Výzkum v psychoterapii……..95
c) Případová studie jako metoda výzkumu v psychoterapii……96
d) Zdůvodnění výběru metody narativní případové studie……..99
e) Příklady relevantního výzkumu……100

Případové studie……..……103

f) Kontext spolupráce…….……...103
g) Kritéria výběru případů…….105
h) Případová studie č. 1. ……...106
i) Případová studie č. 2. ……...128
j) Případová studie č. 3. ……....43

4. Diskuse……...163

5. Závěr……..168

6. Literatura……...175

7. Příloha……189

1. PŘEDMLUVA

Ve světě vědy, zejména v oblasti tzv. přírodních věd, je jedním z hlavních principů a také nejvíce ceněným aspektem vědecké práce zachování objektivity. Přesto zaměření vědce na určitou oblast světa či lidské činnosti v procesu zkoumání nebývá obvykle náhodné. Platí to i pro výběr tématu disertační práce, které v mém případě ovlivnily některé důležité osobní zkušenosti, o nichž se v předmluvě zmíním. Domnívám se, že osobní zaujetí, v některém případě i předpojatost (angl. *bias*), je nutné brát v úvahu a reflektovat, zejména zkoumáme-li různé aspekty psychoterapeutického procesu a terapeutických interakcí, zvláště když jsme těchto procesů součástí. Dovolím si vyslovit i takový názor, že tvorba disertační práce, má-li být důležitou součástí nejen profesionálního růstu, ale i osobního vývoje, musí podobnou reflexi obsahovat. I z odborné literatury je patrné, že tento postoj není ojedinělý, zvláště v kontextu výzkumu, jež se dotýká oblasti duševního zdraví či psychoterapie (Bracken, Thomas, 2001; Foster, 2006). Častěji bývá identita, motivace a záměr výzkumníka zmiňována autory, kteří používají metodologii kvalitativní anebo se hlásí k teorii sociálního konstrukcionismu (Foster, 2007).

Jedny z prvních zážitků osobní historie, které zřejmě podnítily v pozdější době můj zájem o narativní terapii a metaforu příběhu v psychoterapii a které si mohu vybavit, pochopitelně náleží do období dětství a dospívání. Ohlédnu-li se zpět do období předškolního věku a pokusím-li si vybavit obraz bytu, ve kterém jsem vyrůstal, zcela zřetelně se mi vybaví rozsáhlá otcova knihovna. Neznámá, často cizí jména a rozmanité názvy knih probouzely mou zvědavost od okamžiku, kdy jsem se naučil číst. Pohádky z nejrůznějších koutů světa a posléze antické báje a pověsti působily na mou představivost a díky nim jsem ještě jako nedospělý jedinec zavítal na mnohá místa, kam se mnozí dospělí nikdy nedostanou. Ještě dnes si vybavím čtenářské zaujetí, které se mě zmocnilo při četbě o strastiplné cestě Odyssea do rodné Ithaky, o hrdinských činech Hérakleových či o cestě Orfea do Podsvětí. I když jsem jako dítě netušil nic o významu mýtů, bájí a legend pro člověka, pouhé zápletky jednotlivých příběhů spojené někdy s jistým poučením zaměstnávaly mou mysl dostatečně. S blížícím se dospíváním mi často otec významně ukázal na nějakou knihu, aby dal najevo, že právě toto dílo stojí za přečtení. Po přečtení doporučeného titulu obvykle následovaly bouřlivé diskuse, výměny názorů či otcovská poučení o literárních kvalitách textu a také o autorovi a jeho životě, významném kontextu diskutovaného díla. Otcův důraz na poznání spisovatelova

života jako výchozího bodu pro porozumění jeho tvorby se stal základem pro mou zvídavost, se kterou jsem se při setkání s „pacienty“ snažil zajímat o jejich životy.

V průběhu studia na lékařské fakultě, jejíž výběr by se mohl zdát v kontextu ranných zkušeností jako pomýlený, jsem během klinických oborů poprvé začal vnímat příběhy nemocných lidí. Spolu s některými spolužáky jsme si tehdy opakovaně všímali, že lékař se s nemocným pacientem sice potkával fyzicky, ale každý z nich jakoby myšlenkově zůstával uvězněn ve vlastním světě. Zatímco pacient popisoval své potíže či subjektivní trápení, lékař se zajímal zejména o tzv. objektivní aspekty a diagnostické zařazení potíží. V některých případech toto míjení protikladných, leč navzájem se doplňujících světů, nijak nepřekáželo úspěšné léčbě. V případech jiných se naopak zdálo, že chybějící naslouchání tomu, co pacient o sobě a svém životě vypráví, je důležitým předpokladem porozumění a následně úspěšné léčbě. I dnes si snadno vybavím zážitek ze stáže na chirurgickém oddělení v 5. ročníku, kdy jsme byli vyzváni k tomu, abychom vyšetřili 74-letého pacienta, který právě absolvoval náročnou operaci – odstranění zhoubného tumoru v dutině břišní. Během vyšetření jsme se dozvěděli, že pacienta čeká ještě chemoterapie a že vyhlídky nejsou příliš příznivé. O to více jsme byli překvapeni klidnou a vyrovnanou výpovědí muže, který se s námi podělil o rekapitulaci svého života a vyjádřil spokojenost se svým životem i smířenost s pravděpodobně se blížícím koncem. Když jsme posléze referovali o průběhu vyšetření vyučujícímu, zmínili jsme své dojmy z pacientova vyprávění a poukázali jsme na jeho postoj k situaci a životní fáze, ve které se nacházel. Dalším překvapením byla pro nás reakce vyučujícího-zkušeného chirurga, který nás poučil, že podobné psychologizování do medicíny nepatří, a že na filozofování o životě a smrti máme ve svém věku dost času.

Zdálo se, že pro subjektivní svět nemocného člověka a pro příběhy, které potřebuje vyprávět a kterými se musí propracovat na cestě ke zdraví, bude větší prostor v psychiatrii než v tzv. somatické medicíně. První psychiatrické zkušenosti ale vedly spíše k rozčarování. I když došlo v posledních dvaceti letech k bezprecedentnímu rozvoji zobrazovacích technologií, v psychiatrii je stále základním nástrojem poznávání rozhovor. V průběhu psychiatrického vyšetření pacienti a jejich blízcí mají často možnost vyprávět příběhy, které jsou pro ně důležité a které často přinášejí cenné informace o tom, jak vidí sebe, další významné osoby v jejich životě a svět, jehož jsou součástí. Tyto příběhy často také obsahují vzpomínky na traumatické události, jejichž důsledky či osobní zpracování mají stále vliv na současný život. V současné psychiatrii ale příběhy a vyprávění mají význam pouze pro zařazení pacientových obtíží do jedné či několik nosologických kategorií v rámci klasifikace duševních nemocí (MKN-10, DSM-IV). Dominantní biologická perspektiva v psychiatrii

vychází z předpokladu, že u pacienta s pomocí diagnostického manuálu nejlépe určíme duševní onemocnění, které lze léčit s pomocí dostupných psychofarmak. Z pohledu lékaře hledajícího jistotu a orientaci v množství informací je tento postup pochopitelný. Z pohledu pacienta, jehož subjektivní vnímání vlastní zkušenosti je nahrazeno kategoriemi vytvořenými skupinami odborníků, může jít o překážku v porozumění, řešení či zvládání obtížné situace. A to i přesto, že jeho potíže mohou být snadno označené dostupnou diagnózou, což nebývá vždy zcela samozřejmé.

K mému zájmu o narativní přístup v psychoterapii významně přispěla právě setkání s psychiatrickými pacienty, kteří měli pocit nedostatečného porozumění ze strany personálu, kteří pociťovali absenci naslouchání a místo možnosti vyprávět svůj příběh zažívali devalvaci vlastní subjektivní zkušenosti. Důležitá pro mě byla i setkání s lidmi, kteří měli potřebu vyprávět svůj příběh, chápali možnost sdílení svého příběhu s terapeutem jako způsob hledání řešení své situace či svého problému, ale tato možnost jim byla v tradičním psychiatrickém systému upřena. Seznámení s narativní terapií pro mě bylo důležité v tom smyslu, že na problémy lidí vyhledávající pomoc pro psychické či tzv. psychosomatické potíže se lze dívat z jiné perspektivy. Kromě toho mě narativní přístup inspiroval k respektujícímu způsobu psychoterapeutické práce, která není založená na privilegovanému přístupu k vědění, ale spočívá v přijetí subjektivního vyprávění jako možného zdroje porozumění. Počáteční nadšení pro narativní terapii bylo samozřejmě nekritické. S odstupem času si dnes více než dříve uvědomuji, že žádný přístup není univerzální ani všemocný. Narativní terapie pro mě neznamená jen pojetí Michaela Whitea a Davida Epstona, jde o heterogenní způsob psychoterapeutické práce, který vychází z několika základních předpokladů. Narativní metaforu v psychoterapii lze též chápat jako jednotící prvek mnoha psychoterapeutických směrů.

Tématem předkládané disertační práce je narativní přístup v psychoterapii a rodinné terapii včetně tzv. narativní terapie, jejíž základy poprvé formulovali Michael White a David Epston v dnes již klasické publikaci *Narrative Means to Therapeutic Ends* vydané v roce 1990. Teoretická část práce je věnována současnému zájmu o narativní metaforu v psychologii, sociálních vědách a psychoterapii. Empirická část obsahuje detailní rozbor tří kasuistických případů (angl. *single case study*) a psychoterapeutického procesu, který vycházel z principů narativní terapie. Psychoterapeutický proces je zprvu nahlížen autorem disertační práce, který byl zároveň terapeutem, s cílem posouzení přínosu narativního přístupu, tzv. *construct validation research* (Hiles, 2005). Součástí tohoto zpracování je i pohled klientů. Ten je k dispozici v podobě výňatků z terapeutických sezení získaných audio-

záznamy a také díky dotazníku, který klienti vyplnili s určitým časovým odstupem po skončení psychoterapeutické spolupráce (podrobněji v empirické části).

2. TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Existují civilizace, které neznají kolo,
ale neexistují civilizace, které by neznaly příběh.
Joseph Campbell

Vývoj člověka a lidské společnosti je neodmyslitelný bez příběhů a vyprávění. Mýty, legendy, báje, pohádky, to vše tvoří kulturní dědictví, obsahující nedocenitelné poznatky o světě a lidské existenci. Velkolepé příběhy dávných civilizací jsou přitažlivé svou exotikou neobvyklého a rozmanitého, a přesto obsahují zápletky a témata, která jsou platná pro člověka žijícího uprostřed pouště, v rozsáhlých stepích či na úpatí majestátních velehor. Mnohé mýty nepostrádají svůj význam ani pro současného člověka, žijícího v globálně propojeném světě, využívajícího možnosti komunikačních technologií k překonání geografické vzdálenosti z jednoho kontinentu na druhý. I když vývoj nejrůznějších technologií v mnohém usnadnil a proměnil naše životy, zásadní témata týkající se podstaty a smysluplnosti existence, tajemství života a způsobů řešení prototypických situací či konfliktů se příliš nezměnila. Mýtus jakéhokoli druhu (ať staré báje řecké, indické, germánské atd.), ať pozdější legendy budhistické, hinduistické, křesťanské, islámské či jiné vytváří přímo archetypy základních lidských situací, postojů, konfliktů a tendencí a po věky věků byly protiváhou proti zbytnění individua (Machovec, 1998, str. 319).

Německý filozof Blumenberg uvádí, že mýty jsou příběhy, které jsou vypravovány proto, aby se něco zahnalo. V nejprostší podobě je to čas, v tom závažnějším strach (Blumenberg in Liessman, Zenaty, 1994). Ten byl zřejmě rozhodujícím faktorem, neboť mýty obvykle poskytovaly odpovědi na mnohá proč, vysvětlovaly různé děje, poskytovaly informaci o světě, přírodě a člověku. Mýty si ale nečiní absolutní nárok na pravdivost, jejich význam spočívá v přijatelnosti, v tom, jak poskytuje rámec pro vztah člověka k přírodě i

k sobě samému. Co se zdá racionálnímu vědeckému přístupu na přáních, touhách, úzkostech či motivech lidí obtížně pochopitelné, o tom jiným způsobem pojednávají příběhy mýtů, které možná právě proto jsou stále fascinující inspirací (Skorunka, 2006). Přitom mytické myšlení přetrvává a nelze hovořit o absolutní nadřazenosti racionálního myšlení ani v dnešní době, která má také své mýty. Co jiného je příběh o tom, jak se sociálně znevýhodněný jedinec vlastní pílí a vytrvalostí dopracoval k úspěchu a bohatství? Nebo osvícenské příběhy o vše spasitelné, neviditelné ruce volného trhu a vyřešení různých forem lidského utrpení s pomocí pokročilých biotechnologií?

Podle Campbella mytologické příběhy poskytovaly a stále mohou poskytovat určitou perspektivu, se kterou se můžeme dívat na vlastní život a snažit se porozumět tomu, co se v něm odehrává. Bez ohledu na kulturu a prostředí, jehož byly součástí, tyto mytologické příběhy se vždy týkaly podstatných otázek lidské existence, různých mystérií, přechodových rituálů (Campbell, 1991, 1993). Ve své podstatě sloužily často jako orientační body pro porozumění vlastního životního příběhu na pozadí příběhů, které se odehrávají okolo nás, jejichž bývám součástí, někdy i proti své vůli. Jedním ze základů evropské kultury jsou kromě antické filozofie též biblické příběhy. Odborníci na mytologii a kulturní antropologové dnes vědí, že příběhy podobné nám dobře známým biblickým můžeme nalézt po celém světě. Základní témata různých mytologických systémů a příběhů, jež lidé spolu sdíleli, se víceméně shodují, prolínají, nebo jsou dokonce totožná. Na druhou stranu však v pohledu na mnohé otázky týkající se lidské existence lze v příbězích různých kultur nalézt rozmanité odpovědi. O jaké otázky jde? Mezi univerzální témata patří v prvé řadě vznik světa, zrození a smrtelnost člověka, smysl života, ale také utrpení. Mytologické příběhy přinášely pohled na veškeré jevy a děje, které zpočátku přesahovaly možnosti lidského poznání. Mýty také pojednávají o tom, co mají všichni lidé společné. Mýty jsou příběhy našeho životního hledání pravdy, smyslu, porozumění. Všichni potřebujeme vyprávět svůj příběh (metaforicky řečeno) a také mu rozumět. Chceme pochopit smrt a především se s ní vyrovnat, potřebujeme přijít na to, kdo jsme, vypořádat se s tajemstvími života a lidské existence. Neméně důležité otázky se týkaly vztahu jedince ke širší komunitě, společnosti, a také systému hodnot, které jsou svým významem pro společenství nadřazené individuálním potřebám. Mýty, báje, pohádky a pověsti líčí téměř vždy výrazný životní zlom, přechod do nové situace („do světa“, „na zkušenou“, apod.), velmi častou nějakou cestu, v tomto případě naprosto zjevně jako jakýsi symbol lidského znepokojení pouhou danou situací a bytostnou potřebou hledat cosi vyššího, životně hlubšího (Machovec, 1998, str. 62).

Hovoříme li o mýtech, či příbězích, jež jsou zároveň odrazem i spoluutvářejícím činitelem lidské civilizace, nemusíme obracet pozornost pouze k mytologickým příběhům náležejícím k dávno neexistujícím společenstvím. I dnešní doba má své mýty a příběhy, jen jejich sdílení a šíření už neprobíhá pouze ústní cestou či s pomocí písma, ale formou obrazu s využitím stále důmyslnějších technologií. Právě obrazové ztvárnění rozmanitých mýtů a příběhů přitahuje pozornost i psychoterapeutické komunity. Psychoanalyticky orientovaní a narativní terapeuti za dominantní způsob vyjádření (vlivné vyjadřovací médium) současné, zejména euroatlantické, kultury považují film, respektive rozsáhlou produkci mohutného kinematografického průmyslu. Například podle Gabbarda (2001) film v současnosti slouží stejné funkci jako klasické divadlo ve starověkém Řecku. Odráží univerzální mýty i aktuální úzkosti a konflikty, které se nás týkají. Film je možné chápat jako reflexi subjektivity filmového tvůrce anebo jako odraz universálních vývojových momentů, krizí a životních dilemat. Gabbard považuje film za „skladiště" (angl. *storehouse*) psychologických obrazů či témat naší doby.

„*Lidé nechodí na filmy jen proto, aby se pobavili. Usedají před plátna multiplexů, aby se setkali tváří v tvář s dlouho zapomenutými, ale stále mocnými úzkostmi, které vycházejí z univerzálních vývojových zkušeností. Hledají řešení problémů existující v dané kultuře, které se vzpírají jednoduchým odpovědím či snadným vysvětlením. Plátno v temném sále slouží jako nádoba vhodná k projikování nejosobnějších a často nevědomých strachů a tužeb. Stejně jako u jiných forem umění, když studujeme film, studujeme sami sebe.* (Gabbard, 2001, str. 14)

Vedle psychoanalytického hlediska stojí i pohled sociálně konstrukcionistický. Film - jakožto mocné médium kultury, v níž dominují vizuální formy umění také díky rapidnímu rozvoji komunikačních a obrazových technologií, nejenže odráží navenek skryté a nevědomé psychologické fenomény či sociální procesy, ale zároveň je též konstituuje, spoluvytváří. Univerzální mýty a témata prolínající se vývojem individua i lidské společnosti film pouze neodráží, ale perpetuuje, modifikuje a formuje způsob, jakým nazíráme na různé aspekty lidského života i na společenská témata. Zejména holywoodská produkce je typická svým udržováním některých mytologických očekávání (hrdina s nadpřirozenými schopnostmi, který koná dobro) i posilováním pocitů strachu z hrozby, které mohou ve zjitřené atmosféře mezinárodního napětí a obav z teroristických útoků hrát do noty zájmům vlivných politickým skupin. Jako příklad lze uvést některé z hojně navštěvovaných snímků režiséra Michaela Baye (např. Bad Boys, Armaggedon), typické místy až propagandisticky pojatou adorací některých

symbolů a preferovaných hodnot euroatlantické civilizace, zvláště v jejich abstraktní podobě. Jiným příkladem jsou velmi populární katastrofické filmy, udržující veřejnost v neustálém napětí z možného ohrožení, jež přichází zvenčí a jež si žádá mimořádné kroky či nasazení ozbrojených složek, jež jsou pochopitelně zobrazovány v podobě kladných hrdinů přinášejících spásu (např. Den nezávislosti, Drtivý dopad, Hvězdná pěchota aj.).

K všudypřítomné agresi, militantním prvkům a černobíle zjednodušujícímu zobrazování složitých fenoménů jsou kritičtí i někteří představitelé „narativního obratu“, kteří považují teorii sociálního konstrukcionismu za užitečnou inspiraci. Například McLeod (2004) se domnívá, že současný rozvinutý „narativní průmysl“ se významně podílí na spoluutváření a udržování hluboce destruktivních příběhů, které se stávají vlivnými kulturními zdroji pro naše chápání zdraví, sexuality, mezilidských vztahů, identity apod. Většina současné filmové produkce posiluje dominantní a problematické kulturní příběhy ve vztahu k genderu, konsumnímu stylu života, militarismu a mocenským zájmům. Samozřejmě nelze tvrdit, že filmové příběhy jsou v této souvislosti jedinými faktory. Ale v mediálně propojeném světě, v němž jsme neustále obklopeni opakujícími obrazy, které pasivně konzumujeme, je zřejmé, že některé z těchto obrazů nesoucí příběhy jsou častější, vlivnější a pro náš život destruktivnější. Mají vliv na to, jak chápeme sami sebe, svou podstatu, hodnoty, kterých si ceníme, i smysl, který se snažíme dát svému životu. Nebezpečí hrozí tehdy, ztrácí-li se příběhová pluralita, kdy se vyprávění a společenské diskurzy odehrávají v monologickém duchu. Pak mohou místo rozvoje různé aspekty našeho života příliš jednostranně či dokonce neblaze ovlivňovat. Příkladem mohou být nepřiměřené ideály krásy ve vztahu k poruchám příjmu potravy, kult mládí a výkonu ve vztahu k opomíjení významu dalších stádií života, posilování konzumního stylu života bez ohledu na ekologické důsledky či narůstající medikalizace stále více aspektů lidského života. Zvláště patrný je silný militantní prvek a metafora boje, války či útoku, tolik typická pro „západní“ kulturu, která tvoří významnou linii nejen v mediálních obrazech, ale v jazyce samotném, v němž prostupuje nejrůznější oblasti lidské aktivity (Lakoff, Johnson, 1980). Dalším aspektem všudypřítomného násilí v médích je vliv opakované expozice na chování dětí a dospívajících, ale i dospělých. Přestože existují dlouhodobě konsistentní výzkumná data o škodlivosti expozice násilí v médicích v dětství a dospívání (Anderson, Huesmann, Berkowitz, 2003), mediální diskuse na toto téma zvláště v českém prostředí tyto poznatky opomíjí. Objevují se studie, které poukazují na vztah mezi opakovanou expozicí násilných scén v médiích a biologickými změnami v mozku, konkrétně v podobě snížené odpovědi v oblastí inhibičních frontolimbických spojích. Právě tyto neuronální spoje hrají významnou úlohu ve spojitosti s agresivními projevy, respektive

s jejich kontrolou a ovládáním. Je pravděpodobné, že s přibývajícím počtem podobných prací se postoj k této problematice v budoucnosti změní (Kelly, Grindband, Hirsch, 2007).

Co se týče motivů k masové návštěvnosti kinosálů, s Gabbardovým názorem, že nejde jen o pouhou zábavu, můžeme a nemusíme souhlasit. Faktem zůstává, že v současné, vědeckotechnologickým rozvojem ovlivněné a zdánlivě racionální době spíše stoupá zájem o snímky, v nichž se odehrávají děje za hranicí dosud známých fyzikálních zákonů. Popularita snímků sérií Pán Prstenů, Harry Potter či Letopisy Narnie není ale dána pouze dokonalými triky a fantastickými obrazy, jež jsou v kontrastu s divákovou všední realitou. Je zřejmé, že tyto hojně navštěvované filmy obsahují jak universální tak aktuální témata týkající se nejen jedince, ale i stavu společnosti. Margaret a Michael Rustin, psychoanalyticky i systemicky zaměření britští terapeuti na zmíněné významy současných kulturních „mýtů“ poukazují ve své brilantní analýze, v níž pojednávají o mnoha vrstvách příběhů o Harrry Potterovi i popularitě těchto knih mezi dětskými i dospělými čtenáři. Harry Potter v knižní a později ve filmové podobě je v této souvislosti dobrým příkladem, neboť se stal globálním kulturním fenoménem. Přestože si zmínění terapeuti pozorně všímají současných sociálních témat, které autorka série do svého díla zakomponovala, zdůrazňují především vývojová a psychologická témata, která jsou podle nich důvodem velkého zájmu čtenářů různého věku. Podle nich jsou příběhy Harryho a jeho přátel (i nepřátel) primárně knihami o dětství a úzkostech tohoto životního období a také o tom, co se s dětmi děje, když se v procesu získávání životních zkušeností stávají dospělými. Oživují dětskou perspektivu tolik cennou právě v dnešní době, kdy je dětský svět narušen dospělými požadavky na to, aby děti vykazovali co největší zdatnost namísto zvídavosti, aby pasivně konzumovali, než aby se na něčem aktivně podíleli, aby sledovali televizi místo čtení a hraní (Rustin, Rustin, 2005, str.43).

V následující tabulce je uveden historický přehled vyjádření narativity v různých společnostech (McLeod, 1997).

Tab. č. 1. Narativita v tradičních, moderních a postmoderních společnostech

(Překlad a úprava dle McLeod, 1997)

TRADIČNÍ	MODERNÍ	POSTMODERNÍ
Verbální kultura	Literární kultura, tisk	Kultura televize, internetu a počítačových her
Komunitní forma sdílení, vyprávění a účasti na něm	Pasivní, individuálně založené čtení příběhů	Možnost pseudointerakce díky elektronickým médiím
Vyprávění ukotveno v kolektivním, morálně-religiosním rámci	Vyprávění zakotveno v sekularizované každodenní realitě autonomního self	Globalizovaná každodenní realita: mnohočetné, diskutované morální rámce
Relativně omezená zásoba mytických/náboženských příběhů	Široký výběr příběhu dostupný v novelách, románech, novinách aj.	Zdánlivě omezený narativní výběr (vliv globálního narativního průmyslu)
Hrdinská témata: čest, spravedlnost, loajalita, osobní oběť	Romantická témata: obyčejný člověk jako hrdina	Ironizující témata – reflexivita, odmítnutí možnosti hrdinství
Cirkulární a repetitivní struktura příběhů; využití hudebních prvků a poezie k snadnému zapamatování	Lineární, logická příběhová struktura (např. dobrodružný příběh či detektivní román)	Experimenty, narušování a dekonstrukce obvyklých narativních struktur
Příběhy ukotvené v kultuře	Příběhy zkoumají kulturní rozdíly, ale charakterizují jiné kultury jako nebezpečné nebo primitivní	Oslava rozmanitosti hlasů: asimilace příběhů jiných kultur
Osobní a rodinné příběhy sdílené v komunitě (skupinová zpověď)	Problematické příběhy vyprávěné důvěrně jedinému člověku	Veřejné odhalování problematických příběhů: svědectví, příběhy těch, co přežili; reality show
Problematické příběhy chápany v nábožensko-morálních termínech	Problematické příběhy konceptualizované ve vědeckých (psychiatrických a psychologických pojmech	Mnoho rozličných způsobů, jak chápat smysl problematických příběhů
Hledání narativní jednoty a koherence v komunitě	Hledání narativní jednoty a koherence na individ.úrovni	Zpochybňování možnosti narativní jednoty

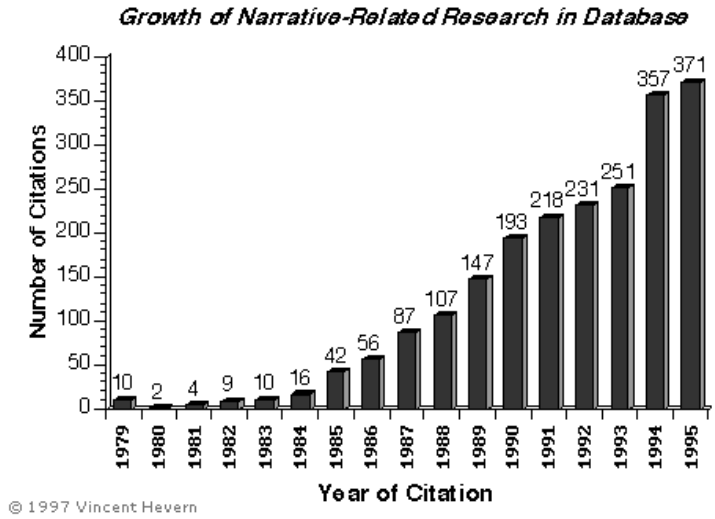
Již bylo řečeno, že ve všech mytologických systémech jsou zahrnuty také mýty o smrti a utrpení, jež jsou nevyhnutelnou součástí lidského života. S tématem utrpení a konce života souvisí též otázky týkající se zdraví a nemoci. Proč stonáme, jaké jsou příčiny nemoci, jakými způsoby můžeme léčit nejrůznější stavy organizmu, které jsme si zvykli nazývat chorobami? Jak lze předcházet vzniku nemoci? Můžeme svým životem ovlivnit, zdali a jak onemocněníme? Jaké okolnosti mohou mít vliv nejen na vznik nemoci ale také na její průběh, případně na návrat ke zdraví? Tyto otázky se neobjevily až s příchodem moderní medicíny, mikrobiologie, farmakologie či psychologie zdraví. Provázejí nás od té doby, kdy si lidé začali uvědomovat rozdíly v tom, jak se cítí. Kdy začali vnímat své tělo - organismus a jeho rozmanité projevy, včetně těch, které mu bránily v uspokojování základních potřeb, zvládání různých činností nebo je přímo ohrožovali na životě. Rozmanité způsoby chápání a výklady složitých vztahů mezi zdravím, nemocí a léčbou v různých kulturách a společnostech od dávných dob po současnost velmi důkladně studovali například Kleinman (1989) či Stainton-Rogersová (1991). Tito a jiní autoři poukazují na to, že v každé kultuře či civilizaci existoval a byl udržován tzv. medicínský systém. Ten poskytoval výkladové modely různých projevů organismu a nemocí (angl. *explanatory models*), jež byly propojeny s odpovídajícími mytickými příběhy a rituály. Jednalo se o koncepci zdraví a nemoci, jejíž hlavním posláním bylo zvládání stavů ne-moci, boj s chorobami a s nevyhnutelností smrti. Každý z existujících systémů obsahoval tři roviny: 1. teorie vzniku nemoci, 2. diagnostické metody, 3. terapeutické metody.

V této práci bude věnována pozornost především vyprávění, jakožto základnímu prvku léčivého procesu, a příběhům, které mohou souviset s naším pohybem na pomyslné přímce mezi zdravím a nemocí. Poskytneme též přehled současných poznatků z vývojově sociální psychologie, které se dotýkají rozvoje narativních schopností člověka v rámci blízkých, emočně významných vztahů. Zmíníme se o významu narativních schopností pro duševní zdraví. Zajímá nás také, jak narativní metafora tvoří v různých obměnách základ některých psychoterapeutických přístupů a v čem se zásadně odlišuje narativní terapie, jakožto směr vymezující se proti stávajícím tradičním modalitám.

Metafora příběhu a vyprávění v psychologii a společenských vědách

Přestože příběhy hrály podstatný význam jak ve vývoji homo sapiens tak v rozvoji lidských civilizací, představitelé akademické obce psychologie a společenských věd zaměřili svou pozornost na příběh a vyprávění jako na klíčový koncept nebo základní metaforu pro zkoumání různých psychologických, sociálních a psychoterapeutických otázek teprve nedávno. Přehled, který sestavil a na webovských stránkách věnovaných narativní psychologii Hevern (1997, 2003), výstižně ilustruje vzrůstající zájem o narativní metaforu. První graf ukazuje nárůst výzkumu vztahujícího se k narativitě v letech 1979 až 1995.

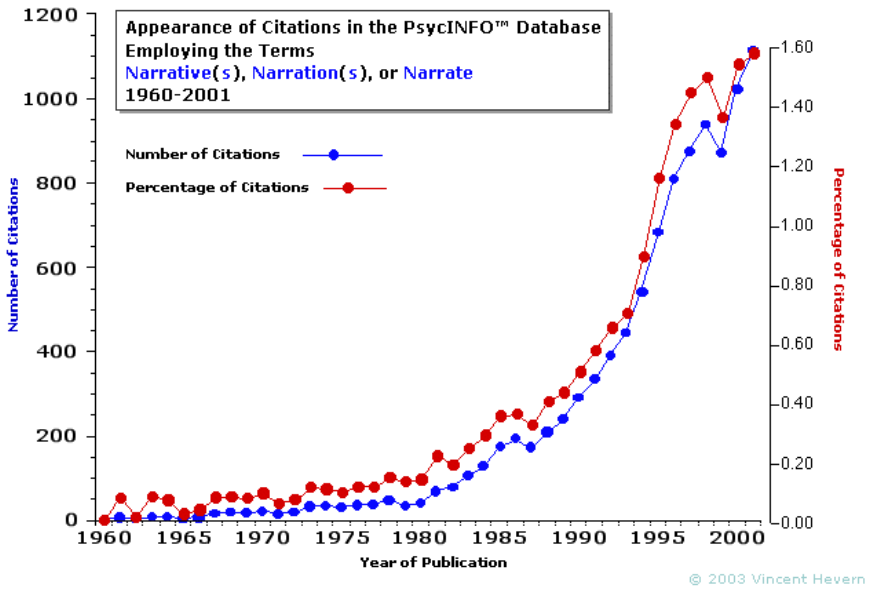
Tabulka č. 2. Nárůst narativně zaměřeného výzkumu (Hevern 1997)



Tabulka ilustruje výrazný vzrůst zájmu o problematiku v psychologii, sociálních vědách a spřízněných disciplinách v podobě téměř exponenciální (Hevern in Lieblich, 1998).

Novější a ještě výstižnější je Hevernovo sledování výskytu některých klíčových slov v publikacích evidovaných v databási PsychInfo z roku 2003. Frekvence sledovaných klíčových slov jako narativita a vyprávění (angl. *narrative, narration(s), narrate*) v této databázi jasně potvrzuje směr zájmu a výzkumné zaměření v psychologii. Akcelerace výzkumu zaměřeného na různé aspekty vyprávění, příběhu v psychologii a příbuzných oborem je patrná zejména od poloviny osmdesátých let minulého století. Tento trend téměř vyústil ve vznik nového oboru naratologie. Tomu pravděpodobně zabránilo kritické myšlení a střízlivé uvažování několika myslitelů z různých disciplín, kteří správně poukazovali na to, že příběh a vyprávění je spíše všudypřítomným pojítkem různých oblastí poznání nebo metaforou, kterou lze využít při poznávání různých aspektů lidské existence.

Tabulka č.3. Klíčová slova v databási PsychInfo (Hevern, 2003)



Přesto nelze pominout fakt vzniku disciplíny s názvem „narativní psychologie“, jejímž náplní respektive hlavním tématem zaměření je lidká zkušenost strukturovaná do příběhu, jak by řekl Sarbin (1986), jemuž je připisován hlavní podíl na „spuštění“ tzv. narativního obratu. V hojně citované monografii *Narrative psychology: the storied nature of human conduct* Sarbin zdůrazňuje univerzalitu příběhu jako vodítka pro život i jako prostředku pro porozumění chování druhých (Čermák, 2003). Narativní metaforu považuje za základní organizující princip jedince pro vnímání, chápání a sdílení vlastní zkušenosti. Sarbin pochopitelně není jediným a pravděpodobně ani prvním, kdo si povšiml, že příběh slouží člověku ke strukturování, chápání a sdílení své subjektivní zkušenosti. Frank (1973) výstižně uvádí, že pro lidskou civilizaci jsou odnepaměti vyprávění, naslouchání, přerámování, katarze, interpretace a změna chování základními způsoby zvládání prožívaných životních problémů. Kromě Franka udávali narativní v posledních dvou dekádách dvacátého století „kurz“ v psychologii a spřízněných oborech například Bruner (1987,1991), Polkinghorn (1988) , Spence (1984), Kleinman (1989), McAdams (1988) a mnozí další. Zdálo se, alespoň podle některých indicií, že narativní metafora beze zbytku nahradila archeologické, mechanistické či biologické metafory, které dominovaly teorii a výzkumu po téměř celé dvacáté století.

Jak ve své důkladné analýze dokládá Čermák (2003), narativní „tónina“ nebyla rozehrána v psychologii bez vlivu dalších faktorů a vývoje v jiných, nepsychologických oborech: „Při hledání kořenů a souvislostí narativní psychologie se můžeme opřít o tvrzení, že konstituování narativní psychologie je výsledkem dlouhodobého a nesnadného vývoje

určitého způsobu uvažování o člověku…narativní psychologie nevzniká bez souvislostí, neobjevuje se jako nečekaný myšlenkový výboj, nevynořuje se z nahromaděného vědění jako nová kvalita, nejde o objev ze vzduchoprázdna…objevuje se na scéně jako výsledek poměrně diferencovaného vývoje myšlení zejména v literární teorii, filozofii a lingvistice.“ (Čermák, 2003, str. 1) V souvislosti s vývojem v současné psychoterapii a rodinné terapii je důležité zejména Čermákovo připomenutí literáta a literárního teoretika Michaila Bachtina, který svými texty inspiroval například finské psychology a psychoterapeuty k vytvoření dialogického konceptu psychoterapie a komunitní péče s vážně duševně nemocným jedincem (Seikkula, Arnkill, 2006). Čermák uvádí řadu dalších odborníků z oblasti lingvistiky, literární teorie, filozofie a psychoanalýzy, z nichž ve vztahu k tématu disertační práce stojí za zmínku především Donald Spence, Daniel P. McAdams a Roy Schaffer, o jejichž přínosu bude pojednáno v další části textu..

Narativní koncept je zajímavý právě v tom, jak přitahuje pozornost reprezentatů vskutku vzdálených oblastí poznání: na jedné straně literární teoretiky, filozofy, antropology a sociální vědce, na druhé straně kognitivní psychology, neurovědce a odborníky na teorii citové/vztahové vazby (angl. *attachment theory*). V neposlední řadě patří metafora příběhu a vyprávění k nejvíce pojednávaným tématům v oblasti psychoterapie a rodinné terapie, kde zřejmě přemosťuje do nedávné doby zdůrazňované rozdíly mezi terapeuty – příslušníky odlišných teoretických koncepcí. I v této souvislosti je třeba připomenout názor Tantama (ústní sdělení, 2007), který se domnívá, že vzrůstající popularita narativního konceptu odráží epistemologickou krizi současné kultury a vědy zároveň. Vyprávění je jediné, co zůstává v okamžiku, když víra v poznání a poznatelnost světa (tzv. objektivní skutečnosti), podléhá vážné erozi. Ve filozofii vědy populární fráze „vyprávění vědy“ (angl. *narratives of science*) nese s sebou vyjádření, že vědecký diskurz nereflektuje, ale spíše nepřímo konstruuje realitu, neodhaluje pravdu ale vytváří jí podle vlastních pravidel v procesu, který se znepokojivě podobá fungování narativní fikce (Herman et al., 2007).

Filozoficko epistemologická debata na toto téma probíhá i v psychoterapii a psychoterapeutickém výzkumu. Zmíněné úvahy ve vztahu k narativnímu konceptu a jeho popularitě odrážejí různé filozofické tradice, z nichž se odvíjí naše poznávání a vědecké zkoumání. Zastánci pozitivistického přístupu, jehož základy položil Auguste Comte, chovají i v psychoterapeutické obci neochvějné přesvědčení, že veškeré fenomény od fyzikálních jevů až po projevy chování budou dříve či později vysvětleny objevením základních přírodních zákonů. V tomto duchu došlo v psychoterapii k velkému rozmachu kvantitativní metodologie empirického výzkumu, jehož cílem je poskytnout vysvětlení v podobě jasných lineárních

sekvencí příčina – následek (McLeod, 2003). Naproti tomu příznivci hermeneutického přístupu, u jehož základu stál William Dilthey, přispěli v psychoterapii k rozvoji kvalitativní metodologie a interpretačních metod, jejichž smyslem je poznávání psychoterapeutického procesu, významů a také procesu vědeckého zkoumání. Jedním z posledních směrů v duchu hermeneutické tradice je teorie sociálního konstrukcionismu, která zejména mezi rodinnými terapeuty patří v posledních dvaceti letech k vlivným konceptům (Anderson, Gehart, 2007). Dnešní doba svými tržními procesy a monetárními hodnotami ovlivňuje taktéž psychoterapii, v níž stále více dominuje pragmatismus a rozvoj kvantitativního měření účinnosti (angl. *efficacy*) a finanční efektivity (angl. *cost effectivenness*) psychoterapie. Přesto debata o základních předpokladech a filozofických tradicích, z nichž vyrůstá každodenní klinická praxe a proces akumulace vědeckého poznání, živě pokračuje, Svědčí o tom např. důkladná analýza tzv. samozřejmých předpokladů současného výzkumu psychoterapie, kterou editoři neváhali zařadit do nedávného vydání respektované vědecké publikace (Slife, 2004).

V klinické praxi ale s filozofickými úvahami nevystačíme, byť jejich uvědomování i průběžná reflexe je pro psychoterapii a jiné pomáhající profese důležitá. V kontextu vývoje směrem k dialogickému a spolupracujícímu étosu současného zkoumání psychoterapeutického procesu se ukazuje důležitý dialog s lidmi, kteří naši pomoc vyhledávají. Metafora příběhu a vyprávění je pro tento dialog velmi cenná, neboť zahrnuje jak subjektivní výpověď klienta, tak vztah mezi klientem-vypravěčem a posluchačem-terapeutem (případně členy rodiny, komunity, či ko-terapeuty) a také sociálně-kulturní kontext klientova příběhu i terapeutického setkání.

Vyprávění a příběh v psychoterapii

Ještě než se budeme věnovat významu vyprávění a příběhu v psychoterapii, je na místě uvést, že vyprávění příběhů není specifikem psychoterapie, tohoto „vynálezu“ dvacátého století. Lidé si vyprávěli příběhy od nepaměti, o čemž svědčí mnohé náboženské a jiné kulturně významné texty. Dá se říci, že vyprávění příběhů patří k základním lidským aktivitám, které mělo a má své specifické funkce např. uchovávání a zdůrazňování určitých hodnot, posilování identity a pocitu sounáležitosti a samozřejmě morální poselství. Příběhy jsou základním způsobem, jak lidé dávají smysl svému životu, své zkušenosti (Bruner, 2004). Příběhy neodrážejí pouze individuální zkušenost vypravěče, jenž je taktéž ukotvena v čase a prostoru dané kultury. Příběhy a vyprávění jsou neodmyslitelné od dialogu. Vyprávění a převyprávění zkušenosti je vždy proces s otevřeným koncem. Vždy je možné o jedné události či zkušenosti vyprávět jiné příběhy. Příběh je jednou z možností vyjádření významu života jedince, je to dílčí reprezentace nikdy nekončícího procesu, který může být zachycen narativní reflexí či interpretací v nejširším slova smyslu (Čermák, 2004). A takto můžeme chápat podstatu psychoterapie.

Vyprávění příběhu taktéž můžeme považovat za formu poznávání a porozumění světu, což nastínili někteří psychologové. Nejčastěji v této souvislosti bývá citován Bruner (1987), který rozlišuje mezi tzv. paradigmatickým a narativním způsobem poznávání. Paradigmatická forma poznávání spočívá ve vytváření abstraktních modelů reality založených na faktech, empirických datech a experimentálním ověřování. Svět podle vědeckého, paradigmatického modu je vnímán jako objektivně nezávislý soubor objektů či fenoménů, mezi nimiž existují určité zákony či zákonité vztahy, které čekají na naše objevení a abstraktní popis. Od tohoto vědeckého způsobu myšlení odlišuje narativní modus vědění či poznávání, jenž je charakteristické poznáváním prostřednictvím příběhů, kterými se lidé snaží zachytit svou zkušenost. Alternativa narativního modu spočívá v tom, že nemusí být exaktní ve vědeckém duchu, ale svůj význam a svou užitečnost prokazuje tím, že je podobný životu, že „rezonuje“ s jedincovou zkušeností: Tím může nabízet vodítko pro zvládání nějaké situace, pro porozumění, a také individuální zkušenost zahrnuje do podobné zkušenosti kolektivní, čímž může být účinným antidotem pro samotě, zvláště zažívá-li člověk něco děsivého, kdy má pocit, že se to děje pouze jemu samotnému. Narativní modus je dále charakteristický časovou dimenzí lidské existence a také prvkem smysluplnosti. Bruner nestaví oba mody radikálně do protikladu na způsob karteziánského dualismu, oba považuje za důležité a navzájem se

doplňující. Jen poukazuje na to, že vědecký, paradigmatický modus je v současné době upřednostňován a zatímco narativní způsob je podceňován a často považován za nelegitimní cestu k poznání. Zatímco vědecké myšlení je abstraktní, neosobní, logické, zdánlivě zbavené sociálního kontextu a hodnotové roviny, příběh obsahuje motivaci, úmysly, prožitkový aspekt a zpravidla je také ukotven v sociálním kontextu vypravěče a někdy i posluchače. Zatímco narativní modus si vystačil s ústní formou sdělení a sdílení, vědecký/paradigmatický je závislý na tištěné a dnes již na obrazové formě. V současné společnosti je narativní poznávání často označováno za nelegitimní, iracionální a nedostatečně, zatímco vědecké poznání je považováno za privilegovaný, často jediný přístup pravdivého poznání, které je základech jakéhokoli racionálního chování. Zřejmě není náhoda, že vědecká komunita se začala zajímat o metaforu příběhu a vyprávění (angl. *narrative metaphor*) právě v této době, která je na jedné straně charakteristická bezprecedentním technologickým vývojem a na druhé straně narušením tradičních sociálních struktur. To vede k vymizení tradičního ústního sdílení příběhů a současně k narušení jedné z forem sdílení, významné pro mezilidské vztahy. V každém případě se vědecká komunita různých, zejména humanitních a společenských věd, začala přibližně v sedmdesátých a osmdesátých letech zajímat o to, co existuje v lidské civilizaci odpradávna. Pozornost se soustředila na fakt, že lidé mají tendenci svou zkušenost strukturovat v příbězích, ale i na to, jak je osobní i kulturní realita utvářená prostřednictvím vyprávění a tvorbou příběhů.

Lidé přicházející do terapie vždy něco vyprávějí, ale nečiní tak proto, že vědci a odborníci považují příběhy a vyprávění za fenomény hodné zkoumání. Přicházejí, protože je něco trápí. Ocitají se v náročné životní situaci, ve slepé uličce nebo na životní křižovatce. Mají nějaké zdravotní potíže tělesné či psychické povahy, čelí změnám ve svém životě anebo změnám, které pro ně připravili jiní. Je to ale vyprávění, kterým se snaží psychoterapeuta seznámit se sebou a svou situací. Vyprávějí příběh o sobě, o svém problému, o svém pohledu na problém. Vyprávějí nejen o sobě, ale o svých blízcích nebo o postavách, které hrají v jejich životě důležitou roli. Hovoří také o svém vztahu k těmto lidem i o tom, jaké změny by si v těchto vztazích přáli. Od prvního momentu v psychoterapeutické místnosti lidé něco vyjadřují a nemusí jít vždy o vyprávění, byť to samozřejmě dominuje. Je spíše překvapivé, že narativní koncept nezaujal pozornost odborníků dříve. Narativní koncept je totiž pro psychoterapii naprosto zásadní, neboť vyjadřuje prolínání subjektivity i sociálního kontextu (McLeod, 2004). Těžko si představit nějakou formu psychoterapie, která by nezahrnovala vyprávění a převyprávění příběhů. Terapeuti a klienti společně konstruují a rekonstruují příběhy. Sdílejí, vytvářejí a revidují rozmanitá vyprávění s různými zápletkymi v naději, že se

jim podaří nalézt odpovědi na palčivé otázky či řešení různých složitých problémů a situací, že se jim podaří objevit lepší způsoby zvládání životních výzev, pracovat na svém růstu a vývoji a zlepšit porozumění sobě či svým blízkým.

V současné odborné literatuře se v souvislosti s narativním obratem v sociálních vědách používají dva prolínající se, nicméně odlišné termíny: **příběh** (angl *story*) a **vyprávění** (angl. *narrative*). Bez jejich vyjasnění se neobejdeme, byť existuje mnoho definicí těchto termínů. Ale ve vztahu k tématu práce a k psychoterapii obecně je vhodné vycházet z jednoduché, mnohými odborníky na narativitu užívané definice. **Příběhem** je chápán sled událostí, které má nějaký začátek, prostředek a konec a který vyjadřuje nějakou informaci o sekvenci událostí, jež se stala a jež zahrnovala jednání člověka nebo skupiny. Obvykle to jednání souviselo s nějakými úmysly a cíli. Jak uvádí Čermák (2004), pojmu příběh můžeme užívat jak pro vyjádření principu organizace či strukturování zkušenosti, tak pro vyprávění konkrétní události, zážitku či zkušenosti. A z psychologického či psychoterapeutického hlediska nezáleží příliš na tom,. zdali se jedná o příběh reálný či imaginární, na což upozornil Spence (1988) svým rozlišením tzv. historické a narativní pravdy (angl. *historical and narrative truth*). Z uměleckého pohledu má dobře zkonstruovaný příběh, na rozdíl od pouhého chronologického uvedení dat a událostí, jistou míru dramatické kvality, napětí a emočního náboje. Vyjadřuje něco o osobě vypravěče i o postavách, které se v příběhu objevují. Příběh obvykle má nějakou výpověď, obsahuje morální poselství, je vyprávěn s cílem, něco důležitého sdělit. **Vyprávění** (angl. *narrative*) je termín používaní v souvislosti s procesem, jehož podstatou je popsání něčeho, co se událo nebo děje. Vyprávění může obsahovat jeden nebo více příběhů, může jít o rozličné příběhy a nebo o jeden hlavní motiv, kolem kterého se odvíjejí další kratší epizody.

Bruner (2004) nabízí několik doporučení, jak vytvořit, napsat či vyprávět dobrý příběh, z nichž některé jsou relevatní i pro pochopení základních motivů či témat psychoterapeutického procesu:

1. Příběh potřebuje zápletku.
2. Zápletka musí obsahovat překážky v dosažení nějakých cílů.
3. Překážky nutí člověka přemýšlet a některé věci přehodnotit.
4. Vyprávěj pouze o událostech z minulosti, které s příběhem souvisí.
5. Vytvoř postavám spojence a vztahy.
6. Nech postavy vyvíjet.
7. Ale nenaruš tím jejich identitu.

8. Souvislosti musí být evidentní.
9. Postavy musí být součástí širšího světa.
10. Nech postavy, aby se projevily.
11. Dovol postavám, aby vyjadřovaly nějaké postoje, názory.
12. Měj na paměti, že postavy musí dávat smysl. A také si musí dělat starosti.

V souvislosti s strukturováním své životní zkušenosti ve formě příběhů, jak obecně, tak v rámci psychoterapeutického rozhovoru se odborníci zajímají nejen o strukturu příběhu, ale také o jeho komunikační funkci. Různé komunikační aspekty včetně významu vztahu mezi vypravěčem a posluchačem jsou kromě strukturálních prvků příběhu hlavními fenomenologickými rysy vyprávění.

Podle McLeoda (2004) příběh v rámci své komunikační funkce vyjadřuje:

1. Popis události, včetně informací o čase, místě, chování (a protagonistech).
2. Vyjádření subjektivity, úmyslu, a identity – „Tak to jsem já (Takový jsem)".
3. Vyjádření vztahu –„Tohle je příběh, který jsem se rozhodl(a) Vám vyprávět."
4. Informace o tom, jak vypravěč rozumí svému sociálnímu světu: „Očekával bych, že…..ale podívejte, co se stalo včera….."
5. Vyjádření pocitů, prožitků, nálad.
6. Zakotvení událostí do určitého morálního rámce.
7. Vytvoření řádu, sekvencí ve smyslu příčina-následek a pocitu ukončení ve vztahu k sérii zkušeností.
8. Řešení problému poskytnutím kausálního vysvětlení toho, co se stalo.
9. Vytvoření pocitu perspektivy tím, že jednotlivá událost je zachycena v širším kontextu.

Klíčové funkční dimenze – informace, které člověk sděluje ve svém vyprávění, se týkají jeho způsobu interpretace světa, jeho prožívání, chování, identity, úmyslů apod. Ale také sítě vztahů, jichž je člověk součástí. Všechny tyto dimenze tvoří vzájemně svébytný celek, jenž má ale také svůj význam. Pochopení významu či významů, jaký má příběh pro vypravěče, je nezbytným předpokladem úspěšné psychoterapie. Jedině pak může následovat hledání a vytváření významů jiných, z nichž se vynoří nové, méně problematické způsoby chování.

Různí odborníci na narativitu vycházejí z následujících základních předpokladů: lidé sdílejí svou zkušenost a snaží se jí chápat prostřednictvím příběhů, b) psychoterapie poskytuje možnost vyjádřit, prozkoumat a re-autorizovat různé aspekty životních příběhů. Titíž

odborníci se ale liší v tom, jak narativní procesy v psychoterapii analyzují a jaké způsoby kódování či rozpoznávání různých narativních aspektů využívají. Lze rozlišit dva hlavní okruhy zájmu: a) zájem o uspořádání/strukturu příběhů vyprávěných klienty, b) způsob, jakým klienti své příběhy vyprávějí. Russel et al (1993) rozlišuje 3 úrovně narativní organizace: 1) strukturální propojení (angl. *structural connectedness*), 2. reprezentace subjektivity (angl. *representation of subjectivity*), 3. Komplexita (angl. *complexity*). Strukturálním propojením rozumí tzv. narativní mluvnici (angl. *story grammar*), která vyjadřuje kauzální propojení časově uspořádaných sekvencí událostí, jež tvoří souvislý a úplný příběh. Subjektivita vyjadřuje fakt, že příběh není pouze popisem série událostí, ale zahrnuje též informace o postojích, názorech a prožitcích vypravěče. Pojem komplexita v Russelově pojetí značí fakt, že příběhy se prostě liší: délkou vět, četností adjektiv, sloves, příslovcí a dalších jazykových prvků. Předpokládá se, že i to je pro psychoterapii důležité, zejména v souvislosti s s jazykovým (a tedy i prožitkovým) vyladěním terapeuta na klienta a jeho vyprávění. Jiný způsob analýzy narativních procesů vytvořila Angusová a Hardtkeová (1994, 2004). Tyto autorky navrhli tzv. *Narrative Process Coding Scheme*, v němž rozlišují 3 typy narativního zpracování: 1. zaměření na vnější události (co se stalo), zaměření na vnitřní prožitek (pocity, emoční stavy), 3. reflektivní analýza (pokus o porozumění/interpretaci významu události). V různých výzkumech uvedené autorky s dalšími kolegy srovnávaly přepisy terapeutických sezení z úspěšných a neúspěšných terapií a zjišťovaly souvislost mezi narativními procesy a výsledky terapie. Výsledky těchto výzkumů ukázaly, že vyšší frekvence tzv. reflektujícího procesu a nižší frekvence sekvencí zaměřených na vnitřní prožitky souvisela s příznivějším výsledkem terapie. Samotný obsah příběhů zohledňuje ve své práci zejména Luborsky et al (1994), o čemž bude pojednáno v další části textu.

V souvislosti s vzrůstající popularitou narativního konceptu McLeod (2004) rozlišuje v psychoterapii dva hlavní proudy: psychologický, který dominoval většinu času 20. století a postpsychologickou perspektivu, která se rodila přibližně ve stejné době, jako zájem o metaforu příběhu a vyprávění, tedy v 80. letech 20 století. Byť v současném trendu praxe založené na důkazech a empiricky podložených terapiích nemají tzv. postpsychologické perspektivy „na růžích ustláno“, řada vědců i klinických pracovníků včetně citovaného McLeoda jejich aktuální vývoj a vliv považují za logické důsledky předcházejícího procesu poznávání i „ovoce“ společenských změn. V rámci psychologické perspektivy se předchozí, stále vlivné, psychoterapeutické školy, které se zaměřovaly různými způsoby na společného jmenovatele – vnitřní svět jedince, self, ego nebo repertoár chování. Naproti tomu postpsychologické terapie se dívají vně individua, na způsoby jakými se účastní v sociálním

světě prostřednictvím jazyka, dialogu a jednání (McLeod, 2004). „Vzhledem k představě jazyka jako sociálního fenoménu můžeme chápat psychoterapeutický proces nikoli jako cestu „dovnitř“ k „opravdovému“ já, ale spíše jako cestu „vně“ k jazyku a kulturním symbolům.“ (Lynch, 1997, str. 128).

Právě narativní přístupy a zejména narativní terapii formulovanou Whitem a Epstonem řadí McLeod do skupiny tzv. postpsychologických terapií. Červenou linií postpsychologických terapií, mezi které McLeod zahrnuje ještě například ecologický přístup Jürga Williho či filozofické poradenství, je důraz v různé míře kladený primárně na sociální proces než na ten psychologický. Rozmanité teoretické modely a koncepty psychoterapie 20. století, jejichž počet údajně přesahuje 400 (Roth, Fonagy, 2004), se víceméně zaměřovaly na na koncept Self jedince, jako cíl zaměření psychologického působení. Různé teoretické variace modelů dvacátého století poskytují navzájem si konkurující a kontrastující myšlenky týkající se charakteristických rysů Self, jak se vyvíjí a jak se může měnit. Naproti tomu v postpsychologické perspektivě není koncept Self rozhodující pro úvahy o terapeutickém procesu. Člověk vyhledávající pomoc u psychoterapeuta je chápán jako člen určité kultury a jeho obtíže jsou nahlíženy a chápány ve smyslu jeho vztahů s touto kulturou. Klient přicházející do terapie je vypravěčem, který sděluje a proměňuje svůj příběh s cílem získání uvědomění si své identity a s cílem nalezení smyslu problematických částí své zkušenosti v nový, koherentní a ucelený příběh. Narativní metafora tedy zahrnuje jak individuální, osobní, či intrapersonální dimenzi, neboť příběh se týká života jedince a jeho subjektivních prožitků, myšlenek a tendencí k určitému vzorci chování, zároveň obsahuje prvek interpersonální. Vyprávění a sdílení příběhů se přeci odehrává mezi vypravěčem a posluchačem (vypravěči a posluchači). Navíc narativní koncept bere v úvahu i spojení jedince s jeho prostředím a kulturou, zejména s kulturními zdroji, z nichž se individuální zkušenosti konstituují. McLeod (2004) se domnívá, že hybnou silou pro rozvoj postpsychologických či sociokulturních přístupů v terapii je postupná ztráta ústní tradice v moderní, industriální a nyní globalizované společnosti. Ústní tradice (angl. *oral tradition*), která původně znamenala osobní sdílení příběhů v rámci rodiny či malých komunitách, byla nahrazená širokým a snadno dostupným výběrem literárních a v poslední době zejména mediálních produktů.

Postpsychologická perspektiva se také vymezuje vůči stávajícím teoretickým konceptům, které mohou být překážkou v tom, aby realita, zkušenost či příběhy klientů mohly být vyprávěny, sdíleny a rekonstruovány bez vlivu redukujících „expertních“ formulací. Budoucí psychologové a psychiatři, ale i další odborníci, kteří se mohou věnovat psychoterapii, podstupují dlouhé vzdělávání - socializační proces, jemuž vévodí vědecké

discipliny založené na paradigmatickém způsobu poznávání. V psychoterapii jsou důsledky volby způsobu poznávání a zaměření terapeutického procesu zřejmé. Téměř všechny formy psychoterapie vybízejí klienta/pacienta k tomu, aby vyprávěl svůj příběh. Ale většina terapií (terapeutů) rychle po úvodních větách klienta/pacienta „sklouzává“ do další fáze v podobě analýzy příběhu (a není to jen nešvar psychodynamický) dle předpokládaných v pozadí existujících psychologických procesů a faktorů (pudové síly, objektní vztahy, schémata, self-koncept, styly přilnutí, komunikační vzorce apod.) Realitou mnoha klientů/pacientů je zkušenost, že jejich příběhy se příliš rychle mění a jsou redefinovány v pojmech teoretických konceptů, k nimiž se psychoterapeuti hlásí. Bylo by chybou obviňovat terapeuty, neboť jde o proces v informační společnosti oboustranný. Klienti a pacienti mnohdy nevyprávějí příběhy svými slovy, svým vlastním jazykem, ale často sami bez indoktrinace terapeuty popisují své problémy a situace s použitím odborných, psychologických a lékařských, termínů. Zároveň přicházejí vybaveni informacemi z různých zdrojů, mají představy formované dostupnými odbornými poznatky a mnohdy od počátečního momentu vyjadřují potřebu vysvětlení, názoru odborníka, odhalení příčiny, rady, návrhu řešení, namísto postupné explorace, rozšiřování perspektivy či propracovávání náhledu.

V následující části se budeme věnovat následujícím hlavním psychoterapeutickým směrům: psychodynamické psychoterapii, kognitivně konstruktivistické psychoterapii, existenciální psychoterapii, systemické rodinné terapii a narativní terapii inspirované sociálním konstrukcionismem. Vzhledem k tématu práce se vyhneme důkladnému popisu těchto směrů, jakož i jejich vývoji, diferenciaci a výzkumu, neboť tento cíl naplňují různé odborné publikace v českém jazyce (Kratochvíl, 2006, Vymětal; 2007, Prochaska, Norcross,1999) i publikace zahraniční (McLeod, 2003, Lambert, 2004). Kromě úvodního zmínění základních východisek jednotlivých směrů se budeme soustředit na narativní aspekty jednotlivých směrů, které obvykle nebývají hlavními představiteli zdůrazňovány. Dále se chceme věnovat tomu, jak se různé psychoterapeutické směry prolínají s narativní perspektivou a v čem se liší v chápání terapeutických příběhů a v terapeutické práci s nimi.

Narativita v psychodynamických přístupech

Psychoanalýza a z ní rozvíjející se psychodynamické přístupy patří k hlavním psychoterapeutickým školám a tradicím. Sigmund Freud položil základy psychoanalýzy i současné psychoterapie a bezpočet jeho žáků i následovníků, kteří v návaznosti či v rozporu s Freudovými teoriemi vytvořili své vlastní koncepce, ovlivnili vývoj nejen psychodynamické terapie na několik desetiletí v dvacátém století. Přestože některé z Freudových předpokladů byly postupně kritizovány, modifikovány či upřesňovány v průběhu dalšího vývoje poznání, stále patří k vlivným myslitelům, k jejichž odkazu se mnozí vracejí a o němž probíhají bouřlivé diskuse i v současnosti. Na Freudův přínos pro současný zájem o narativitu v psychologii a psychoterapii upozornil např. Čermák (2006). Současné poznatky z vývojové psychologie, neurovědních oborů i díky využití zobrazovacích metod v psychoterapeutickém výzkumu dávají některým původním psychoanalytickým předpokladům (např. existence nevědomých či neuvědomovaných procesů, souvislosti mezi emočními procesy v ranných fázích vývoje s fyziologickými a patofyziologickými projevy) validitu (Schore, 2001; Siegel, 2001).

Hlavní předpoklady

Psychoanalýza a z ní odvozené psychodynamické terapie prodělaly od dob Freuda dynamický vývoj. Psychodynamická perspektiva patří k nejčastěji aplikovaným v klinické psychoterapeutické praxi, přibývá i výzkumných prací. Původní psychoanalytické předpoklady lze stručně vymezit následovně: a) klientovi/pacientovi potíže mají původ v zážitcích z ranných fází života (dětství), b) klient/pacient si není vědom (aspekt nevědomí) svých skutečných motivů potřeb a tužeb, která jsou v pozadí jeho chování, c) základním prvkem psychoterapie je interpretace přenosového vztahu, d) cílem psychoterapie je pomoci klientům/pacientům dosáhnout většího porozumění a vhledu ve vztahu k možným příčinám problémů a následně posílit zralejší, či adaptivnější způsoby zvládání obtíží v budoucnu.

V průběhu vývoje psychodynamických terapií, k němuž přispěli různé osobnosti, došlo k diferenciaci této oblasti poznání a k postupnému prohlubování, modifikování a doplňování těchto předpokladů. Současný psychodynamický přístup zejména v klinické praxi vychází především z následujících klíčových principů (McLeod, 2003):

1. Lidé mají problémy ve vztazích, protože opakují destruktivní vztahové vzorce, jež mají základ v minulých vztazích.
2. Lidé mají tendenci kontrolovat nebo skrývat nepříjemné a nepřijatelné touhy, vzpomínky a pocity různými obrannými mechanismy. Tyto obranné mechanismy nás chrání před ohrožujícím duševním „materiálem".
3. Pro terapeuta je důležité, aby si uvědomoval své pocity, fantazie a impulsy ve vztahu s klienty, kterým se snaží pomáhat. Emoční reakce (proti-přenos) terapeuta na klienta je znakem a) pocitů, které klient obvykle evokuje u druhých lidí, b) forma emočního světa, ve kterém klient žije svůj život.
4. Problémy klienta mohou být chápany jako nevyřešené vývojové úkoly (např. separace od otce/matky. Různí autoři nabídly odlišné koncepty vývoje a úkolů spjatých s jednotlivými vývojovými fázemi. Tyto teorie ale vycházejí ze stejného principu: pokud člověk zažije nepříjemnou či neuspokojivou zkušenost v nějaké fázi svého vývoje, bude se s tímto tématem potýkat i v dalších fázích života.
5. Mezi základní lidské potřeby patří i potřeba bezpečného, konsistentního, emočně uspokojivého vztahu. Pokud jsou citové vazby narušeny v počátečních fázích života (ztráta či nepřítomnost rodičovské postavy, nemoc, aj.), člověk vyrůstá se zkušeností nejistého vztahu a obvykle zažívá potíže v utváření vztahů, ambivalentní pocity ve vztazích, problémy během rodičovství apod.

Narativita a psychodynamické pojetí

I když se představitelé psychoanalytické a psychodynamické terapie většinou explicitně k současné populární narativní perspektivě nehlásí, není pochyb o tom, že jsou to příběhy klientů/pacientů, čemu věnují specifickým způsobem pozornost. Především jsou v psychodynamickém pojetí příběhy vyprávěné v terapeutické místnosti chápány jako cenný zdroj informací o subjektivním světě klientů/pacientů, o jejich pohledu na sebe sama i o obvyklých způsobech vztahování se k druhým lidem. Jak si všímá McLeod (2001), příběh a vyprávění jsou v psychodynamickém pojetí v podstatě přístupem k předpokládaným hlubším, základním (angl. *foundational*) psychické reality člověka, k fundamentálním emočním, behavioriálním strukturám či vztahovým vzorcům. Z toho je zřejmé, že psychodynamicky zaměřený terapeut se bude různými způsoby snažit podpořit klientovo vyprávění a také bude obsahu (ale též struktuře) vyprávění věnovat maximální pozornost.

Jeden z nejvlivnějších přístupů vycházející z prolínání psychodynamické a narativní perspektivy, který se užívá pro zkoumání a práce s příběhy vyprávěnými pacienty/klienty v terapii, je metoda CCRT (angl. *Core Conflictual Relationship Theme*). Autorem této metody je Lester Luborsky, významná osobnost psychoterapeutického (zejména psychodynamicky orientovaného) výzkumu. Na vývoji a využití metody se velmi podílel Crits-Christoph (Luborsky, Crits-Christoph, 1998) a mnoho dalších. Luborskeho metoda patří k velmi častým výzkumným nástrojům v současné psychoterapeutické komunitě. V pozadí vzniku CCRT metody je pozorování a klinická zkušenost řady významných teoretiků a výzkumníku jako je Spence (1984), Luborky et al. (1992, 1994), Strupp a Binder (1984) a McAdams (1988), kteří jako jedni z prvních upozornili na to, jak je pro výsledek psychoterapie velmi důležitá právě terapeutova citlivost k příběhům a vyprávění klienta/pacienta. Klientův příběh je považován za cenný zdroj informací o rekurentních konfliktních vzorcích ve vztazích s jinými lidmi. Luborsky s kolegy si všimli, že lidé během každého terapeutického sezení většinou vyprávějí průměrně čtyři příběhy. Ty se týkají obvykle událostí, které se odehrály v posledních dvou týdnech. Většina vyprávění zahrnuje reakce a chování druhých a také popis vlastního chování, které ostatní lidé za negativní. V průběhu terapie se pak tyto reakce a chování mohou proměňovat a stejně tak se proměňuje obsah i forma vyprávění.

Vztahová zápletka životního příběhu

Luborsky formuloval metodu na základě identifikování „vzorku“ klientova vyprávění, které nazval vztahovou epizodou (angl. r*elationship episode, RE*). V podstatě se jednalo o vyprávění pacienta/klienta o sobě ve vztahu k jiným lidem a o pro pacienta/klienta významných lidech (angl. s*ignificant others*). Vztahová episoda zachycuje pacientův popis určité, konkrétní interakce, která se odehrála nebo pravidelně odehrává mezi ním a další osobou. Úkolem terapeuta je soustředit se na tyto specifické interakční episody, neboť s jejich pomocí je možné identifikovat tzv. jádrové a konfliktní vztahové téma (angl. c*ore conflictual relationship theme*) pacientova života. Vztahovou episodu lze dále rozčlenit na tři základní komponenty: 1. Přání, potřeby a úmysly pacienta/klienta, 2. Zažívaná, anticipovaná či imaginární odpověd druhé osoby/osob, 3. anticipovaná či následná odpověď pacienta/klienta (Self) ve formě myšlenek, emocí, chování či příznaku.

Následující ukázka z klinické praxe, ilustruje možnou identifikace základních komponent vztahové episody:

Příklad z praxe:

54 - letá žena, vdaná, 2 dospívající děti, navštívila psychiatra na doporučení svého praktického lékaře pro nespecifické žaludeční potíže, nespavost, zhoršení nálady. Provedená vyšetření bez patologického nálezu, během gastroskopie nebyly zjištěny známky vředové choroby. Během psychiatrického vyšetření byla diagnostikována depresivní fáze na základě dominujících příznaků: depresivní nálada, pesimistické myšlenky týkající se budoucnosti, zvýšená únavnost, pocit beznaděje, napětí, nespavost. K navržené psychofarmakologické medikaci byla pacientka ambivalentní, nicméně souhlasila s vyzkoušením léku zolpidemu pro nespavost.

Při druhé návštěvě se rozhovořila o své životní situaci. U její matky jsou počínající známky demence, není již sama soběstačná, starala se o ní skoro celý rok sama, přestože má ještě dva sourozence. Po roce již situaci nemohla vzhledem k pracovním a rodinným povinnostem zvládnout, nakonec to zařídili tak, že maminku přestěhovali do domu s pečovatelskou službou, kde je nyní půl roku. Paradoxně se jí samotné ale neulevilo, maminku navštěvuje několikrát za týden, přesto se nedočká vděku, spíše výčitek, pokud nepřijde, matka jí vyčítá, že jí zanedbává.

V průběhu dalších návštěv popisuje pacientka vztah s matkou jako dlouhodobě ambivalentní až konfliktní, připouští, že ani v minulosti neměly spolu příliš vřelý vztah. Přesto jí chce vyjít vstříc, snaží se jí v této fázi života být maximální oporou. Ukazuje se, že vzhledem k péči o matku jsou potřeby pacientky dlouhodobě v pozadí, žije v neustálém napětí, má pocit, že je toho na ní moc, každá návštěva u matky je pro ní stresující. Aktivity vlastní rodiny jsou narušeny, pacientka popisuje situaci, kdy matku o jednom víkendu nenavštívila a poté byla zahrnuta výčitkami.

V průběhu podpůrné psychoterapeutické spolupráce jsme se snažili věnovat pozornost různým aspektům této situace: Ambivalentním pocitům pacientky, její představě o zodpovědnosti a obrazu „starající se" dcery, a také kvalitativní proměně vztahu s matkou ve smyslu větší autonomie a mezigenerační hranice, aniž by to vedlo k posílení pochyb pacientky o vlastní „dost dobré" péči o matku. Hovořili jsme i o možnostech rozdělení péče o matku s dalšími sourozenci, s nimiž vzájemné vztahy bohužel nebyly ideální. Za hlavní oporu pacientka považovala svého muže, se kterým mohla bez ostychu o svých pocitech a obtížích mluvit, a který se též snažil být v celé situaci angažovaný, byť jeho představy o „přiměřené" péči byly odlišné.

Během spolupráce se pacientka postupně vyrovnávala se svými pocity, hledala aktivně jiné možnosti přístupu k matce, pokusila se o vzájemnou domluvu se sourozenci o dalším společném postupu. Především ale postupně přehodnotila vztah k sobě, začala si více uvědomovat své potřeby a nebála se jim krok po kroku vyjít vstříc, aniž by poté podléhala stejně intenzivním pocitům provinění.
I díky podpoře manžela se jí podařilo najít vyrovnanější pozici mezi vlastními potřebami, vlastní rodinou a péčí o nemocnou matku. Přibližně po desetiměsíční spolupráci paní Jana naznačila, že už cítí dost sil situaci zvládat sama. Referovala o výrazném zlepšení, o větší vnímavosti ke se svým

potřebám i o svém odhodlání zorganizovat si svůj život a své vztahy uspokojivějším způsobem. Domluvili jsme se, že v případě jakýchkoli potíží či zhoršení může znovu naší ambulanci vyhledat. To se prozatím nestalo.

Z popisu obvyklých interakcí s matkou, které pacientka vylíčila během konzultací, vyplývají následující komponenty vztahové epizody:

1. Potřeba uznání, respektu a vděku ze strany matky. Potřeba větší autonomie. („Už by konečně mohla vzít na vědomí, že jsem dospělá ženská, že mám rodinu a svůj život.“; „I když jsme si moc nerozuměly, vždycky jsem se jí snažila pomoct, zvláště teď, co už toho sama moc nezvládne. A místo aby byla ráda, tak mi nezapomene připomenout, když se za ní každý den nestavím.“)

2. Zkušenost s odmítáním, kritikou, vyčítáním, nespokojeností ze strany matky. („Pořád se jí na mě něco nelíbí, i když za ní často chodím, tak je podrážděná a pořád mi něco vyčítá.“; „I když byla doma a já jsem jí navštěvovala, tak se mnou nebyla nikdy spokojená. Místo aby byla ráda, tak mi nezapomene připomenout, když se za ní každý den nestavím.“)

3. Pocity viny, nespokojenost sama se sebou, prožívání konfliktu mezi vlastními potřebami a smyslem pro povinnost – „měla bych se o ní postarat“. Snaha matce vyhovět, vyjít vstříc na úkor vlastního života a vlastní rodiny. („Kolikrát už jsem si říkala, že tam nepůjdu, když se takhle ke mně chová, ale nepřišlo mi to správný, teď mě potřebuje…“; „Vždycky jsme s manželem a s dětma jezdili na hory, máme to rádi, ale poslední rok jsem se neodvážila někam jet na víkend, to by mi zase vyčetla, že jsem za ní nepřišla.“)

Práce terapeuta se v tomto případě odvíjela též od systemické perspektivy a zejména od koncepce tzv. nedokončené separace, s cílem posílit autonomii a schopnost prosadit si „zdravě“ vlastní potřeby u pacientky. Byť je koncept CCRT v tomto případě aplikovatelný, terapeutický proces z něj vycházející v prvky v „čisté“ podobě neobsahoval. Ty spočívají

v posílení porozumění toho, co se v interakci odehrává, tedy posílení náhledu na situaci, exploraci motivů a potřeb hlavního protagonisty i dalších osob, jež se interakce účastní.

Interpersonální rovina CCRT konceptu

V rámci CCRT konceptu je ale komplexnější pozornost věnována vztahové triádě: současným vztahům klienta/pacienta, původní rodině, vztah terapeut-klient/pacient. Tzv. podpůrně-expresivní psychoterapie (angl. *supportive-expressive*) zahrnuje porozumění problematickým interpersonálním vzorcům i rozvíjení způsobů (nebo alternativních příběhů), jak tyto vzorce překonat. Vychází se z předpokladu, že tímto způsobem lze dosáhnout úlevy od příznaků, které jsou součástí problematických interakčních cyklů. Základním předpokladem CCRT metody je myšlenka, že opakující se témata jsou vyjádřením centrálního vztahového vzorce, schématu, či jádrového konfliktu, ze kterého povstávají charakteristické způsoby vztahování člověka k jiným lidem (Barber, Wiseman, 2004). Podle Luborskeho a Crits-Christopha (1998) lze identifikaci základních komponent CCRT využít jako spolehlivý způsob posuzování přenosového vztahu mezi klientem a terapeutem.

Metoda CCRT je široce využívána jako výzkumný nástroj nejen v klinické psychoterapii. Barber a Wiseman (2004) metodu využili ke zkoumání vztahových témat v kontextu transgeneračního traumatu u druhé generace potomků lidí, kteří přežili hrůzy holocaustu. Metodu taktéž aplikovala Poppová s kolegy (2005) při analýze textů Starého a Nového zákona, v nichž se zaměřila na interpersonální vztahy v biblických vyprávěních mezi Bohem a různými skupinami lidí v tehdejší společnosti (Židé, příslušníci jiných kultur či náboženství, muži, ženy atd.) Přijmeme-li psychodynamické hledisko, pak je ze závěrů tohoto výzkumu patrné, že základy problematických fenoménů dnešní společnosti jako je xenofobie, rasismus, a násilné projevy vůči skupinám, jež vyznávají jiné hodnoty, jsou zakotveny již v základních vlivných textech lidské civilizace.

Luborsky a jeho kolegové, kteří metodu CCRT dále rozvíjeli, nebyli jediní, kdo si všímali opakujících se témat, motivů či příběhů ve vyprávění klientů/pacientů a na základě svého pozorování formulovali své teorie či vytvářeli výzkumné nástroje. Rozsáhlá oblast teorie citové/vztahové vazby (angl. *attachment theory*) je též založena na předpokladu, že styl či kvalita citové vazby s pečující osobou determinuje styl a kvalitu dalších vztahů jedince v životě. Rozhovor zaměřený na posouzení stylu přilnutí pro dítě i dospělou osobu (angl. *attachment interview*) se stal hojně využívaným nástrojem jak v klinické praxi tak ve výzkumu. Metodě CCRT je podobný koncept Struppa a Bindera (1984), kteří hovoří o

vyprávění jako primárním psychologickém modu konstruování lidské zkušenosti. V tzv. schématickém příběhu klienta rozlišují čtyři hlavní elementy: 1. chování klienta, 2. očekávání klienta od ostatních lidí, 2. chování ostatních lidí ke klientovi, 4. chování klienta k sobě samému.

Narativně psychodynamický pohled na vývoj identity člověka

Dalšími vlivnými současnými psychoanalytiky, kteří se zajímají o narativitu, jsou Donald Spence a Roy Schaffer. Spence (1984) upozornil na to, že tradičními psychoanalytickými nástroji jako je metoda volných asociací či analýza snů nelze objektivně verifikovat, zdali se některá pojednávaná událost v dětství klienta/pacienta opravdu stala. Navrhuje, aby se terapeuti snažili pomoci klientům dospět k tzv. narativní pravdě, k příběhu, který jim dává smysl, zahrnuje důležité události, respektive jejich subjektivní reprezentaci, která dostatečně koresponduje s dostupnými historickými fakty. Schafer (1994) se na rozdíl od jiných, tradičněji zaměřených psychoanalytiků, pozorněji zaměřuje na proces klientova vyprávění, nikoliv na pouhý prostředek k dosažení „hluboko" uložených struktur či témat. Zajímá ho, jak klient hovoří, jakým způsobem popisuje to, co je pro něj důležité, jak vytváří příběh, který vypovídá o něm i o jeho vztazích. Vyprávěním o sobě a svém životě klient vyjadřuje svůj pohled na sebe, jak chápe sám sebe, svůj život a své obtíže. Sděluje nám, kým je a také jaká je jeho pozice v síti sociálních vztahů. Terapeutovým úkolem podle Schafera je rozvíjet tzv. transformativní dialog, v němž je možné destabilizovat, narušit či dekonstruovat klientovo obvyklé vyprávění o sobě. S tím úzce souvisí i snaha podpořit vytvoření jiné, alternativní příběhové linie, která nebude obtěžkána problémem, konfliktem a klient jí bude považovat za uspokojivou. Nezbytnou součástí takového procesu je Schaferově pojetí vytvoření nového sebe-pojetí neboli identity.

Na otázky týkající se vývoje identity člověka se zaměřuje také Daniel P.McAdams, který se svými kolegy ve svých četných publikacích integruje psychodynamická a narativní témata. Kdo jsme, jaký je smysl našeho života a jaké je naše místo tady na světě? To jsou některé z otázek, které si McAdams klade a na něž se pokouší zodpověďět s pomocí svého modelu identity jako životního příběhu. Identita je pro McAdamse životním příběhem – internalizovaným a vyvíjejícím se vyprávěním „o sobě" (angl. *narrative of the self*), které začíná jedinec konstruovat v pozdním dospívání a ranné dospělosti (McAdams, 2000). Příběhová struktura umožňuje propojit různé, i navzájem protichůdné, aspekty self a navíc poskytuje pro život nezbytný pocit jednoty, cíle a smysluplnosti. Mc Adams se také domnívá,

že metafora životního příběhu nabízí možnost převyprávění, hledání a nalezení jiné linie, změnu orientace v podobě změny přesvědčení či ideového zaměření. Čermák (2003) doplňuje, že ani v McAdamsově pojetí integrující podstata narativní metafory neznamená, že lze člověku porozumět z hlediska jediné příběhové linie.

Protože životní příběh člověka obsahuje mnoho informací, je třeba vybrat ty podstatné, jež se vztahují k jeho identitě. V této souvislosti Mc Adams (1988) rozlišuje v životním příběhu jedince 4 základní kategorie: 1. klíčové události, 2. hodnoty a přesvědčení, 3. perspektivy a cíle, 4) sebeobrazy. Zatímco klíčové události se vztahují k minulosti a perspektivy s cíli k budoucnosti, tzv. sebeobrazy – neboli zjednodušené představy člověka o sobě (např. v čem je jiný, výjimečný) propojují příběh rozčleněný do kategorií v celek. Totéž lze říci i o hodnotách a přesvědčeních. Ty se týkají života jedince a světa, jehož je součástí. Jejich vznik lze datovat v minulosti přičemž slouží jako orientační body pro budoucí směřování života člověka. Mc Adams ještě rozlišuje tzv. tématickou linii vyprávění a jeho složitost, neboli komplexitu. Daněčková (2004) použila model McAdamse k analýze 60 životopisů studentů VŠ s cílem posoudit přínos modelu pro popis identity dospívajících. Podle ní je model McAdamse užitečným návodem jak se v bohatém narativním materiálnu orientovat a jak z jednotlivých vyprávění vystihnout osobní identitu dospívajících (Daněčková, 2004). Přínos McAdamse spočívá také v tom, že bere v úvahu význam mýtů, bájí a legend pro člověka, právě s ohledem na jeho vývoj a utváření smyslu vlastního života. Zajímá ho identifikace osobního mýtu, který poskytuje životnímu příběhu člověka důležitou koherenci ve všech jeho fázích. Osobní mýtus není jen psychosociální konstrukcí jedince, ale na jeho utváření má vliv kulturní kontext. Naše zjednodušené a idealizované sebeobrazy (angl. *imagoes*), představují dle McAdamse hlavní charaktery našich životních příběhů, pro něž nachází inspirační zdroje již v mytologii starého Řecka. Podrobněji je tento koncept popsán v různých publikacích (McAdams, 2000; McLeod, 1997).

Z předchozího pojednání je patrné že narativní koncept představuje jeden ze základních pilířů psychodynamického přístupu a pro některé teoretiky a terapeuty je dokonce pilířem stěžejním. Nicméně jak si všímá McLeod (1997) v terapeutickém procesu rozvíjeném psychodynamicky orientovaným terapeutem je příběh pouhým prostředkem či vstupní branou k tzv. hlubším strukturám psýché jedince, k jeho nevědomým obsahům, a k významným, často konfliktním vztahovým tématům. Všechny tyto „části“ skrytého duševního života jsou pak „materiálem“ pro psychoterapeutovo působení. U psychodynamického přístupu, stejně jako u jiných, tradičních škol psychoterapie korespondujících s vědecko-paradigmatickým modem poznávání pak zřetelnou nevýhodou může být fakt, že nenabízí způsob, s jehož

pomocí by člověk propojil svůj osobní, často problematický, příběh se smysluplným, individuální život přesahujícím příběhem dané kultury.

Narativita v konstruktivisticky orientované psychoterapii

Konstruktivismus jako teorie poznání ovlivnil psychoterapii, rodinnou terapii a v posledních letech i narativně zaměřené terapeuty. Tato teorie poznání je spjata se jmény Heinze von Foerstera a Ernesta von Glasersfelda (von Schlippe, Schweitzer, 2004) jejichž práce ovlivnily úvahy psychoterapeutů nejen v německy mluvících zemích. I v anglické odborné literatuře existují různorodé osobnosti, jež podnítily konstruktivistické myšlení nejen v psychoterapeutické komunitě. Jedná se zejména o George Kellyho, autora tzv. *personal construct theory*, nebo o biology Francisca Varelu a Humberta Maturanu. Právě Maturanův výrok „Vše, co je řečeno, je řečeno pozorovatelem, který rozpoznává…" je často citován systemickými terapeuty (Maturana, 2004). Například němečtí systemici Simon a Stierlin (in von Schlippe, Schweitzer, 2004) považují konstruktivistické hledisko za vhodné zejména v oblasti chápání mezilidských vztahů, kdy interpersonální procesy lze těžko objektivně posuzovat, aniž by posouzení pozorovatele nebylo založeno na určitém konceptu či preferovaných aspektech. Proto i představy o rodině a jejím fungování je třeba chápat jako potenciálně užitečné předpoklady či konstrukty, které ale mohou působit v terapeutickém procesu fatálně, pokud je zaměňujeme za skutečnost. Konstruktivistické myšlenky ale zapustily kořeny i v individuálně zaměřených psychoterapeutických směrech.

Hlavní předpoklady

Základním tématem konstruktivistické filozofie je otázka, jakým způsobem aktivně ovlivňujeme naše chápání, neboli konstrukci, světa a to zejména na základě vlastní zkušenosti. V procesu poznávání světa a snahách o porozumění se neobejdeme bez orientačních bodů, map, jež nám umožňují smysluplně „utřídit" množství podnětů, událostí i komplexitu různých složitých fenoménů. Z konstruktivistické perspektivy nepoznáváme svět přímo, ale díky tzv. kognitivním mapám, konstrukcím či konceptům rozpoznáváme některé aspekty skutečnosti. Je zde zdůrazněn vztah mezi zdánlivě objektivní a nezávisle existující realitou „tam venku" a aktivním rozpoznáváním člověka, který vstupuje se světem do interakce.

Podle teorie konstruktivismu představují jedinec či rodina do sebe uzavřené (angl. *self-contained*) jednotky neboli systémy, které samy o sobě vytvářejí významy a smysl světa, který je obklopuje. Významnou inspiraci v této souvislosti přinesly pokusy již zmíněných biologů, z nichž zejména Maturana vyvodil radikální kognitivní model, v němž referoval o způsobu, jakým živé organismy zpracovávají informace o světě, jehož jsou součástí (Maturana, 2004). Maturanovy závěry inspirovaly vznik tzv. radikálního konstruktivismu, podle něhož je chování i způsob chápání světa jedincem determinováno převážně jeho osobními charakteristikami, možnostmi jeho centrálního nervového systému či kognitivních schopností, zatímco faktory, například faktory prostředí, ale i faktory terapeutické, mají zanedbatelný vliv.

Všichni konstruktivisticky zaměření teoretici i terapeuti nezastávají takový radikální postoj, nicméně se domnívají, že každý jedinec si v průběhu svého života vytváří svůj osobitý styl interpretace či chápání okolního světa i své pozice v něm. K tomu dochází především nevědomě a jak upozorňuje Dallos v odkaze na teorii George Kellyho, všichni jsme svým způsobem vědci, neboť se snažíme vysvětlit, co se děje, a také předvídat, co může následovat. Podle Dallose (1997) jsou naše přesvědčení a předpoklady (angl. *set of beliefs*) – základní stavební bloky našeho osobního výkladu světa – více či méně neustále testovány v rozmanitých interakcích a zkušenostech, jež zažíváme ve vztazích s dalšími lidmi. Konstruktivistická perspektiva též umožňuje, abychom například při práci s rodinou byli schopni chápat jako legitimní či validní každý popis či vyprávění, jež má pro každého člena rodiny svůj význam. V rodinné terapii je konstruktivistická perspektiva patrná v přístupu krátké terapie, který vyvinuli terapeuti kalifornského *Mental Research Institute*, a na který navázali později systemičtí terapeuti Milánské školy či deShazer s Kim Berg ve své krátké, na řešení orientované, terapii (angl. *brief solution-focused therapy*) (Carr, 2001).

Kognitivní procesy a narativita

Klíčová myšlenka kognitivních přístupů v souvislosti s narativní metaforou je představa příběhu jako tzv. reprezentace. Podle současných kongnitivních psychologů si člověk představuje či chápe svět prostřednictvím tzv. schémat či scénářů (angl. *scripts*), které nejsou statickými obrazy, ale spíše dynamickými sekvencemi událostí, interakčními vzorci či základními ději – příběhy. Kognitivní či konstruktivisticky zaměření terapeuti považují vyprávěné příběhy za důležitý prostředek či „přístupovou bránu“ k těmto základním schématům či scénářům. Na tyto schémata a scénáře je také zaměřeno terapeutovo působení

s cílem dosáhnout terapeutickou změnu. Slovy Efrana (1994) je cílem takto zaměřené terapie pomoci člověku osvobodit se od rigidních „abstrakcí“ či kognitivních dogmat, které dominují a limitují nejen způsob, jakým člověk nazírá na svět, ale i způsob, jakým se vztahuje k sobě, ke svému okolí, či jak řeší rozmanité životní situace. Odstup od problému, se kterým klient přichází, a zejména od těchto rigidních schémat, umožňuje terapeutovi, aby podpořil klienta v hledání jiných schémat či scénářů, a tak rozvíjel svůj život jiným či „plnějším“ způsobem. Zájem o kognitivně-konstruktivisticky zaměřené terapie je podpořen i současným rozmachem neurovědních oborů, jež souvisí s rozvojem zobrazovacích technologií. Různé výzkumy (Siegel, 2001, Cozolino, 2002) dokládají, že lidská schopnost či potřeba strukturovat zkušenost narativně je koordinována hned několika mozkovými strukturami a procesy. Představa, že budeme schopni identifikovat neuronální struktury a spoje mezi nimi, které odpovídají za určitá kognitivní schémata, je v současnosti pro některé odborníky lákavá. Jsou to právě Goncalves, Henriques a Machado (2004) reprezentanti současného narativně kognitivního přístupu, kdo si hodně slibují od nových poznatků toho, jak mozek ovlivňuje naše narativní schopnosti a jaká je specifická role vyprávění pro vývoj mozkových struktur. Tito odborníci předpokládají, že tyto poznatky umožní lepší porozumění významu narativity pro vznik duševních potíží a zároveň pro pochopení, jak narativně zaměřená terapie může zlepšit neuronální plasticitu.

Konstruktivisticky zaměřená narativní terapie

Na prolínání narativního přístupu a konstruktivistické perspektivy upozorňuje McLeod, podle něhož je hlavním cílem konstruktivistické terapie práce zaměřit se na typické způsoby, jakými jedinec utváří význam různých událostí ve svém životě (McLeod, 2001). Tyto významy se odvíjejí právě od tzv. kognitivních schémat, s jejichž pomocí člověk interpretuje realitu, a která jsou patrná v pozadí příběhů, jež o sobě a svém životě člověk vypráví. Vzhledem „příbuznosti“ konstruktivismu s předpoklady kognitivně-behaviorální terapie je zde charakteristický aktivní přístup terapeuta, využívání jasně strukturovaných technik i snaha o dosažení konkrétní a jasně definované změny v krátkém časovém období.

Konstruktivisticky zaměřená narativní terapie je charakterizována identifikací tzv.konfliktních příběhů a také užitím metafor. Goncalves (1994) vytvořil konstruktivistický model narativní změny, v němž je cílem posílení klienta narativními technikami v jeho úsilí získat pocit vlivu či autorství svého vlastního života. Goncalves podněcuje klienta např. tím, že ho vybízí, aby převyprávěl klíčové momenty svého života z různých úhlů pohledu,

s využitím různých perspektiv, včetně metaforické formy. Ve svém komplexním modelu narativní změny rozčlenil Goncalves pět fází terapeutického procesu:

1) Rozvzpomínání se na významné příběhy, vybavení si co nejdetailněji různé životní události (angl. *recalling narratives*).
2) Objektivizace příběhů (angl. *objectifiying narratives*) s pomocí vybavení si všech smyslových podnětů, s využitím dokumentů i artefaktů.
3) Subjektivizace příběhů (angl. *subjectifying narratives*) s cílem posílit uvědomění si vnitřních prožitků v souvislosti s příběhem.
4) Metaforizace příběhů (angl. *metaphorizing narratives*), kdy si klient osvojuje vytváření metaforických asociací ve vztahu k významným příběhům a tyto metafory jsou posléze tématem důkladné diskuse.
5) Projekce příběhů (angl. *projecting narratives*), kdy si klient procvičuje tvorbu různých alternativních metafor, s využitím literárních či uměleckých zdrojů. Tyto nové metafory jsou součástí dalších rozhovorů a stávají se stavebními kameny v běžném životě.

V Goncalvesově pojetí, v němž se odrážejí prvky kongnitivní, narativní, ale i prožitkové, je terapeut aktivní ve strukturování terapeutického procesu, v navrhování různých způsobů a cvičení zaměřených na konstruování nových, alternativních příběhových linií, zápletek či představ. Hlavním cílem je podpořit změnu na individuální rovině v tom, jak člověk utváří smysl světa, jak vnímá, přemýšlí a prožívá.

Snahy o širší perspektivu a výzkum

I když tato část textu není vyčerpávajícím přehledem současného poznání v oblasti kognitivních/konstruktivistických terapií, nelze opominout kritické hlasy k tomuto přístupu. Za nedostatek je považováno jak příliš individuální zaměření, tak převažující důraz na kognitivní procesy s opominutím emočních prožitků, jejichž transformace či posun v nich jsou podle některých prací nezbytné pro dosažení terapeutické změny. Podle současných prací konstruktivisticky narativních terapeutů a výzkumníků se zdá, že pozornost věnují prožitkové i vztahové rovině. Již zmiňovaní Goncalves, Henriques a Machado (2004) spolu s dalšími odborníky v této oblasti zastávají názor, že psychopatologie nevzniká v důsledku nějakých základních vnitřních či intrapsychických mechanismů (angl. *underlying internal*

mechanisms), ale je výsledkem klientovy/pacientovy narativní konstrukce, která z různých důvodů není dostatečně flexibilní či životaschopná ve světle prožitkové reality. Navíc citovaní autoři chápají fenomén tzv. psychopatologie jako sociální proces, neoddělitelný od narativní konstrukce, který vzniká v rámci interakce jazykového systému pacienta i terapeuta, přičemž tyto systémy jsou ukotveny v daném sociálním a historickém kontextu. Pacientovo vyprávění považují za naprosto relevantní „předmět" klinického „působení" a výzkumného zájmu, především s cílem posílení koherence, komplexity, multiplicity významů a flexibility vyprávění (Goncalves, Henriques, Machado, 2004).

Další současní odborníci, Botella, Herrero, Pacheco, Corbella (2004) ve vztahu k narativní metafoře v psychoterapii zdůrazňují kromě konstruktivistické roviny i vztahový rozměr v přístupu nazvaném vztahový konstruktivistický přístup (angl. *relational constructivist approach*). Botella et al (2004), usilují o „smíření" či „plodný dialog" mezi konstruktivistickou a sociálně konstrukcionistickou perspektivou a svůj přístup opírají o 10 hlavních principů. Následuje jejich stručné vymezení. V těchto principech se ale kromě explicitně přiznaných teoretických perspektivách objevuje i existenciální tématika a dialogické pojetí terapie.

1. Být člověkem znamená hledání a konstruování smyslu/významu událostí, které se v životě odehrávají.
2. Hledání smyslu/vytváření významu je procesem interpretativním a lingvistickým.
3. Jazyk a proces interpretace je vztahové povahy.
4. Vztahy jsou formou konverzace
5. Konverzace utvářejí pozice subjektu/self.
6. Pozice subjektu je vyjadřována formou hlasu (obrazně řečeno).
7. Hlasy vyjadřované v určitém časovém období jsou základem vyprávění.[*]
8. Identita je jak výsledkem tak procesem narativního sebeutváření (ang. *self-narrative construction*)
9. Psychologické problémy jsou ukotveny v procesu konstruování příběhů vlastní identity (angl. *narratives of identity*).

[*] V anglické literatuře pojednávací o tzv. spolupracujících přístupech v psychoterapii (angl. *collaborative approaches*) a o narativní terapii je často užíváno podstatné jméno „hlasy" (angl. *voices*) jako symbolické vyjádření subjektivních výpovědí lidí, kteří se terapie účastní nebo kteří „hrají" nějakou roli v tzv. problematickém příběhu. Nejde o halucinované „hlasy" v psychiatrickém pojetí.

10. Psychoterapie může být považována za spolupracující dialog (angl. *collaborative dialogue*), jenž je zaměřen na transformaci klientovy narativně utvářené identity (angl. *client´s narratives of identity*).

Detailní vysvětlení principů autoři poskytují ve svém textu i s ohledem na klinickou praxi, k níž nabízejí didaktického průvodce a ke každému uvedenému principu přiřazují vedoucí otázku či otázky, které by měl terapeut brát v potaz v průběhu terapeutického procesu. Byť se autoři explicitně hlásí k filozofii konstruktivismu a narativní metafoře, v jejich formulovaných principech je existenciální tématika a dialogické/lingvistické pojetí terapie. Zdá se, že jde o další pokus o integraci tradičních hledisek v psychoterapii včetně současných trendů.

Propojení konstruktivisticky zaměřené psychoterapie s poznatky kognitivních věd je patrné i ve rostoucích snahách podpořit teoretické úvahy důkazy z výzkumných projektů. Snaha o výzkumné doložení validity nabízených konceptů jak v oblasti duševního tak tělesného zdraví je patrná u obou zmiňovaných terapeutů a jejich týmů, Goncalvese et al (2004) a Botelly et al (2004). Ve studiích zaměřených na různé skupiny pacientů (s diagnózou agorafobie, mentální anorexie, deprese a závislosti na alkoholu či opiátech) Goncalves et al (2004) analyzují významné životní příběhy (angl. *prototype narratives*) a zkoumají jejich validitu s ohledem terapeutický proces. V jiných studiích se tato skupina výzkumníků zaměřuje na výzkum výsledku (angl. *outcome*) kognitivně narativní terapie u pacientů s diagnózou infarktu myokardu a u pacientů s diagnózou deprese. Ve všech případech se předběžné výsledky účinnosti tohoto přístupu zdají slibné (Goncalves et al, 2004). Botella et al (2004) se ve výzkumu zaměřují na schopnost reflexe (angl. *reflexivity*), pocit zvládání (angl. *sense of agency*) a narativní změny v psychoterapii založené na „vztahově konstruktivistických“ principech u pacientů s diagnózou deprese a pacientek s diagnózou karcinomu prsu.

Narativita v existenciálně zaměřené psychoterapii

Existenciální terapie je inspirována myšlenkami významných filozofů Kirkeegarda, Heideggera, Sartra, Merleu-Pontyho a dalších. Hlavní představitelé existenciální terapie jako např. Ronald Laing, Rollo May, Irvin Yalom, či Emmy van Deurzen přispěli k tomu, že tento terapeutický přístup přitahuje pozornost a zájem navzdory současnému důrazu na

pragmatičtější a empiricky podložené formy psychoterapie. I když existenciální psychoterapie nepatří k dominantním směrům na současné psychoterapeutické scéně, osobnosti jako Irvin Yalom ve Spojených státech amerických a Emmy van Deurzen ve Velké Británii přispěli k tomu, že existenciální přístup je stále vlivný a slouží jako cenná inspirace pro mnoho psychoterapeutů. To samé platí o logoterapii Viktora Frankla, jež se mezi existenciální směry řadí a také má řadu pokračovatelů.

Existenciální témata

McLeod (2003) zmiňuje tři základní témata existenciální psychoterapie. Každé z nich se více či méně prolíná i s narativní perspektivou. Prvním tématem je časovost, neboť lidské bytosti žijí svůj život v čase. V něm rozlišujeme současnost, na kterou má vliv jak to, co se událo (minulost), tak co se může stát (budoucnost). Horizont minulosti i budoucnosti významně ovlivňuje moment současnosti, v němž se člověk snaží, někdy s obtížemi, žít plně svůj život s využitím svého potenciálu a respektováním svých limitů. Dle existenciálních filozofů i terapeutů je nezbytné akceptovat smrt, jedině tak lze žít život plně. Časový aspekt odpovídá struktuře příběhu, který má začátek (minulost), prostředek (současnost a budoucnost) a konec (budoucnost a smrt). Tam, kde se existenciální terapeut bude zaměřovat na podporu klienta v jeho úsilí žít smysluplný život, narativní terapeut se bude zajímat o to, co je pro člověka hodnotné, v čem spočívá jeho představa „dobrého“ života. Otázka týkající se prožití „dost dobrého“ života je z tohoto úhlu pohledu totožná s existenciálními terapeuty akcentovanou snahou o žití života smysluplného

Druhým tématem tzv. existenciální analýzy je tělesnost (angl. *embodiment*) člověka. Existujeme ve světě svou fyzickou, tělesnou přítomností a náš vztah ke světu reprezentují také tělesné procesy (naše pocity, emoce, fyziologické projevy, vnímání a přijetí vlastního těla apod.) a také způsob, jakým se v prostoru prezentujeme. Toto téma má souvisí i s aplikací narativního přístupu u tzv. psychosomatických potíží. Tělo a jeho projevy je možné chápat jako způsob sebevyjádření, či v biologickém duchu sebe-prezentaci (Portman, in Komárek, 2005), která je u každého člověka jedinečná a může být součástí celého jeho životního příběhu a stylu, jakým vstupuje v kontakt s okolním světem. Není zřejmě náhodné časté klinické pozorování, že s tzv. psychosomatickými projevy či jak se v odborné lékařské literatuře píše „lékařsky nevysvětlenými příznaky“ přicházejí do ordinací a poraden lidé, kteří zápasí s nějakým životním dilematem. V průběhu terapeutického rozhovoru se často zjistí, že

se nacházejí v obtížně řešitelné situaci, konfliktu nebo nemohou z různých důvodů vyjádřit či sdílet některé části svého životního příběhu.

Třetím tématem je pak úzkost, obava a strach, který v každodenním životě prožíváme nebo můžeme zakoušet. Pro existenciální terapeuty nejde o projev nemoci; úzkost není vnímána jako známka psychiatricky diagnostikované duševní choroby, ale je nevyhnutelnou součástí života, k němuž patří nejistota, chaos a mnohá rizika. Úzkost je vyjádřením a důsledkem našeho postoje, že nám na něčem a na někom záleží, na světě obecně. Zdůrazňují též dilemata života: potřebu autonomie a nezávislosti a zároveň vztahovost jako obecný lidský rys. Zde je třeba připomenout, jak častým a obecně lidským fenoménem je prožitek úzkosti, který tvoří celou kapitolu v podobě kategorií úzkostných poruch v mezinárodní klasifikaci nemocí. Přestože současné psychiatrická obec se drží individuálního pojetí psychopatologie, z klinických zkušeností je patrné, že úzkost je vždy prožívána k něčemu respektive k někomu, kdo má v příběhu našeho života významnou úlohu, kdo je pro nás inspirací anebo kdo je původcem těch částí života, bez jejichž existence bychom možná byli šťastnější.

Předpoklady a cíle

Jedním z hlavních výchozích předpokladů existenciální terapie je tvrzení, že život může dávat smysl a že lidé jsou schopni utvářet smysl svého života svým osobním postojem k životu a navzdory zdánlivé nesmyslnosti, chaosu či absurditě (van Deurzen, 2002). Bez ohledu na okolnosti, jakkoli tíživé, vždy mají lidé potenciál ke svobodnému rozhodnutí reagovat na tyto okolnosti různými způsoby. V tomto ohledu se existenciální přístup zásadně liší od deterministických přístupů, v nichž dominuje předpoklad existence nevědomých procesů či jiných neuvědomovaných sil, které naše chování převážně ovlivňují. Van Deurzen (2002) také stručně vymezuje cíle existenciálního přístupu:

1. Umožnit lidem, aby k sobě byli znovu pravdiví.
2. Rozšířit jejich perspektivu o sobě a světě okolo nich.
3. Pomoci jim ujasnit si, jak se při směřování do budoucna poučit z minulosti a zároveň najít či tvořit něco hodnotného, pro co mohou žít již v současnosti.

Jinými slovy, psychoterapie vycházející z existenciální perspektivy má podpořit člověka v jeho snaze přijmout nevyhnutelnost univerzálních dilemat, konfliktů a daností a případně je smysluplně překonat. Součástí psychoterapeutické pomoci je také podpora důkladného

„prozkoumání“ všech aspektů individuální existence a využití vlastních možností při respektování či přijetí současně existujících omezení. Zde jsou myšlena nevyhnutelná a všem lidem společná existenciální omezení, úzkosti a trápení, která jsou součástí života. Rozmanité formy utrpení, bolest, selhání, pocity viny či beznaděje, různé životní ztráty a samozřejmě všudypřítomné vědomí ohraničenosti našeho života jsou chápána existenciálními terapeuty nikoli jako překážky, které je nutné odstranit, ale jako orientační body a motivace nutné pro rozhodování o dalším směru života v momentech, kdy se ocitáme na životní křižovatce. Zároveň jsou tyto aspekty života pokládány za příležitosti k možnému přehodnocení životních hodnot či povzbuzení k dalšímu úsilí vést co nejsmysluplnější život. Existenciálně zaměřená terapie se zaměřuje na podporu reflexe života, životních cílů, hodnot a celkového postoje k životu a k podpoře prožití autentického života (žít svůj vlastní příběh).

Terapeut inspirovaný existenciální perspektivou asistuje lidem, v tom dobrém slova smyslu, v jejich snaze žít co nejlépe svůj život a ve zvládání nevyhnutelných problémů, obtíží, zklamání a krizí, kterým čelí. V tomto bodě se také prolíná existenciální perspektiva s narativní. Lidé, přicházející do terapie, obvykle zápolí s některými aspekty svého života, v jejich příbězích dominují životní těžkosti, problémy či zdravotní potíže. Přicházejí v okamžiku, kdy mají pocit, že nedokáží obtížnou situaci řešit, kdy si neví rady poté, co se pokusili své obtíže zvládnout či vyřešit vlastními silami či s pomocí svých blízkých. Příběhy, které vyprávějí, mohou v mnoha případech konkrétně vystihovat, jakými způsoby si spoluutvářejí vlastní osud a jak se jim nedaří zužitkovat některé schopnosti, positivní aspekty či příznivé okolnosti vlastního života (Deurzen, 2002). Terapeutický proces se v takových momentech stává společným hledáním, jak pokračovat v životě navzdory protivenstvím, jak vést „dost dobrý život“ podle představ, očekávání a přání klienta, s ohledem na někdy nezměnitelné, často nepříznivé či velmi tragické okolnosti (viz následující příklad).

Příklad z praxe:

27-letý muž se dostavil do psychiatrické ambulance na doporučení kolegy -sloužícího lékaře na psychiatrického oddělení, kterého navštívil muž během víkendu s psychickými problémy charakteru depresivní fáze. Během jednoho týdne se tomuto mladému muži změnil život. Jeho 24-letá sestra byla přepadena, znásilněna a ubita k smrti mužem pocházejícím ze stejné vesnice, když se vracela v noci domů ze zábavy. Nesmyslná smrt sestry nebyla jedinou hrůzou, které musel muž čelit. Matka v důsledku nepochybné psychické devastace několik dnů poté spáchala sebevraždu oběšením. Z rodiny najednou zůstal otec a syn. Psychoterapeutická

setkávání v psychiatrické ambulanci měla zpočátku podobu mlčení dvou lidí, kteří oba ztěžka hledali v této situaci vhodná slova. Ve vzduchu viselo i počáteční vyjádření muže, který připustil vlastní úvahy o skončení života, který pro něj už neměl smysl. Po několika setkáních se podařilo mlčení prolomit a pozvolna se rozvíjející dialogy měly společného jmenovatele. Jak přijmout hroznou skutečnost? Jak se smířit s tím, že už nikdy neuvidím své blízké? Lze vůbec podobné události přijmout nebo snad pochopit? Od těchto nelehkých otázek se postupně terapeut i „pacient" posunuli k otázce týkající se směřování do budoucnosti. Co může být dostatečně silným motivem k dalšímu životu? Je v dálce nějaký světlý bod, šance na lepší život, ke kterému je možné se upnout a o který je možné usilovat? Zdálo se, že v případě tohoto muže to je partnerský vztah a budování nového zázemí. Tyto stránky života se ukázaly jako hlavní motivací k překonávání pocitů nesmyslnosti, absurdity a krutosti života.

Význam smysluplného životního příběhu

V narativní terapii podle Whitea a Epstona (1990) je ekvivalentem posun od příběhu, kterému dominuje problém (angl. *problem-saturated story*), k příběhu alternativnímu, který více odpovídá prožité zkušenosti a jenž je je založen na preferovaných hodnotách či představách o vlastním životě. Podle Polkinghorna se narativní terapie v prvé řadě zabývá právě existenciálními tématy, jako je otázka zodpovědnosti, otázka vlastního vlivu (autorství) na svůj život a také schopnosti zvládat obtížné (existenciální) situace či rozličná životní dilemata (Polkinghorne, 2004).

Příběh dobře prožitého života (angl. *a good life story*), jež lidé v terapii vyprávějí, nebo k jehož realizaci aspirují, odráží nejen jejich vlastní představu o životě, ale též odráží jejich osobní interpretaci širšího a přesahujícího kulturního vyprávění (mýtu). McLeod (2004) se domnívá, že součástí terapie je i dekonstrukce či rekonstrukce takového velkého kulturního příběhu, i když si terapeut ani klient neuvědomuje, že se oba účastní takového procesu. Dekonstrukce samotná pochopitelně nestačí, neboť i přilnutí se svým životem k destruktivnímu příběhu, jak dokládají mnohé z historických neblaze proslulých případů, může být pro člověka významné. Potřebu připojit svůj život k něčemu přesažnému zmiňují existenciální terapeuti, narativní experti i filozofové. Machovec (1998) tvrdí, že lidstvo by si mělo tím či oním způsobem uchovat bytostný vztah alespoň k něčemu obecnému, nadindividuálnímu, co pokračuje i po smrti jedince. Pro člověka a pro lidstvo jako celek je podle něj nezbytná potřeba něčeho přesažného, smysluplného (v narativním duchu „smysluplná zápletka" – angl. *narrative plot*), něčeho, co jde za horizont individuálního

života a co pro jedince znamená jakési pokračování i jeho existence, pokud se k onomu přesažnému svým konáním a životem přimkne. Jde tu o hodnoty, o jejichž naplňování a zachování stojí za to usilovat, i o ideje, které člověk považuje za smyslupné, pro které je schopen vydržet i strádání, jež je nevyhnutelnou součástí života. A která nemají smysl pouze z pohledu individua, ale z hlediska zachování rodu, komunity, lidského druhu.

Člověku bytostně vlastní potřebu spojit svůj život s něčím přesahujícím (transcendentálním) je možné realizovat tehdy, je-li k dispozici dostatečně bohatý repertoár velkých příběhů (angl. *metanarratives*), s nimiž je možné se ztotožnit, prostřednictvím kterých jedinec může smysluplně svůj život žít. Každá kultura takový repertoár má, nicméně některé z dostupných příběhů jsou nepochybně vlivnější, dominantní, či z hlediska implicitně začleněných hodnot preferované. Tou klíčovou otázkou pak zůstává, kterému z dostupných příběhů dát přednost. A je vůbec možné se svobodně rozhodnout? Nehrají zde roli nevědomé sociální a další faktory? Co rozmanité kulturní příběhy nabízejí a umožňují ve vztahu k porozumění sobě, životu, zdraví apod.? Jako roli v této souvislosti hrají některé média jsme zmínili v úvodní části textu. Je nepochybné, že k nalezení místa ve společnosti je nezbytné vytvoření dostatečně uspokojivého spojení mezi individuální zkušeností a příběhy v dané kultuře a společnosti dostupné. Pokud se toto spojení nepodaří vytvořit, člověk něco důležitého postrádá, může si připadat izolovaný, osamělý, zvláště pokud nemůže participovat na kulturním příběhu nebo kulturních příbězích, které jsou v dané podobě dominantní a vedle kterých je odlišná individuální zkušenost marginalizována. Příkladem tohoto druhu jsou problémy týkající se některých etnických skupin, komunit lišící se od tzv. normální většinové společnosti apod.

Existenciální dilemata a zdraví

I v souvislosti se zdravím jsou tyto aspekty pozorovatelné v klinické praxi. Lidé, jejichž zkušenost či individuální možnosti nejsou v souladu s dostupnými příběhy – kulturními průvodci naplnění vlastního života v rámci společnosti, se mohou objevit v ordinaci s příznaky, které nebývá lehké vysvětlit z biomedicínského hlediska. Ačkoli mají tělesné potíže, opakovaná vyšetření nepřinášejí adekvátní vysvětlení, patologický nález laboratorní či morfologický. Tito pacienti a jejich rodiny mají pocit, že nepatří do zdravotnického systému, na němž přitom závisí. Popisují pocity odcizení, devalvace, neporozumění a v podstatě prožívají totéž jako jakákoli jiná marginalizovaná skupina ve společnosti (Griffith, Griffith, 1995). Při důkladnějším rozhovoru, zvláště získá-li si terapeut

důvěru pacienta, vyjeví se nejen existenciální ale mnohdy i sociální témata např. problémy s pracovním uplatněním v důsledku vyššího věku, pohlaví, rodinného statutu a samozřejmě i etnické příslušnosti. Vzhledem k tomu, že „přiznání“ duševních potíží jakožto „důkaz“ nezvládnutí situace či vlastní slabosti je v daných souvislostech „přitěžující“ okolností, může se prožívaná nepohoda projevovat ve formě tělesných příznaků. V této rovině převažují zpravidla tehdy, jestliže určité podmínky znemožňují vyjádření či sdílení prožitků, zkušenosti či významných dilemat. Subjektivně prožívaná nepohoda v zátěžové situaci (angl. *distress*) se vždy manifestuje zároveň v rovině verbální i v rovině tělesných projevů. Ale kulturní a společenské okolnosti, očekávání a další sociální faktory mohou tlumit verbální vyjádření, takže tělesné projevy jsou jediným možným projevem a viditelným důkazem takového stavu (Kirmayer, 1989).

I když většina předních odborníků na narativitu s výjimkou Polkinghorna nevěnují existenciální psychoterapii v souvislosti s narativní metaforou pozornost, mezi existenciální a narativní perspektivou existují významné styčné body. Z klinického pohledu je to především terapeutova podpora klienta v jeho hledání a rozvíjení smysluplnosti vlastního života i překonávání různých dilema, která jsou součástí rozmanitých zápletek životního příběhu. Součástí těchto zápletek nemusí být jen projevy tzv. psychologického trápení, ale pochopitelně i různé tělesné potíže, které mohou kontinuitu životního příběhu výrazně narušit anebo předčasně ukončit.

Narativní vliv v rodinné terapie

Metafora příběhu a vyprávění, teorie sociálního konstrukcionismu (angl. *social constructionism*)[*] a pojetí Whitea, Epstona (1990) a jejich následovníků významně ovlivnily vývoj rodinné terapie, zejména s ohledem na chápání terapeutického procesu, roli terapeuta i utváření sociální reality v rodině nejen v průběhu terapie. Myšlenky narativních terapeutů znamenaly nejen novou inspiraci, ale vedl i ke kritické reflexi dosavadní praxe rodinné terapie a do té doby dominantních konceptů rodiny a vzniku tzv. patologie.

[*] *Sociální konstrukcionismus* bývá i v odborné komunitě zaměňován za *konstruktivismus*. Představitelé sociálního konstrukcionismu upozorňují, že aspekty rodinného života, vzorce chování a role ztělesňované jednotlivými členy rodiny jsou determinovány společenskými strukturami a ideologiemi, které utvářejí život rodiny, naše chápání vztahů mezi muži a ženami apod. Podle konstrukcionistů je skutečnost tak, jak ji chápeme, utvářená v komunikace, v interakcích, v jazyce. Nepopírají, že existují určité danosti, ale že význam těchto daností se mění, také v důsledku společenských vlivů. Naproti tomu reprezentanti *kontstruktivismu*, zejména ti radikální, zdůrazňují to, že lidé aktivně utvářejí reprezentace světa na základě svých systémů přesvědčení a kognitivních možností, aniž by brali v potaz vliv společensko-kulturních faktorů a struktur na tento proces.

Hlavní předpoklady

Základním předpoklad rodinné terapie myšlení spočívá v tom, že problémy nebo tzv. patologické projevy jsou interpersonální. nikoli výhradně individuální povahy. Hlavní pozornost je věnována vztahům, komunikaci, interakčním procesům, s nimiž dle tzv. systemických předpokladů souvisí rozvoj distresu, potíží, ale také vývoj identity jedince. Počátky systemického myšlení se kladou do 50.let minulého století, kdy se začala rozvíjet rodinná terapie. Mezi první terapeuty, kteří se začali tehdy zajímat o interakční procesy v rodině patřili Donald Jackson, Jay Haley, Richard Fish, Virginia Satirová, John Weakland, kteří společně s antropologem Gregorym Batesonem zkoumaly komunikační zvláštnosti rodin, v nichž měl jeden z členů diagnózu schizofrenie. První představitelé rodinné terapie se v souvislosti s výzkumy probíhajícími v *Mental Research Institute* zajímali především o komunikaci, ale také o strukturu a interakční vzorce v v rodině. Později se pozornost přesunula k systémům přesvědčení a významům, jež spoluurčují chování člověka a vznik problémů v rodině či jiném systému. Současná systemická scéna si pozorně všímá jazykových procesů a vlivu společenských/kulturních faktorů, dochází ale též k oživení zájmu o emoční procesy ve významných vztazích jedince. V současnosti někteří dávají přednost termínu systemická terapie, neboť jedinec je součástí i jiných systému, nikoli pouze rodiny. Inspirační vlivy v rodinné/systemické terapii jsou značně heterogenní, podrobněji jsou zpracovány v různých publikacích (Dallos, Draper, 2007; Schweitzer, von Schlippe, 2004; Carr, 2001).

Obrat ke kulturním příběhům a společenskému diskurzu

Přibližně v devadesátých letech minulého století došlo v oblasti rodinné terapie k přesunu pozornosti směrem k jazyku a příběhům. K tomuto posunu zájmu došlo v souvislosti se sílícím předpokladem, že všechno dění a procesy v rodině nelze považovat za tzv. objektivní realitu, kterou terapeut objevuje a snaží se změnit, ale že je to terapeut, který některé aspekty rozpoznává, pojmenuje, zdůrazňuje, považuje za podstatné vzhledem k existenci problému či tzv. patologie. Pohled terapeuta a jím volené intervence nevycházejí pouze z jeho individuálních předpokladů. Například představy o tom, jak vypadá zdravá, normální, fungující rodina, a jakým způsobem se musí rodina změnit ve vztahu k předpokládané normě jsou společensky, kulturně a odborně ukotvené. Byli to právě Epston a White (1990), Goolishian a Andersonová (1993) Andersonová (1996), Andersen (1993) a

mnozí další, kteří upozornili, že prostřednictvím interaktivního procesu a používání jazyka některé z tzv. sociálních realit a příběhů vystupují do popředí, zatímco jiné zůstávají v pozadí. Společné chápání reality je utvářeno společně jak v rodině v průběhu její historie, často s transgeneračním přesahem, tak v průběhu dočasné psychoterapeutické spolupráce. Podíl na utváření ale nemají všichni zúčastnění stejní; jak zdůrazňují nejen feministicky zaměření terapeuti a terapeutky, při práci s rodinami je třeba být pozorný k tomu, čí příběh je dominantní, a jak může terapeut umožnit těm členům rodiny, jejichž příběh je v pozadí nebo i někdy utlačován (např. žen, dětí, duševně nemocných), aby mohli svůj pohled na věc vyjádřit, aby mohli doplnit nebo i konfrontovat předkládaný dominantní příběh, které v případě složitých rodinných vazeb mezi několika jedinci plně nevystihuje multiplicitu a bohatost vzájemně se prolínajících a ovlivňujících příběhů.

V této souvislosti je v rodinné terapii posledních dvaceti let patrná intenzivnější vnímavost k vlivu sociálních a kulturních faktorů, které ovlivňují přesvědčení jak rodin, tak samotných terapeutů. Citlivost k jazyku v rodinné terapii vede k tomu, že si terapeuti více všímají, jakým způsobem jazyk nese dědictví předpokladů a myšlenek dané kultury, například nereflektované užívání termínů jako „duševně nemocný“, „neurotik“, „porucha osobnosti“, ale také „žena v domácnosti“, „žena na mateřské dovolené“ apod. Vzorce chování či významy jako ustálených slovních spojení jako je například „příliš angažovaná matka“ (angl. *over-involved mother*) and neangažující se otec (angl. *disengaged father*) je nutné chápat šířeji, neboť jsou determinovány společenskými strukturami a ideologiemi, které utvářejí rodinný život, především pak vztahy mezi muži a ženami. Jeden z významných příspěvků sociálního konstrukcionismu je právě upozornění na to, že to, co považujeme za projevy subjektivního nazírání jedince, je ukotveno v dědictví významů, které jsou součástí kulturního kontextu. Dominantní sdílená přesvědčení a ideologie formují naše očekávání ve vztahu k identitě, gender, rodinných rolí, reagování na různé rodinné situace či vývojová témata, vyjadřování emocí, témata týkající se intimity, sexuality apod.

Další aspekt, na který poukazují zastánci sociálně konstrukcionistické perspektivy v diskusi o problémech v rodině, je otázka distribuce moci a vliv dominantních systémů myšlenek, příběhů a diskurzů. Je zde patrná inspirace texty filozofa a historika poznání Michela Foucaulta, kteří na působení dominantních diskurzů ve společnosti upozorňoval. Současní rodinní terapeuti se snaží zjistit, jak rodina chápe svou situaci, „realitu“, své potíže, co od sebe jednotliví členové očekávají a jak je vytváření rodinných vztahů ovlivněno dominantními diskurzy a širším společenským systémem základních přesvědčení. Uvíznutí v rigidním způsobu nazírání na problém neboli „sevření“ v tzv. problémem definovaném

příběhu znemožňuje potřebnou změnu nebo brání větší flexibilitě při vyjednávání o různých významech, možné změně rolí, způsobech řešení apod. Terapie je chápána jako proces spolupráce (angl. *collaborative process*), zahrnující podporu vytváření nových způsobů, jak na problém nahlížet a také jak je řešit, podpora rozvoje bohatších, pro rodinu uspokojivějších příběhů. Dominantní příběhy formují nejen budoucnost – naše očekávání, ambice, představy o sobě a naší existenci, ale zároveň formují minulost, neboli jak chápeme to, co se již událo.

Využití narativní metafory v práci s rodinou

Přínos narativní metafory je užitečná v rodinné terapii spočívá v tom, že umožňuje jiný než psychologický pohled na problémy v rodině. Narodíme se a vyrůstáme v rodině, která má svůj vlastní příběh či příběhy, a my se stáváme jejich součástí v podstatě ještě před vlastním narozením. Tyto rodinné příběhy naznačují, jaké bude naše místo či role v rodině, jaké naděje či očekávání jsou s naším příchodem do rodiny spojené. To vše působí na to, jak se organizuje naše zkušenost v průběhu našeho vývoje. Tyto příběhy poskytují potenciál i limity pro vynoření se našeho já, naší identity ještě dříve, než se naučíme mluvit (Osatuke, Glick, Grey et al, 2004). I tomu je třeba věnovat v rodinné terapii pozornost, byť k těmto tématům se obvykle terapeut nedostává hned v úvodních sezeních. Rodinná terapie s narativní perspektivou se zaměřuje například na to, jaké rozpory či potenciální jablka sváru existují mezi příběhy jednotlivých členů rodiny, kdy role předepsaná někomu v rodině nemusí být stejnou, jakou by dotyčný vybral sám, pokud by taková otázka vůbec zazněla. Příběhy a vyprávění jsou samozřejmě utvářené a sdělované jednotlivci, ale jejich scénáře a zápletky nás propojují s ostatním, a to často ve velmi emočně „nabité“ formě. Vyjasnění rozdílů mezi jednotlivými narativními dějovými liniemi, otevřenými či skrytými, současnými či možnými, v průběhu rodinné terapie může přispět nejen k většímu porozumění mezi členy rodiny, ale také k podpoře důležitých kroků, z nichž mnohé mohou zmírnit trápení a posílit *well-being* jednotlivých členů rodiny (Dowling, Vetere, 2005).

Společné hledání příběhu, který by spojil síly členů rodiny v těžkých chvílích, v hledání řešení určitých problémů, či zvládání obtížné situace (náhlé změny, onemocnění, apod.) není sice snadné, ale je jedním z hlavních cílů současné rodinné terapie. Narativní perspektiva i sociální konstrukcionismus v rodinné terapii a psychoterapii obecně inspiroval vznik inovativních postupů či pojetí terapie, z nichž některé se staly samozřejmou součástí vzdělávacích programů i učebnic. Patří sem několik charakteristických přístupů: dialogický a spolupracující přístup (Anderson, Gehart, 2006; Goolishian, Anderson, 1993), na řešení

zaměřené přístupy (angl. *solution-focused therapy*) Steve deShazera a Insoo KimBergové, využití týmu a tzv. reflektující pojetí Toma Andersena (1993, 1995), narativní terapie zahrnující externalizační formy rozhovoru, využívání terapeutických dokumentů a zapojení dalších významných osob ze sociální jedince klienta do podpůrného terapeutického procesu.

Kritické reakce

I když se současná rodinná terapie inspirovala teorií sociálního konstrukcionismu a narativní metaforou, všichni rodinní terapeuti nesdílejí nadšení ohledně jednoznačné aplikace těchto teorií a přístupů v klinické praxi v porovnání s jinými koncepty. Sociální konstrukcionismus není považován za další teorii soupeřící s ostatními, ale spíše za kritický postoj či metapozici, která nám umožňuje zvážit a přehodnotit, jak se obecně teorie vyvíjejí, jak jsou konstruovány a jak jsou využívány (Dallos, 2007). Další polemické názory upozorňují na to, že veškeré životní aspekty nelze jazykovými prostředky změnit, přetvořit v jiný příběh, rekonstruovat jakýmkoli způsobem. I když lidé mohou, metaforicky řečeno, převzít autorství svého života do vlastních rukou, nemohou jednoduše žít jakýkoli příběh nebo pojmout svůj život jakýmkoli způsobem podle jakéhokoli narativního rámce. Integrace, přehodnocení a směřování vlastního života se musí vztahovat k tomu, co konkrétního se v životě odehrává, k reálným událostem, k tomu, co nelze jednoduše jazykově „zrekonstruovat“ např. dětství v rodině s jedním rodičem, úmrtí některého člena rodiny apod. (Polkinghorne, 2004). Podobně hovoří i Chvála s Trapkovou (2004), když mluví o dění v rodině, které může být vyjednávatelné, konstruovatelné, například význam, jaký bude připsán určitému chování či příznaku v rodině, pohled na distribuci povinností a úkolů ve vztahu k rolím muže a ženy. Jiné aspekty rodinné reality v terapii ale proměnit vyjednáváním či tzv. společným konstruováním nelze. Například nelze vyjednávat, kdo je biologický otec a kdo matka. Narození dítěte je dáno faktem početí, stejně jako je faktem ztráta jednoho z rodičů z důvodu vážné nemoci či při autonehodě (Chvála, Trapková, 2004)

Přes nepochybný přínos narativní perspektiva, zejména ve spojení s vlivnou teorií sociálního konstrukcionismu, vyvolala v komunitě rodinných terapeutů i výrazné kritické hlasy. Prvním hlasitým kritikem se stal jeden z vlivných terapeutů, Salvador Minuchin, zakladatel takzvaného strukturálního pojetí rodinné terapie. K tomuto přístupu, byť patřil k populárním zejména na přelomu 70-80.let minulého století, se v současnosti stále hlásí nemalé procento rodinných terapeutů jak ve světě tak u nás. Ve článku *Where is the family in narrative family therapy?* se Minuchin (1998) kriticky vyjádřil k terapeutickému pojetí tehdy

již respektovaných terapeutů Tomma, Kim Bergové a Whitea, kteří rozvíjeli narativní metaforu a teorii sociálního konstrukcionismu a různým způsobem tato východiska aplikovala v klinické praxi. Minuchin nezpochybnil sociální a politický význam teorie sociálního konstrukcionismu ve vztahu k vlivu dominantních diskurzů na to jak členové rodiny vnímají a chápou realitu. Ani nepolemizoval s důrazem kladným na význam vyprávění v terapeutické situaci a nutnost rozvíjení těch příběhů, které pomohou rodině zvládnout nejrůznější problémy. Kriticky se pozastavil nad tím, že dotyční terapeuti pracovali s jedincem, ať již za přítomnosti či absence rodiny, přestože šlo o problémy, které si týkaly rodinných vztahů. Podle Minuchina přínos narativní metafory a sociálního konstrukcionismu může být nepochybný z politického a sociálního hlediska, ale s ohledem na prožívanou realitu rodiny v terapii a na samotnou klinickou práci již tak jednoznačný není. Individuální způsob práce narativních terapeutů podle něho privileguje diskurz jednotlivých členů a naprosto opomíjí původně zásadní systemickou myšlenku, že jednotliví členové rodiny spoluvytvářejí význam rodinného dění, což je možné pozorovat v průběhu explorace rodinných příběhů. Stejně tak upozornil, že přirozený interpersonální kontext, v němž se vyvíjí pohled člověka na sebe a na svět, se vytrácí z praxe. Je otázkou, zdali Minuchinova kritika byla opodstatněná, či nikoli. Každopádně stojí za to přesně citovat některé jeho výtky, neboť po deseti letech se ukazuje, že některé z polemických hlasů se ozývají znovu, tentokrát s větší intenzitou a pádnějšími argumenty, jak bude uvedeno v další části textu věnovanému integrativním snahám.

„Pokusím-li se o shrnutí, co vlastně narativní příznivci přinášejí do oblasti rodinné terapie? Za prvé, je to zaměření na mnohočetné popisy i alternativní významy, které zpochybňují stávající důraz na diagnózu a deficit. Za druhé, upozorňují na důsledky terapeutova vlivu na klienty, což vede k formám praxe, které zdůrazňují spolupráci mezi pacientem a terapeutem. Za třetí, je to zkoumání jazyka a elegantní zacházení s jazykem ve formě různých otázek. Za čtvrté, několik technik, které obohacují klientův omezený popis vlastní zkušenosti: reflektující tým, skupiny „svědků“ (angl. witnessing group), psaní dopisů, vyprávění a převyprávění příběhů a také zaměření na tzv. internalizované hlasy. Tak či onak, velmi zajímavý vývoj.

Ale čeho se zároveň zbavují, co ztrácejí? Za prvé, pozorování dialogů mezi členy rodiny a jejich vliv na interpersonální vzorce. Za druhé, spontánní a indukované přehrávání situací, které může proměnit sezení v živý scénář, se všemi transakcemi mezi členy rodiny, které jsou mnohohlasé a mnohočetně vyjádřené. Za třetí, uznání terapeutova poznání jako možné pozitivní léčivé síly. Za čtvrté, uvědomění, že terapeutova účast v rodinném procesu

poskytuje „prožitkové spojení“ s rodinou, které dovoluje užít sebe sama jako svědka, spolupracovníka, podpůrný či obohacují prvek zkušenosti. Za páté, přijetí faktu, že není možné, aby terapeut v terapii fungoval bez toho, aniž by do ní vnášel své osobní zaujetí či předpojatost: Pokud tento fakt zůstává neviditelný, musí nevyhnutelně narušit vztah pacient-terapeut. A to jsou všechny závažné ztráty.“ (Minuchin, 1998)

Realita jako konstrukce nebo reálné životní útrapy?

O deset let později debata o narativitě a sociálním konstrukcionismu a především o relevantnosti teorie a přínosu určitého směru pro klinickou praxi pokračuje. Svědčí o tom například nedávná publikace Flaskasové (2002), v níž se autorka zamýšlí nad několika tématy, z nichž některá navazují na Minuchinovu kritiku. Flaskasová upozorňuje na to, že určité zážitky, zejména z ranných stádií vývoje, přesahují možnosti jazykového uchopení, zvláště pokud k nim došlo v tzv. preverbálních stádiích. Ranné citové vazby, vztahové vzorce a separace jsou zkušenosti jdoucí za hranice slov a v současném výzkumu citové/vztahové vazby (angl. *attachment theory*) se diskutuje o tom, jak se vztahové interakce v před verbálním období stávají prototypálními „příběhy“ rodinných vztahů (angl. *narratives of attachment*; Stern, 1998)**.** O těchto souvislostech pojednáme v další části textu.

Flaskasová si všímá, že příznivci narativní metafory a sociálního konstruckcionismu v komunitě rodinných terapeutů opomíjejí některé zásadní teoretické i praktické aspekty. Všímá si, že sociální konstrukcionismus je jak teorií o procesu poznávání sociálního světa, ale také jako teorie o samotné povaze sociálního světa. Právě tato druhá rovina podle Flaskasové není příliš vhodná pro praktickou aplikaci v rodinné terapii, zejména v některých závažných klinických situacích (např. smrt, týrání, sexuální zneužívání). Problematickou se jeví tato rovina také vzhledem k významným sociálním faktorům, které ovlivňují subjektivní pohodu *(*angl. *well-being)* rodin, jež vyhledávají terapii (projevy xenofobie, rasismu, útlaku, ekonomické faktory). Flaskasová vášnivě argumentuje tím, že je třeba rozlišovat mezi realitou (angl. *reality*), tak jak o ní hovoří sociální konstrukcionisté, a reálností (angl. *realness*), kterou každodenně zažívá rodina nebo jedinec přicházející do terapie, protože právě s tíží dané „reálnosti“ svého životního příběhu nějak zápasí. Každý, kdo si vyzkoušel náročnou psychoterapeutickou práci velmi pravděpodobně potvrdí, že konkrétní problémy týkající se sociální existence, jež jsou během sezení diskutovány jsou něčím víc, než pouhými narativními strukturami či sociálními konstrukty v našem jazyce. Narativní metafora a sociální konstrukcionismus jsou velmi problematické, pokud se domníváme, že pouze jazyk a

sociální konstrukce definují náš svět a tím odvracejí naši pozornost od vnější reality a reálnosti našich prožitků. Násilí, smrt, zneužívání a další tragédie poukazující na fyzické limity naší existence obvykle nejsou dostatečně uchopitelné a zpracované pouhým jazykem a slovy (Flaskas, 2002). Flaskasová a další také upozorňují na prožitkové (angl. *experiential work*) aspekty práce s rodinou včetně významu terapeutického vztahu či aliance, shodou okolností zkoumaného aspektu v současné rodinné terapii. Ač neupírají kritické hlasy nic z přínosu, který narativní metafora a sociální konstrukcionismus znamenaly pro rodinné terapeuty, příliš velký důraz na kognitivní rovinu, jazyk a příběhy jako konstrukty podle nich vede k opomíjení tak důležitých fenoménů jako je porozumění, empatie a přehlížení tělesných aspektů prožívání. Jak píše Pocock (1997): „Pocit, že vám někdo rozumí, je víc, než užitečné znalosti, víc než trochu lepší příběh. Je to významná zkušenost v tom, že vás někdo zná, že se o vás zajímá, že si vás váží a prostřednictvím tohoto zážitku se můžete lépe poznat a také si více vážit sebe sama. Je to oslava jak společného lidství tak vzájemných rozdílů."

V souvislosti s uvedenými názory můžeme připojit příklad, který by přinesl něco z reálného života. Vhodný se jeví příběh, který byl již uveden v kapitole o narativní metafoře v existenciální psychoterapii. Zkusme si jím krátce připomenout některé aspekty terapie s ohledem na kritické myšlenky výše citovaných autorů.

Setkání s mladým mužem, který kvůli nesmyslnému násilí ztratil nejprve sestru a pak matku, byla zpočátku charakteristická prostým mlčením. Seděli jsme tiše a sdíleli vědomí něčeho, co nelze vrátit zpět. O realitě nebylo možno pochybovat. Slova se zdála zbytečná, hloupá, možná ohrožovala i křehké spolubytí v dosud nejtěžší životní chvíli mladého člověka. Terapeuta napadalo, že jedním s cílů spolupráce velmi pravděpodobně bude překonání ztráty, traumatu a znovuzískání cíle či orientace navzdory pochybám o smyslu vlastního života v kontextu události. Ale jakékoli snahy o hledání nového, lepšího příběhu, pokud by byly uspěchané, ohrozily by křehký dočasný terapeutický vztah mezi oběma mlčícími muži. Nebyla to práce s rodinou a přesto v terapeutické místnosti byli kromě dvou mužů i další členové klientovi rodiny. Ti zemřelí, i ti, kteří navždy ztratili své blízké.

Narativní terapie inspirovaná sociálním konstrukcionismem

V této kapitole se budeme věnovat několika vzájemně propojeným tématům. Nejprve obecně představíme základní principy a myšlenky teorie sociálního konstrukcionismu, kritiku dominantního diskurzu „deficitu“, dále o těchto principech pojednáme ve vztahu k utváření sociální reality v psychoterapii a narativní metafoře. Nakonec se budeme věnovat narativní terapii inspirované teorií sociálního konstrukcionismu tak, jak její vznik iniciovali White s Epstonem (1990).

Z předchozího textu je zřejmé, že narativní prvek je neodmyslitelnou součástí jakéhokoli psychoterapeutického přístupu. Nicméně vedle tradičních psychoterapeutických škol i nově se profilujících přístupů se vynořil směr, v němž je samotné zaměření na příběh a vyprávění, na jeho obsah i strukturu, hlavním charakteristickým rysem. Jedná se o narativní terapie, jejíž principy poprvé formulovali White a Epston v dnes již klasické práci *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Myšlenky Whitea a Epstona si získali nejen řadu příznivců ale objevili se postupně i další terapeuti, kteří je tvořivým způsobem dále rozvíjeli (Freedman, Coombs, 1996, Parry, Doan, 1994, Marner, 2000) Než se zaměříme na hlavní principy narativní terapie, budeme se věnovat jednomu z hlavních inspiračních zdrojů, ke kterému se White, Epston a další narativní terapeuti hlásí. Tím je teorie sociálního konstrukcionismu.

Sociální konstrukcionismus

Termín sociální konstrukcionismus je užívaný pro některé filozofické či teoretické myšlenky, které v posledních dvaceti letech znamenaly vlivný proud jak v sociálních vědách a psychologii, tak v psychoterapii a rodinné terapii. Zásadní práce na tomto poli přinesli Berger, Luckman (1967), Gergen (1992, 1999, 2006), ale mnohé z myšlenek sociálního konstrukcionismu má kořeny v Gadamerově hermeneutice (Liessmann, Zenaty, 1994), literární teorii Bachtina či postmoderní filozofii v pojetí Michela Foucaulta .

Stainton-Rogersová (2003) považuje za klíčovou práci *The Social Construction of Reality*, kterou Berger s Luckmanem vydali v roce 1967. U nás byla přeložena o více než třicet let později. V této teoretické publikaci Berger s Luckmanem popsali tři „momenty“ či způsoby, jakým je v jednání a interakcích konstruována sociální realita. Jedná se o externalizaci, objektivizaci a internalizaci. Externalizací rozumí autoři způsob, jímž kultury, společenství a různé sociální skupiny snaží porozumět (pochopit smysl) sociálního světa a tím

pádem vlastně smysl vytvářejí, což zahrnuje celou řadu aktivit sociálních institucí a také využívání různých konstruktů. Objektivizací nazývají proces, jakým jsou tyto konstrukty a aktivity sociálních institucí představovány a vnímány jako skutečné, reálné. Tento proces bývá též nazýván jako zvěcnění či zhmotnění (angl. *reification*). Internalizace je proces, v němž je objektivizovaný vnější svět považován člověkem za poznaný, pochopený a také přijatý jako „skutečnost" prostřednictvím socializace a začlenění do dané kultury, například prostřednictvím internalizovaných příběhů, diskurzů apod. Jak doplňuje Stainton-Rogersová (2003), Berger s Luckmanem se domnívají, že tyto tři procesy jsou v neustálé souhře a propojení.

Uvedení autoři, i současní reprezentanti sociálně konstrukcionistického proudu sdílejí důraz na sociální a kulturní kontext ovlivňující lidskou zkušenost a prožívání, a také důraz na jazyk jako hlavní prostředek konstituování lidské reality. Rozvíjení tohoto filozofického směru je spjato zejména se jménem Kennetha Gergena (1992, 1999, 2003), ale hlásí se k němu řada teoretiků i klinických pracovníků z oblasti rodinné terapie a psychoterapie (Anderson&Goolishian, 1992; Hoffmanová, 1996; McNamee, 1992, 1999; Andersen, 1995; Tomm, 1988, Seikkula, 2006, McLeod, 2004). Hlavní předpoklady sociálního konstrukcionismu formulované Gergenem (1985) lze zkráceně shrnout následovně:

- Kritický postoj k tradičním předpokladům týkajících se sociálního světa, které považujeme za samozřejmé (angl. *taken-for-granted assumptions*), a která posilují zájmy a moc dominantních skupin ve společnosti.
- Kritika tradičního pozitivistického přístupu k poznání, a zejména výchozích předpokladů, které nejsou dostatečně reflektované (prolínání s postmoderní filozofií).
- Předpoklad, že způsoby, kterými chápeme svět a vytváříme poznání, jsou výsledkem historického procesu interakcí a vyjednávání mezi různými skupinami lidí.
- Snaha redefinovat tradiční psychologické konstrukty jako „mysl", „Self", „emoce" jako sociálně utvářené fenomény.

V jedné ze svých posledních publikací Gergen (2006) tyto principy podrobněji rozpracovává nejen ve vztahu k našemu utváření sociální reality, ale zejména s ohledem na psychoterapeutickou praxi, byť sám se klinickou terapii nezabývá. V souvislosti s psychoterapii považuje myšlenky sociálního konstrukcionismu, které sám aktivně rozvíjí,

důležité zejména s ohledem na následující témata: 1. Sociální původ poznání, 2. Klíčová role jazyka, 3. Politické aspekty poznání, 3. Posun od Self ke vztahu.

To, co považujeme za poznatky o světě kolem nás, má svůj původ v mezilidských vztazích, v nichž se v průběhu historického a kulturního vývoje tyto poznatky vytvářely. Je zde zpochybnění individualistické tradice, je kladen důraz na vztah jako klíčový aspekt duševní pohody člověka (angl. *human well-being*). Poznání, rozum, emoce a morálka nesídlí v mysli jedince, ale v mezilidských vztazích. Tento vztahový pohled na poznání je pochopitelně kritizován, podle Gergena ale na základě nesprávného porozumění jím akcentovaných předpokladů. Například západní vědecká medicína, nám poskytuje řadu užitečných poznatků a „pravd", většina z nás by se jich rozhodně nechtěla zbavit. Nicméně tyto pravdy a poznatky jsou založeny na množství kulturně a historicky podmíněných konstrukcích, které se týkají našeho chápání postižení, zdraví, nemoci, života a smrti, tělesných omezení, podstaty bolesti a tak podobně. Nejde o to vzdát se současné lékařské vědy, ale chápat jí jako kulturní tradici, jako jednu z mnoha kulturních tradic. V návaznosti na filozofické úvahy Ludwiga Wittgensteina klade Gergen další důraz na jazyk, zejména na konstitutivní vlastnosti jazyka jako fenoménu nejen dorozumívání, ale přímo vytváření našeho poznání, porozumění apod. Z vyprávění povstává svět, říká Zdeněk Neubauer (1990). Jazyk je podle Gergena nesmírně důležitý pro koordinaci lidského jednání v procesu poznávání a také pro udržení těchto vztahů, určitých způsobů života a tradice. V souvislosti s terapeutickou změnou se domnívá, že pokud budeme schopni změnit způsob užívání jazyka, rozvineme-li nové formy rozhovoru a konverzace, nebo podnítíme-li posun v kontextu užívání jazyka, máme šance zasadit semínka změny.

S ohledem na politické důsledky Gergen (1999) upozorňuje, že každá forma poznání, každé jazykové uchopení skutečnosti má nějaké důsledky. Ptá se, zdali si vždy uvědomujeme, co se stane, upřednostníme-li nějakou perspektivu. Neboť pokaždé, když formulujeme nějaké porozumění světu, vždy nevyhnutelně upřednostňujeme určité možnosti nad jinými. Při každém tvrzení vycházejícím z nějakého tzv. pravdivého a objektivního poznání se musíme ptát, co bude následovat, kdo bude mít přínos a kdo ztrácí, čí hlas je umlčen apod. Poslední princip sociálního konstrukcionismu navazuje na práce ruského psychologa Vygotského, který se domníval, že vše, co se odehrává v mysli jedince, je odrazem sociálního světa, jež ho obklopuje, jehož je součástí. Z pohledu sociálního konstrukcionismu nelze hovořit o jednoznačně oddělených, nezávislých psychických procesech, neboť vždy jsou tyto procesy součástí nějakých vztahů a také kulturního prostředí. Přehnaně individualistická ideologie má navíc své limity a problematické důsledky pro trvání naší kultury: „Pokud považujeme

individuální subjektivitu jako esenciální ingredienci lidství, zároveň vytváříme svět v podstatě izolovaných jedinců, z nichž každý je uzamčen uvnitř svého vlastního soukromého světa. Ostatní jsou přirozeně cizí, jiní než my, a protože sebe-uspokojení a individuální potřeby jsou za těchto okolností zcela pochopitelné, ostatní mohou být brzy vnímání jako potenciální nepřátelé…Jestliže chápeme komunikaci jako primárně zaměřenou na dosažení osobních cílů, veškeré lidské vztahy se stávají mořem manipulace. Chápeme-li takto komunikaci, projevy důvěry jsou projevy naivity, závazek je známkou slabosti a snahy o zachování lidských práv není víc než pouhým politickým trikem.“ (Gergen, 2006).

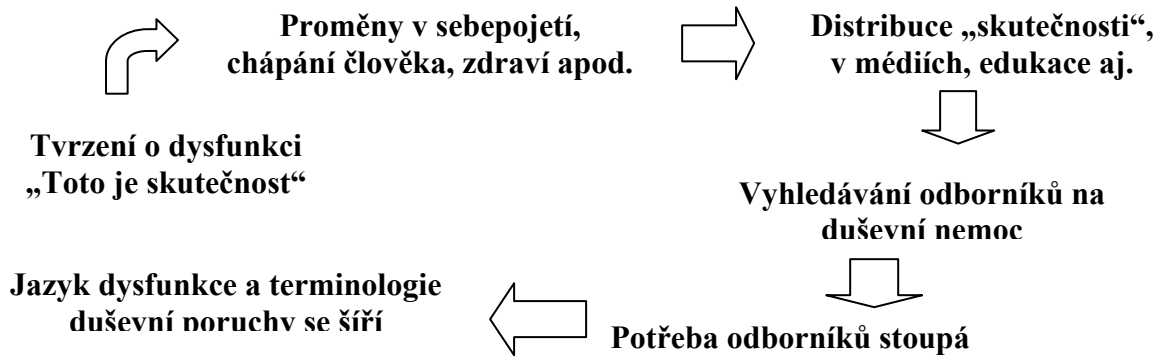
Spíše než teorií je sociální konstrukcionismus filozofickou platformou, jež se v chápání osobní zkušenosti jejím významům liší od předchozích pojednaných směrů, v nichž je vyjádřen narativní prvek. Zkušenost jedince a významy, které jsou jí přikládány, nejsou utvářeny pouze jedincem, ale jsou zakotveny v dané kultuře a touto kulturou jsou spolutvořeny. Osobní identita je výsledkem historického vývoje dané kultury, pozicí jedince ve společnosti a lingvistickými zdroji, jež jsou danému jedinci dostupné (McLeod, 1997). Je třeba předejít kritickým hlasům, které považují myšlenky sociálního konstrukcionismu za snahy rozbořit stávající poznání a existující tradice. Ale cílem těchto úvah není žádná destrukce či přechod z jednoho extrému do druhého. Spíše se jedná o meta-pozici, o nezbytnou reflexi lidského počínání, snahy rozšířit možnosti, které jsou k dispozici a zároveň upozornit na limity dosavadních tradic s cílem podpořit dialog a obohatit naše soužití v souladu se vztahovou perspektivou.

Kritika diskurzu „deficitu“

Součástí sociálně konstrukcionistické reflexe utváření poznání je kritika odborného diskurzu, jehož základem je terminologie a jazyk zaměřený na patologii či nedostatky jedince. Tento tzv. diskurz deficitu je v současnosti patrný zejména v psychiatrii, ale i psychologii a prostupuje v současné době běžnou řeč. Ač není prvním ani jediným kritikem tohoto trendu, Gergen (1999) patří k jeho významným a často citovaným kritikům. Demonstruje tento trend historickou exkurzí do vývoje diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, nástroje diagnostické rozvahy v psychiatrii ve Spojených státech, jehož ekvivalentem je v Evropě Mezinárodní klasifikace nemocí. Gergen upozorňuje na dramatický nárůst kategorií duševních poruch, což podle něho má mnohé, často nereflektované důsledky pro jedince i společnost. Profesionální tradice zaměřené na vytváření definic poruchy a rozšiřování této klasifikace přispívá k tomu, že stále více problémů každodenního života se stává „nemocí“ či

poruchou, jejíž „léčba“ je odkázána do rukou specialistů. Jak ukazuje následující diagram, dochází tak k vytvoření „bludného“ kruhu, jehož výsledkem je nárůst poruch, zvýšená potřeba specialistů a pochopitelně i zvýšené náklad na „speciální“, v tomto případě zdravotní péči.

Tabulka č.4. Cyklus narůstající nedostatečnosti (upraveno dle Gergen, 1999)



Kritické hlasy přicházejí z různých oblastí poznání např. kritické psychiatrie (Moncrieff, 2003), kritické a diskurzivní psychologie (Parker, 1999), pozitivní psychologie (Maddux, 2002), systemické terapie (Hoffman, 1996, Tomm, 1990), narativní terapie (White, 1990, Payne, 2006), ale také ze současné existenciální psychoterapie (van Deurzen, 1996).

Kritici tvrdí, že expanzi psychiatrických diagnóz a odborné terminologie a zejména aplikace v každodenním životě vede k tomu, že vysvětlení komplexních problémů je zúženo na individuální úroveň, dochází snadněji ke stigmatizaci a zastření vlivu dalších faktorů, zejména těch sociálních a politických. (Anderson, Hoffman, Gergen, 1996; Moncrieff, 2003). Naše koncepce psychologické normality i abnormality včetně diagnostických kategorií nepředstavují fakta o lidech, ale sociální konstrukce – abstraktní koncepty, které postupně vytvářeli členové odborné komunity (jedinci+instituce) a které představují sdílený pohled na věc. Taxonomie duševních chorob není pouze jednoduchým popisem a klasifikací některých rysů určitých skupin jedinců, ale je formou aktivního utváření verze normality/ abnormality (Maddux, 2002). Klasifikace dle dg. systémů v oblasti duševního zdraví se podílí na vytváření a udržování ochranné iluze, že psychiatričtí pacienti jsou jiní než my. Přesvědčení, že duševní nemoci jsou něco jako „přírodní druhy“, které lze klasifikovat s pomocí diagnostických systémů posiluje pesimistický pohled, odmítání, strach z neznámého a neovladatelného a též přispívá k stereotypním představám a stigmatizaci (Mosher, L., Read, J., Bentall, 2004).

Další s předních reprezentantů sociálního konstrukcionismu Shotter (1999) upozorňuje na dobře známé napětí mezi objektivní a subjektivní stránkou stonání. Zatímco člověk u lékaře popisuje své potíže, ať již psychického či tělesné rázu, lékař se více než o subjektivní výpověď zajímá o objektivní stránky nemoci. K tomu je také veden v průběhu dlouholeté přípravy na samostatný výkon náročné profese: rozpoznat a určit diagnózu onemocnění jakožto nezbytný předpoklad léčby lege artis. Jak si Shotter pozorně všímá, tzv. objektivní rovina stonání a jazyk biomedicíny koexistují spolu se vyprávěním pacienta a subjektivním popisem obtíží, ale objektivní biomedicínské rovině bývá obvykle přisuzována větší váha zatímco subjektivní sdělené bývá v některých případech marginalizováno i bagatelizováno. Nejen Shotter (1999) si klade otázku, jak postupovat a zejména jak komunikovat s nemocným, aby oba světy, svět biomedicínského poznání i pacientův životní příběh mohli propojeně existovat zároveň jako cenné zdroje, aniž by muselo respektováním jednoho dojít k opominutí druhého. Následující krátká etuda z praxe ukazuje běžnou interakci, která je Shotterově ideálu dosti vzdálena.

Pacient: „Minulý rok mi zemřela máma. Manžel je většinou v práci, máme dvě děti, navíc se musím starat o nemocného tchána. Mám pocit, že jsem teď na všechno úplně sama…

Poslední dva měsíce jsem hrozně unavená a k tomu se přidaly ty divný pocity, takovej strach, napětí na hrudi a bušení srdce…“

Lékař: „Aha, a jak často máte ty záchvaty úzkosti? Přicházejí náhle, bez příčiny? Objevuje se kromě bušení srdce i něco jiného, třes, pocení, obtíže s dýcháním….?“

V této souvislosti je relevantní připomenout klasické práce Lakoffa a Johnsona na téma význam metafory v jazyce pro lidské chápání světa a jednání. Před pětadvaceti lety ve své stěžejní práci Lakoff s Johnsonem na mnoha příkladech popsali, jak metafory prostupující každodenní jazyk pomáhají různé aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat. Některé aspekty skutečnosti používané metafory zvýrazňují a jiné naopak zakrývají. Zároveň se pak stávají průvodcem pro budoucí činnost. Daná metafora může (a nemusí) být jediným způsobem, jak právě ony aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat (Lakoff, Johnson, 1980). Podobně každý termín implikuje určitý pohled nebo perspektivu na svět a danou problematiku.

Co to znamená pro klinickou praxi? Například nazveme-li pacientovo trápení termínem depresivní porucha, implicitně tím sdělujeme, že jde o nemoc a že jediným legitimním prostředkem je antidepresivní medikace. Ta je v mnoha případech jasným postupem lege artis a bylo by chybou popírat její efekt nejen v případě afektivních poruch.

Užitečnost zejména novějších generací antidepresiv (SSRI, IV.generace) je v praxi zřejmá, byť některé výzkumné práce zpochybňují jednoznačně pozitivní přínos narůstající preksripce této skupiny psychofarmak (Moncrieff, 2001, Van Praag, 2002, Moncrieff, Kirsch, 2005). Vzhledem k dominantní pozornosti věnované biologické rovině duševních nemocí v současné psychiatrii ale nadměrné používání termínu deprese společně s masivní kampaní většinou nezahrnuje možnost či vhodnost jiného než farmakologického postupu. Přitom existují výzkumy poukazující nejen na účinnost některých psychoterapeutických přístupů (interpersonální, kognitivní, experienciální, systemická párová terapie). Řada výzkumů také dokládá, že nejúčinnější je právě kombinace farmakoterapie a psychoterapie (Leff et al, 2000; DeJonghe et al, 2001; Timuľák, 2005). Podle některých zahraničních kritiků z řad samotných psychiatrů potlačuje jiné přístupy především současná hegemonie biologické psychiatrie, jež je založená na předpokladu, že psychiatrické problémy lze konceptualizovat jako samostatné entity vyskytující se u jedinců a lze je definovat nezávisle na sociálním kontextu. Jiné přístupy, především psychologické a sociologické, které hledají porozumění psychiatrickým problémům na individuální a sociální rovině, jsou odsunuty na okraj zájmu akademické psychiatrie (Moncrieff, 2003). Pacienti, jejichž potíže nejsou snadno vysvětlitelné a zařaditelné v rámci současné klasifikace, se pak též ocitají v problematické situaci a nemusí se dočkat vhodné léčby, která navíc bývá v důsledku výše zmíněných okolností hůře dostupná.

Na druhou stranu je třeba vzít v úvahu, že pro některé jedince je odborné vysvětlení či diagnóza upřednostňovaným způsobem vysvětlení potíží či problému, které je třeba respektovat. Byť v některých případech necitlivé užívání jazyka v rozhovoru a interpretování problémů s pomocí diagnostických nálepek může být pro další vývoj jedince nepříznivé důsledky, v jiných případech naopak diagnóza může přispět k tomu, že potíže a jejich příčina budou pro člověka srozumitelné, pochopitelné, zvladatelné a že nedojde k rozvoji pocitů viny za jejich vznik. Např. pro některé jedince s tzv. psychotickou zkušeností je chápání prožitků jako projevu nemoci osvobozující, uklidňující (McCarry, Partridge, 2007). Zvláště u dlouhodobých, v odborné medicínské terminologii tzv. chronických problémů se nevyplatí zpochybňovat chápání vlastních problémů a prožitků s pomocí diagnózy. Přerámování či dekonstrukce přesvědčení ukotvené v odborné terminologii musí být postupné a v rámci kvalitní terapeutické aliance a v některých případech nemusí být ani možné (Asen, Jones, 2000). Jedná se v podstatě o jedno z terapeutických dilemat běžných nejen v psychoterapii a rodinné terapii v oblasti duševního zdraví: na jedné straně respektovat diagnózu jako možnou součást sebepojetí, zvláště v případě dlouhé psychiatrické historie, na druhé straně nerezignovat a pokusit se biomedicínskou perspektivu a limitující sebe-pojetí rozšířit v rámci

možností. Narativní přístup, jak bude ještě uvedeno, je jedním z možných způsobů, jak tohoto cíle dosáhnout.

Terapeutické aspekty

Výše uvedené teoretické úvahy i reflexe tradičních perspektiv představují základ pro transformaci našeho chápání psychoterapie a pro možné následné změny v jejím poskytování. Podle Gergena (2006) či Andersonové (2006) a dalších je psychoterapie společně utvářeným procesem, v jehož průběhu se vynořují nové významy a příběhy, jež jsou dále rozpracovávány a jež slouží jako potenciál pro důležité změny v životě klientů. Gergen (2006) se v publikaci *Therapeutic Realities* podrobně zabývá tím, jaké důsledky přijetí principů sociálního konstrukcionismu může mít pro transformaci dosavadních psychoterapeutických tradic klinické praxe. Zde uvedu pouze některá tvrzení, která mi přijdou pro téma práce nejvíce relevantní: „Protože terapie je svou podstatou procesem vzájemné koordinace, a protože neexistují dva lidé, kteří se do tohoto procesu vstoupí ze stejné vztahové situace, nelze spoléhat na nějaká neměnná, striktní, provždy platící pravidla pro terapeutické setkání. Specifické techniky či předpisy pro terapeutickou praxi pouze zužují kapacitu pro vzájemnou koordinaci… Každá terapeutická škola přispívá k diskurzivním zdrojům kultury. V tomto smyslu existence tolika terapeutických škol není příznakem rozpaků či neznalosti, nebo snad indicie předvědeckého statutu našeho oboru. Vzhledem k nesmírné proměnlivosti a variabilitám v kulturní historii, z nichž klienti přicházejí, musíme přestat uvažovat v termínech „mistrovské konverzace“ vhodné pro všechny….Každé snaha o psychodiagnostické testování a hodnocení terapeutického výsledku (angl. *outcome*) je sama o sobě transformací významu. Neexistuje žádná patologie, dokud testující nástroj nepřevedl slova a chování jedince v patologické termíny. Nelze hovořit o pozitivním či negativním výsledku, dokud hodnotící nástroj netransformoval určité vzorce ve smysluplné výsledky. Vždy si musíme položit důležitou otázku: pro koho je to patologie, co činí tuto diagnostickou kategorii užitečnější v porovnání s jinou, jsou nosologické kategorie užitečné pro klienty, kdo rozhoduje o tom, co bude považováno za kladný výsledek; kteří klienti a terapeuti jsou marginalizováni na základě předpokladu o výsledku; kterým hlasům/názorům je dovoleno participovat v konverzaci a kdy tato konverzace končí?“ (Gergen, 2006).

Terapeut inspirovaný sociálním konstrukcionismem se nezaměřuje na údajné vnitřní psychologické procesy. Nepátrá po pudových silách či nevědomých tématech uložených v hlubinách psýché, ani se nepokouší o dosažení změny nápravou a rekonstrukcí kognitivních map. Zaměřuje se na dění v kultuře či komunitě, jíž je jedinec součástí, a zejména na vztah

mezi jedincem vyhledávajícím terapii a danou kulturou či komunitou. Jsou to sociální a kulturní vlivy a normy, co ovlivňuje a prostupuje myšlenky, interakce a identity lidí (Payne, 2004). Klientovo vyprávění je chápáno jako důležitý most propojující individuální zkušenost s kulturním systémem a v něm převládajícími mýty či příběhy. Ty totiž existovaly dávno před tím, než jsme se narodili a budou existovat, samozřejmě v proměňující se podobě, i dávno poté, co z tohoto světa odejdeme. Mýty, příběhy, rodinné, rodové či kulturní jsou tím živným prostředím, v němž si spoluvytváříme osobní identitu tak, že svůj osud s jedním nebo několika příběhy úzce propojíme. V některých případech toto propojení, či nadvláda příběhu nad naším komplexnějším životem je tím důvodem, proč vyhledáváme psychoterapeuta.

Terapie vycházející z myšlenek sociálního konstrukcionismu přistupují k individuu jako k sociální bytosti. V tom se liší od psychoterapeutických směrů, které jsou založeny na představě *self* jedince jako něčeho autonomního a ohraničeného (angl. *bounded self*). Představa jedince jako sociální bytosti spíše než mechanického stroje, či organismu, vede k tomu, že terapeut věnuje pozornost sociálnímu prostředí, v němž se jedinec pohybuje, a nikoli hypotetickým, teoretickým konstruktům, které by umožnily odkrýt tajemství jedincovy psýché. Gergen zdůrazňuje význam kontextu a vztahů mezi jedinci pro rozvíjení významů a úmyslů připisovaných lidskému chování. Porozumění nepřichází prostřednictvím zkoumání/vyšetřování nějaké hluboko uložené struktury, latentního nebo nevědomého materiálu. Dochází k němu pouze během interakce mezi jednotlivci. Není možné poznat skutečné úmysly nebo příčiny lidského chování, jedinou možností je existence mnoha interpretací, z nichž žádná není objektivně nadřazená těm ostatním (Gergen, 1999).

V terapii inspirované sociálním konstrukcionismem neusilujeme o odhalování nevědomých motivů, impulsů, či změnu intrapsychických procesů, ať již na kognitivní nebo jiné úrovni. Vychází se z předpokladu, že lidské poznání vznikají v konverzaci, v dialogu, v jazyce, v interakci mezi lidmi. Terapeut se za prvé zajímá o to, jakými způsoby je sociální/ interpersonální realita utvářena prostřednictvím interakcí mezi lidmi navzájem a také mezi lidmi a institucemi (Freedman & Combs, 1996). Terapie má umožnit lidem dosáhnout tzv. narativní pravdivosti, věrohodnosti či smysluplnosti, tedy nalezení příběhové linie, která poslouží jako orientační mapa pro vlastní život. Je zde na místě upozornit, že lidé přicházejí do terapie, protože se něčím trápí, protože mají potíže, jsou bezradní, zmatení, prožívají protichůdné pocity nebo jim nahánějí strach některé myšlenky. V medicínském modelu, který stále výrazněji ovlivňuje svět psychologie a psychoterapie, je na takového člověka nazíráno jako na bytost charakteristickou nedostatkem, poruchou či nemocí. Je možné ale podobnou situaci chápat i jinak, tak jak to navrhují narativní terapeuti nebo zastánci kontextuálního

pojetí psychoterapie (Frank&Frank, 1991). Lidé přicházejí do terapie, aby našli odpověď na otázku, jak mají dál žít, kudy se má jejich život ubírat, jak mohou nalézt sílu k překonání problémů, jak se mohou zorientovat ve zkušenosti, která je traumatická, děsivá, bolestivá apod. Na cíl terapie pak lze nahlížet jako na společnou snahu o hledání životaschopného, uspokojivějšího „životního příběhu". K tomu je často nutné dosáhnout též osvobození od příběhu problematického či utlačujícího, který neumožňuje začlenění rozmanité zkušenosti či identity, kterou jedinec považuje za významnou. Jak poznamenal Bruner (1987) vždy je možné identifikovat pocity, prožitky či zkušenost, která není obsažena v dominantním či dominujícím příběhu. Narativní terapeut si klade za cíl identifikovat tyto důležité aspekty vlastního života, které zůstávají stranou dominantního příběhu, a pomoci člověku nebo rodině osvobodit se od rigidního pojetí „vyprávění" vlastní zkušenosti. Typickými příklady v této souvislosti jsou zkušenosti některých lidí, jejichž trápení bylo konceptualizováno v rámci diagnostické klasifikace, bez rozpoznání dalších důležitých vlivů a procesů, které daná nosologická kategorie nezahrnuje. Internalizace dominantního diskurzu (biomedicínského, ale i psychoterapeutického) posilovaná dalšími faktory a interakcemi s experty může v tomto případě dle některých teoretiků a terapeutlů přispívat ke chronifikaci problému (von Schlippe, 2001).

Následuje krátký příklad z oblasti duševního zdraví a rodinné terapie:

Př.č.1. *Rodina s dospívající dcerou byla doporučena k rodinnému terapeutovi s diagnózou mentální anorexie. Předcházela psychiatrická hospitalizace a spolupráce s odborníkem na metabolismus a výživu. Vzhledem k minerální dysbalanci a váhovému úbytku došlo k intravenozní realimenatci dívky. Stav byl dle lékařů vážný, ale nakonec došlo ke stabilizaci a k částečnému obnovení základních stravovacích návyků. Po propuštění dospívající dívky z nemocnice rodiče hned na začátku terapeutické spolupráce vyjádřili obavy z toho, aby nedošlo ke zhoršení stavu dcery. V průběhu sezení se opakovaně objevovalo téma rodinných konfliktů mezi rodiči a dcerou, zejména mezi matkou a dcerou, která se týkala způsobu stravování. Postupně se zdálo, že zápas o „definici správného stravování" symbolizoval zápas dcery o více autonomie, důvěry a samostatnosti v rozhodování. Obavy z anorexie a především hrozba zhoršení, jež by ohrozilo život dcery, vedly k tomu, že rodiče interpretovali jakékoli snahy dcery o získání více soukromí a autonomie jako zhoršování nemoci. Tomuto bludnému kruhu hůře odolávala zejména matka, která vzhledem k pracovní situaci a kvalitě partnerského vztahu očekávala naplnění svých citových potřeb ve vztahu s dcerou, na níž směřovala svou pozornost a kontrolu. Postupné rozlišování různých projevů chování a jejich významů a podpora nejistých kroků v procesu separace přispělo k překlenutí této obtížné fáze, aniž by došlo k návratu příznaků poruchy příjmu potravy.*

Z perspektivy sociálního konstrukcionismu lze psychoterapii považovat za kulturní fenomén (angl. *cultural arena*), jež mohou lidé, kteří zažívají ve svém životě obtíže či dilemata, využít ke konstruování a rekonstruování vlastní identity, rekonstrukci sociálních vztahů anebo znovuobnovení zapojení do nich, a také k posílení vlastních možností zvládání (McLeod, 2004). Historikové psychoterapie, např. Cushman (in McLeod, 1997), upozornili na to, že v současné kapitalistické industriální společnosti dominuje představa odděleného, autonomního jedince (Self). Narušení tradičních sociálních vazeb a komunitních struktur podle něho přispělo k pocitu prázdnoty (angl. *empty Self*), které se snažíme kompenzovat akumulací materiálních statků, konzumním stylem života a cestování, ale také rozvíjením aktivit, jejichž cílem je dosáhnout lepšího sebe-poznání. Psychoterapie v tomto ohledu představuje bezpečné místo, kde člověk může bez zábran hovořit o svých problémech, kde může vyjádřit problematické emoci a kde také očekává porozumění, pomoc a naději. Psychoterapeutický vztah v některých případech také může nahrazovat vztahy v běžném životě, které bývají složitější, neohraničené ani jasnými pravidly ani časovým limitem. Sociálně kontrukcionistický pohled na jedince se liší od tradičního pojetí. Jedinec je chápan jako sociální bytost, která v průběhu života neustále vytváří svou identitu v interakcích s ostatními lidmi, v kontextu složitého, fragmentovaného a rychleji se proměňujícího světa. Na tento proces působí řada vlivů, představitelé sociálního konstrukcionismu zdůrazňují především vliv dominantních společenských diskurzů. Člověk tedy nepřináší do terapeutické místnosti jen svou osobní zkušenost, svůj individuální příběh, ale taktéž dobová či společensky významná témata, která se v individuálním, často problematickém příběhu odrážejí či reprezentují (gender otázky – role muže a ženy ve vztahu a společnosti, různé odlišnosti od obecně přijatých norem, duševní zdraví apod.)

Narativní terapie

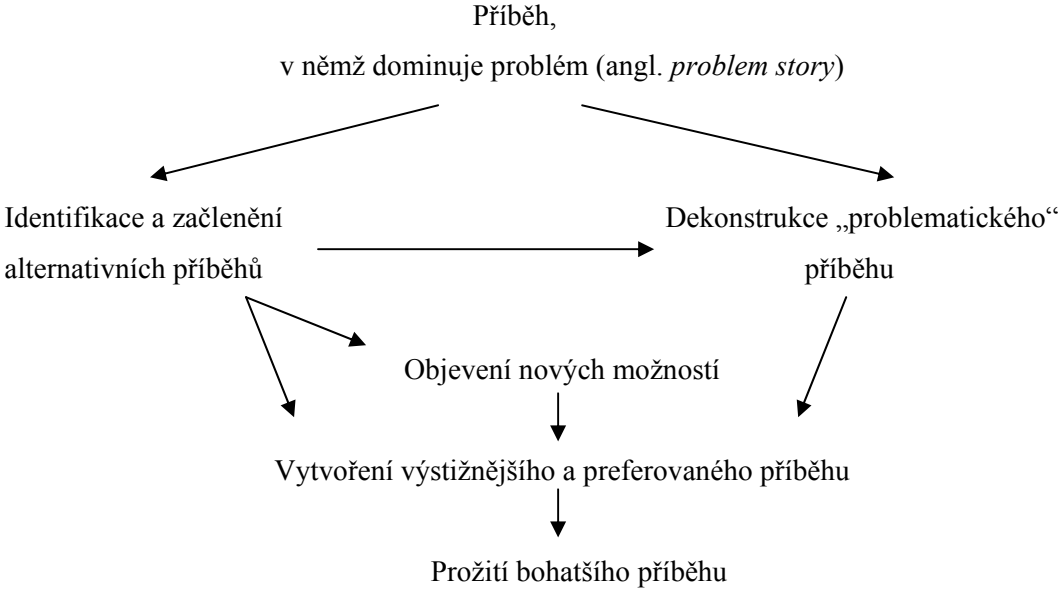
Vromansová (2005) uvádí následující klíčové předpoklady, které tvoří základ narativní terapie v kontextu myšlenek sociálního konstrukcionismu:

- Lidé spoluvytvářejí realitu prostřednictvím vzájemných interakcí (angl. *conversations*) v sociálních kontextech.
- Narativita je důležitý modus myšlení a poznávání; jedinec se orientuje ve světě a poznává ho tak, že svou zkušenost organizuje ve formě příběhů (Bruner, 1987; Spence, 1984, Polkinghorne, 1988).

- V rámci nutné adaptibility si lidé snaží v množství vnějších a vnitřních podnětů, které je obklopují v každodenním životě, vytvořit nějaký smysl. Strukturování zkušenosti do příběhové struktury přispívá k pocitu smysluplnosti.
- Self je vztahové povahy, vyznačuje se mnohovrstevnatostí v kontextu mnohočetných vztahů. Důraz je kladen na vztahové aspekty zkušenosti a prožitku.

Kromě narativity je to především důraz na význam a jeho utváření v kontextu vzahů, co bývá narativními terapeuty zdůrazňováno a na co se zejména v psychoterapeutickém procesu zaměřují. Hlavní snahou je podpořit tzv. „transformativní dialog", vedoucí ke konstruování a prožití preferovaného či slovy Geertze (in White, Epson, 1990) řečeno bohatšího příběhu, který lépe, komplexněji a také smysluplněji vyjadřuje život člověka. Aspekty terapeutického dialogu zaměřeného na dosažení změny či transformace zjednodušeně znázorňuje následující diagram.

Tabulka. č.5. Proces narativní terapie (upraveno dle Vromans, 2005)



Za hlavní představitele narativní terapie inspirované sociálním konstrukcionismem jsou považování Michael White a David Epston. Od roku 1989, kdy v australském nakladatelství *Dulwich Centre Publications* společně vydali publikaci *Literate Means to Therapeutic Ends*, předchůdce o rok později vydané *Narrative Means to Therapeutic Ends* v nakladatelství W.W.Norton, se stali respektovanými učiteli a inovátory, kteří se aktivně podílejí na mnohých odborných akcích nebo jsou zváni na psychoterapeutické konference

(zejména M.White). Jejich pojetí terapie se stalo v posledním dvacetiletí inspirací pro bezpočet terapeutů z různých zemí. Z postupně vzniklé narativní komunity do vystoupili do popředí jakožto následovníci Whitea a Epstona někteří terapeuti, kteří v podobném či mírně se lišícím duchu rozvíjejí hlavní myšlenky tohoto přístupu (Freedman, Combs, 1996; Parry, Doan, 1994; Monk, Winslade, Crocket, Epston, 1996; Marner, 2000; Morgan, 2000; Payne, 2004; Dowling, Vetere, 2006))

V čem spočívají hlavní principy narativní terapie Whitea a Epstona a v čem se liší od předchozích psychoterapeutických směrů, u nichž je narativní prvek neodmyslitelnou součástí? Tuto otázku se ve svých publikacích pokusili velmi svědomitě zodpovědět různí autoři, kteří sice nejsou úzce spjatí s narativním hnutím, ale shledávají myšlenky obou zakladatelů za nesmírně důležité pro vývoj nejen v psychoterapii, ale obecně v sociálních vědách (McLeod, 2004; Payne, 2004; Gergen, 2006). Byť poučné analýzy a diskuse následovníků či příznivců narativní terapie inspirované sociálním konstrukcionismem mohou specifika daného přístupu osvětlit, nejvhodnějším zdrojem se i po téměř dvaceti letech zdá původní publikace Whitea a Epstona. Před rozpracováním konceptu narativní terapie White s Epstonem (1990) uvádějí ve své publikaci inspirační zdroje, které ovlivnili jejich uvažování o vzniku problémů, se kterými klienti přicházejí do terapie i o terapeutickém procesu a konstrukci sociální reality v něm. Odkazují zejména na některé práce filozofa Michela Foucaulta, antropologů Gregoryho Batesona, Edwarda Brunnera, Clifforda Geertze a psychologa Jeroma Brunnera. Tato část pro mnohé terapeuty představovala cennou filozofickou inspiraci, pro jiné naopak z praktického hlediska obtížně uchopitelné teoretizování či dokonce téma k polemice. Například Payne (2004) ve své knize důkladně rozebírá některé Whiteova tvrzení i jeho citace zmíněných teoretiků s ohledem na jejich nepřesné interpretace a chápání. Naopak Dallos (ústní sdělení) a Flaskasová (2002) vyčítají zejména Whiteovi, který je v mezinárodní publikační a přednáškové činnosti aktivnější, že s dílem Foucaulta zachází příliš svévolně, oportunisticky a že představuje své úvahy a koncepci narativní terapie bez respektování jiných psychoterapeutických tradic, které se k jím pojednávaných tématům také v minulosti vyjadřovali (např. britská škola objektních vztahů, současná psychoanalýza, humanistické směry).

Nás však více zajímají klinické aspekty, tedy to, čím se vyznačuje narativní terapie Whitea a Epstona, a v čem může psychoterapeutickou praxi obohatit. White s Epstonem uvádějí základní předpoklad pro svou představu o terapii následovně: Jedinec svou zkušenost vnímá jako problematickou proto, že je součástí příběhů, které jsou dominantní v takovém rozsahu, že neposkytují dostatečný prostor pro jiný prožitek, pro vyjádření a „žití“ jiných

příběhů. Tyto dominantní příběhy o něm a jeho vztazích pocházejí z interakcí s ostatními lidmi. Další možností je, že jedinec aktivně participuje na žití, vyjádření příběhů, které ale nepovažuje za prospěšné, vhodné, uspokojivé, ale spíše omezující a jako formu slepé uličky. Tyto příběhy nezahrnují dostatečně veškeré aspekty života člověka nebo velmi signifikantně protiřečí jiným důležitým aspektům jeho žité existence. Pokud takový člověk vyhledá psychoterapii, přijatelným výsledkem psychoterapeutické spolupráce by byla identifikace nebo generování alternativních příběhů, které by umožnily nalezení, vytvoření a vyjádření nových významů, společně s novými, vytouženými možnostmi, nové významy, které bude člověk vnímat a zažívat jako užitečnější, uspokojivější, bohatší a otevřené různým vyústěním. (White, Epston, 1990).

K dosažení tohoto cíle White a Epston, s přispěním dalších narativních terapeutů, rozčlenili psychoterapeutický proces do několika fází. Tyto fáze definovali a modifikovali v průběhu vývoje sami (White, Epston, 1990; Epston, White, 1990; White 2007), jejich rozpracování a popis s ohledem na praktické aspekty poskytli jejich kolegové v různých kontextech a zkušenostech (Payne, 2004, Vromans, 2005, Freedman and Coombs, 1996 Marner, 2000). Jedná se o následující způsoby organizace psychoterapeutické spolupráce, které stručně popíšeme.

Popis, v němž dominuje problém (angl. *problem-saturated description*): Vyprávění lidí během terapeutického sezení je téměř vždy vztaženo k nějakému problému, potížím či příznakům. Problém/příznak/potíže jsou hlavním organizujícím prvkem či tématem tzv. problem-saturated story. Podle Whitea, Epstona a dalších tento příběh ale zachycuje pouze část prožité zkušenosti, jiné zážitky či události často odporující dominantnímu příběhu zůstávají stranou a mohou být významných zdrojem k vytváření a posilování příběhů alternativních, které komplexněji vystihují život a identitu jedince. Přesto je nutné pečlivě vyslechnout a respektovat tzv. problem-saturated story neboli dominantní verzi subjektivní zkušenosti, předčasné snahy o nabízení alternativní verze či pokusy o dekonstrukci mohou vést k provokaci tzv. obranných mechanismů, pocitů ohrožení, neporozumění apod. a tak narušit vytvoření terapeutické aliance a pokračování spolupráce.

Identifikování/pojmenování problému (angl. *identifying/defining/naming the problem*)**:** V souvislosti s tzv. externalizujícími formami rozhovoru je důležité pojmenování problému jedním či několika slovy, nebo frází či metaforou. Toto pojmenování pomáhá vyjasnit si, co člověka trápí, s čím zápasí, čemu se chce věnovat, co chce změnit apod.

Pojmenování problémů též usnadňuje cílené zaměření pozornosti a zejména pozdější externalizaci. Již v této „fázi“ je důležité naslouchání, citlivost k jazyku a jedinečné zkušenosti klienta/klientů/členů rodiny. Pokud má klient potíže s pojmenováním či definováním problémů, je možné nabídnout několik variant, které by ale měly velmi úzce vycházet z klientem popsané zkušenosti a ze slov, které při jejím popisu užívá. Problém může nabývat různých podob nebo se vztahovat k různým aspektům subjektivní zkušenosti či života, např. k pocitům, myšlenkám, chování, vztahům, společenským normám či očekávání apod.

Externalizace problému, externalizující rozhovor (angl. *externalisation of the problem, externalizing conversation*)**:** Externalizace neboli jazykové oddělení problému jako samostatné entity či fenoménu od tzv. nositele je důležitou, také nejznámější neboť zřejmě „nejhmatatelnější“ prvek narativní terapie. Terapeut se snaží důsledným a specifickým způsobem kladení otázek a komentováním podpořit člověka v tom, aby si představil svůj problém/potíže jako oddělené od svého Self, od své identity, od svého chápání sebe sama. V euroatlantické kultuře je pochopitelné, že jakékoli potíže chápeme jako osobnostní, biologické či obecně individuální kvality, atributy, vlastnosti, nedostatky, poruchy apod. Tento dominantní rámec přispívá často k fixaci problémem definovaného příběhu, ovlivňuje negativní vnímání sebe sama a v rodině často provokuje nekonstruktivní a obviňující interakce. Externalizace problému někdy i formou personifikace utlačujícího problému přispívá ke kognitivnímu oddělení problému od jedince a tím umožňuje vytvoření důležitého odstupu pro exploraci a zkoumání vlivu problému na člověka a jeho vztahy a naopak. Jak upozorňuje Morganová (2000), spíše než o strategickou techniku jde o postoj a způsob orientace v rozhovoru a o posun v používání jazyka (angl. *shift in language*). White s Epstonem (1990) uvádějí následující pozitiva externalizující formy rozhovoru.

- Zabraňuje vzniku neproduktivních konfliktů, zmírňuje již existující napětí mezi jedinci a narušuje nekonečné debaty o tom, kdo je za problém/potíže zodpovědný.
- Zmírňuje pocity selhání a viny, které vznikají tehdy, když problém trvá delší dobu navzdory opakovaným pokusům o řešení.
- Umožňuje všem zúčastněným pokusit se spojit své síly v boji proti problému a uniknout vlivu, který má na jejich životy a vztahy.
- Otevírá nové možnosti k tomu, aby jedinci získali nazpět kontrolu nad svými životy a kvalitou svých vztahů.

- Umožňuje zaujmout lehčí,efektivnější a méně křečovitý postoj k „velmi vážným“ problémům.

Externalizace je vhodným způsobem zejména pro terapeutickou práci s rodinou, která přichází do terapie kvůli problémům dítěte či dospívajícího. Personifikace problému odpovídající vývojové fázi dítěte/dospívajícího v kombinaci s hravým přístupem je velmi účinným a citlivou formou terapie, zvláště pokud se podaří k této formě práce získat rodiče. Přesto nejde o zázračnou ani všespasitelnou formu rozhovoru, samotná externalizace má i svá omezení a rizika. Zvláště pokud je tento způsob práce aplikován mechanicky bez dostatečné vnímavosti terapeuta k rodinnému kontextu, může spíše spolupráci bránit.

Na tyto aspekty upozornili např. Chvála s Trapkovou (2003), kteří popisují osm kroků externalizace a související problematické otázky, inspirování dánským dětským psychiatrem a rodinným terapeutem Marnerem (2000). Text je vynikající reflexí zkušených terapeutů, zde uvedeme jen několik bodů, které jsou v souladu s vlastní klinickou zkušeností. Externalizace problému je cestou k úspěchu pouze tehdy, pokud má terapeut dostatečný a autentický kontakt nejen s dítětem, ale i s dalšími členy rodiny, zejména rodiči. Rodiče disponují v rodině zpravidla větší mírou moci a pokud se terapeutovi s nimi nepodaří navázat kvalitní terapeutickou alianci, dosažení terapeutické změny je ohroženo. Zároveň je naprosto nezbytné neustálé ověřování významů užívaných pojmů s rodinou. Nestačí pouze tvořivost a hravost terapeuta, pokud chybí vnímavost k jazyku, pojmům a významům typickým pro rodinu a její způsob „uchopování“ či konstrukce sociální reality. Přestože externalizace pomáhá vytvoření zdravějšího postoje k problému, který omezuje, vyplatí se zájem i o možné zisky, které může problém dítěti/dospívajícímu a rodině přinášet. Stejně tak je důležité neopomenout důležité vývojové či kontextuální faktory (např. tělesné projevy jako signály distresu, potíže v souvislosti se školním stresem či problémy s vrstevníky apod.), které hrají roli v udržování problému.

Payne (2004) vztahuje externalizaci k hlavnímu předpokladu narativní terapie, podle kterého lidé reagují či se snaží zvládat náročné/problematické situace a nikoli ztělesněné problémy (angl. *embodying problems*), jejichž příčina musí nutně spočívat v nich samotných. Externalizací je umožněno, aby člověk mohl zaujmout pozici či postoj k problému, což je snazší než v případě, kdy je problém považován za inherentní část jedincovy osobnosti, identity, individuality či jako důsledek duševní poruchy. Navíc externalizační rozhovor lze využít i k identifikaci a posilování uvědomění tzv. nepatologických fenoménů, ceněných vlastností, hodnot či různých individuálních či rodinných zdrojů.

Otázky zaměřené na relativní vliv problému (angl. *relative influence questioning, exploring the identity of the problem*): Zkoumání vlivu problému na život klienta/rodiny (angl. *mapping the influence of the problem*) a následně zjišťování vlivu klienta/rodiny na existenci problému (angl. *mapping the influence of persons*) je důležitou součástí terapeutické práce v rámci narativního přístupu. Nejprve se terapeut zajímá o to, jak problém ovlivňuje nejrůznější oblasti života klienta/rodiny. Důležité je prozkoumat možné sféry vlivu problému, jak v osobní rovině klienta, tak v různých vztazích. Prozkoumání sfér vlivu je nezbytnou přípravou na další kroky, kdy terapeut pátrá po momentech a situacích, kdy problém v životě člověka nedominuje, kdy se mu daří problém zvládat či překonat. Tyto momenty se pak stávají základními body pro rozvoj zvládacích strategií, pro posilování do té doby netušených možností a schopností, pro rozvíjení osobní kompetence v rámci tzv. alternativních příběhů. V této fázi terapeut zjišťuje, jaký dopad má problém na klientovo myšlení, pocity, chování, zdraví, vztahy s vrstevníky, s rodinnými příslušníky apod. Dále je důležité vědět, jak problém ovlivňuje životní hodnoty, motivace, naděje do budoucnosti apod.

Jakmile jsou sféry vlivu problému známy, následuje dotazování zaměřené na klientův vliv na existenci problému. Toto dotazování je velmi podobné předchozímu s tím rozdílem, že tentokrát nás zajímá kdy a za jakých okolností se klientovi či rodině daří vliv problému na nejrůznější oblasti či aspekty života zmírnit. Pokud se tato část rozhovoru daří, získávají všichni přístup k důležitým informací a zkušenostem, které jsou v různé míře v rozporu s dominantním příběhem, jemuž dominuje zdánlivě neřešitelný či nezvladatelný problém. V této části rozhovoru se také více objevují známky různých kompetencí, zvládacích strategií drobných úspěchů či vynalézavosti klienta/členů rodiny, které mohou v důsledku dlouhodobé demoralizace a nepříznivých okolností zůstat v pozadí. V této souvislosti je důležité upozornit, že tyto „ostrůvky pozitivní deviace“, nebo výjimky (angl. *unique outcomes*) musí mít význam především pro klienta/rodinu, nikoli pouze pro terapeuta. Jedině tehdy mohou představovat cennou, byť zpočátku opomenutou, zkušenost, která se v průběhu terapie může stát základem pro bohatší a uspokojivější verzi vlastního životního příběhu.

Vyzvání k zaujetí pozice vůči problému (angl. *inviting to take a position on the problem*) Ač je tento krok specificky pojmenován, není výlučným prvkem pouze v narativní terapii. Vyjednávání cíle terapeutické spolupráci či tzv. kontraktu je součástí i jiných terapeutických přístupů. V rámci narativní terapie je považováno za důležité vyjasňování postoje klienta/rodiny vůči problému. O co by se klient chtěl pokusit? Chtěl by v souvislosti se zjištěnými okolnosti, s novými znalostmi a perspektivami učinit nějaké kroky, pokusit se o

nějakou změnu? Nebo je se stávajícím stavem spokojen a chápe problém jako nutnou součást života či aktuální situace, se kterou se musí smířit? A pokud chce něco změnit, jaké důsledky, pozitivní i negativní, mohou kroky ke změně přinést? I když se tyto otázky příliš neliší od otázek kladených v rámci jiného terapeutického přístupu, v pojetí Whitea (2003) či Marnera (2000) lze nalézt různé odlišnosti. White upozorňuje na dilema, jež s sebou nese možnost vyzvat klienta k boji s problémem. Podle něj metafora boje, zápasu vychází z přehnaně individualistického diskurzu západní společnosti, v níž je boj považován za hlavní způsob řešení nejrůznějších problémů. Na určující vliv metafory války a boje, jež prostupují snad všechny možné oblasti lidského života, upozornili již citovaní Lakoff s Johnsonem (1980). Na druhou stranu Marner (2000) na základě dlouholeté klinické zkušenosti s dětskými pacienty a jejich rodinami považuje adekvátně formulovanou výzvu k zápasu s problémem za důležitou součást terapie. Postavit se problému čelem s povzbuzením, jež přichází od důvěryhodné a doprovázející osoby, je podle něj zdravějším protikladem k pasivním postoji, v němž dítě/dospívající/rodina může uvíznout po mnoha neúspěšných pokusech o změnu.

Identifikace výjimek v dominantním příběhu definovaném problémem (angl. *identifying of unique outcomes*): Již v úvodu vyprávění se mohou objevit momenty, kdy klient/rodina referuje o situacích, kdy vliv problému na nejrůznější oblasti jejich života nebyl tak markantní. V určité fázi terapie se terapeut aktivně zajímá právě o tyto situace, kdy klient/rodina měla situaci „ve svých rukou“, kdy problém v jejich životě nedominoval, kdy se jim podařilo vliv problému zmírnit. White s Epstone (1990) tyto momenty protiřečící dominantnímu příběhu nazvali jako *unique outcomes*, tedy ojedinělé okamžiky, kdy neblahé působení problému není tak výrazné. Ve snaze o podrobný popis těchto ojedinělých momentů se terapeuti během dotazování pohybují mezi dvěmi významnými rovinami, které White inspirován Brunerem (1987) nazval oblastí jednání (angl. *landscape of action*) a oblastí vědomí (angl. *landscape of consciousness*). Oblast jednání zahrnuje především fakta, popis událostí, jednání protagonistů, neboli obrazně řečeno „kdo“, „co“, „kde“, „kdy“ a „jak“, především v souvislosti s tzv. ojedinělými momenty. Význam tohoto zdánlivě prostého způsobu dotazování, které musí předcházet sofistikovanějším variantám, poeticky vyjadřuje R.Kipling (1902) v následujícím úryvku, jenž je pro ilustraci záměrně ponechán v originální verzi.

„I keep six honest serving men,
they taught me all I knew.
Their names are What and Where and When
and How and Why and Who.“

R.Kipling, Just So Stories, 1902

Tzv. oblast vědomí, neboli jak White (2003, 2007) v nedávné době preferuje oblast identity (angl. *landscape of identity*), zahrnuje osobní význam, který mají tzv. ojedinělé momenty pro člověka vzhledem k jeho sebepojetí, preferovanému způsobu života, k jeho hodnotám, motivacím, cílům a přesvědčení. Souhra mezi těmito symbolickými rovinami, zvláště je-li podpořena rozhovorem a způsobem dotazování, reflektuje jak kognitivní tak prožitkové aspekty příběhu klienta/rodiny. V souvislosti s tzv. ojedinělými momenty je tato souhra důležitá i pro rozvíjení příběhu, který obsahuje zpočátku opominuté či méně vyjádřené aspekty skutečnosti, a který se stává potenciálem pro alternativní či preferovaný příběh vlastního života. Posilování alternativních či preferovaných příběhů, jež přesněji odrážejí nejen individuální zkušenost, ale i významné vztahově ukotvené prožitky, je důležitou součástí dalších fází terapie.

Používání terapeutických dokumentů (angl. *use of therapeutic documents*): Narativní terapeuti obohatili terapeutickou praxi o využívání různých forem terapeutických dokumentů, zejména dopisů. Ty mohou v psychoterapeutickém procesu plnit různou roli. Takzvané zvací dopisy, psané samotným terapeutem nebo i ve spolupráci s dalšími členy rodiny, mohou být určeny například členu rodiny, jenž se k návštěvě terapeuta zdráhá. Jiné dopisy mohou komentovat či shrnovat průběh terapeutického sezení i celou dosavadní spolupráci. Dopisy též mohou sloužit jako forma udržování kontaktu s členem rodiny, který se nějaký čas terapie neúčastní. Různé krátké dokumenty slouží jako komentáře ke zdůraznění některých kroků, potvrzení dosaženého úspěchu, posilování některých dovedností apod. Další formou terapeutických dokumentů jsou diplomy, či certifikáty, které symbolicky potvrzují změnu, důležité kroky či nový status člověka, který problém(y) lépe zvládá či zcela zvládl. Jsou tak důležitým potvrzením nové identity, nové životní fáze, nového životního příběhu, v němž problém či potíže nedominují.

Epston (1990), Marner (2000), Payne (2004) uvádějí různé formy dokumentů i různé kontexty pro jejich využití. Tito autoři se zároveň vyjadřují k přínosu začlenění dopisů a jiných dokumentů do standardní terapeutické praxe. Jedná se o formu dokumentů, které na

rozdíl od běžné zdravotnické dokumentace slouží jako hmatatelná verze spoluutvářené reality v procesu terapie. Na tomto procesu klienti participují, obsah i formu dokumentů mohou spoluvytvářet a také k nim mají volný přístup. Dopisy jsou verzí společně konstruované reality nazvané terapií, která se stává sdíleným vlastnictvím všech zúčastněných stran . Dopisy činí terapeuta na prvním místě zodpovědného ke klientovi/rodině teprve poté k jeho vlastní profesionální komunitě či nějaké instituci. Informace v dopisech a jiných terapeutických dokumentech obsažené zachycují či formují skutečnost ve sdílené, dialogické podobě, nikoli v expertním monologu. Je proto snazší tuto verzi revidovat, doplnit či modifikovat (Epston, White, 1990). Význam hmatatelného textu je i v tom, že klientovi/rodině zůstává k dispozici i po skončení terapie, kdokoli z rodiny se k němu může vrátit, přečíst si ho kdykoli a připomenout si některé důležité momenty či inspiraci i v době, kdy je reálný terapeutický vztah ukončen. Dopisy pomáhají v uspořádání prožité zkušenosti v narativní strukturu, rámec příběhu, který dává smysl svou koherencí a také podobností s životem. Psaný text je pomůckou v posilování procesu změny v čase i v podpoře osobního pocitu zvládání obtíží či problémů. Zároveň psaná forma připomíná i s odstupem času mnohočetnost různých příběhů, postojů a významů, které se objevovaly v průběhu terapeutických sezení. V neposlední řadě některé formy psaného slova (např. deník) mohou umožnit jedinci vyjádřit nějaký emočně významný příběh, zvláště když není k dispozici nikdo, s kým by ho mohl sdílet, nebo proto, že výrazně traumatický charakter zkušenosti sdílení znesnadňuje.

Zohlednění sociálních a politických faktorů (angl. *considering social and political issues*): V příbězích, jež slouží jako strukturující prvek pro zkušenost a sebepojetí člověka či jeho subjektivně vnímanou identitu, obvykle převažují negativní, demoralizující či problematické aspekty. Pozitivnější aspekty či zkušenost protiřečící dominantnímu pojetí neboli zápletce (angl. *plot*) vlastního životního příběhu si člověk přicházející do terapie zpravidla neuvědomuje nebo je nepovažuje za důležité v kontextu problematické, z různých důvodů obtížně zvladatelné životní zkušenosti. Tyto problematické příběhy ale nejsou pouhými produkty mysli jedince, ale zpravidla jsou ukotveny v širším společenskokulturním kontextu. Příběhy, jež utvářejí identitu jedince i jeho způsob nazírání na různé aspekty vlastního života, odrážejí vlivné společenské diskurzy, preferované hodnoty ducha doby. Zvnitřněné příběhy a diskurzy se stávají hlavním inspiračním rámcem pro organizaci zkušenosti, pro chápání svých problémů a pro výběr způsobu řešení. V této souvislosti White odkazuje často na Foucaultovo tvrzení o vzájemném vztahu mezi mocí a poznáním.

Zjednodušeně řečeno jde o to, že nevědomě organizujeme své životy podle internalizovaných diskurzů a stáváme se slepými vůči možnostem, které nabízejí diskurzy či příběhy jiné. Podle Foucaulta se můžeme lehce stát „poslušnými těly“, jež ovládají ti, kteří mají moc kontrolovat společenský diskurz.

V souvislosti s terapií jde o to, že lidé pod vlivem příběhů či diskurzů, jež jsou v dané společnosti a kultuře dominantní, mají tendenci své problémy či potíže chápat jako osobní selhání, nedostatky či chyby, přestože významnou roli hrají též různé společensko politické faktory např. sociální znevýhodnění, vyloučení, různé formy xenofobie či diskriminace. V aktuálním českém kontextu může jako příklad sloužit v devadesátých letech minulého století vzniklá a nadále trvající přehnaná ideologie výkonu a mládí, v jejímž důsledku kromě dalších faktorů lidé nad 50 let nejsou považováni mnohými zaměstnavateli za perspektivní pracovníky. Podobně působí stereotypní představy týkající se různých etnických skupin či jedinců s diagnózou duševní choroby, jež jsou často opakovány v médiích . Pokud terapeut tyto faktory nebere v potaz, hrozí nebezpečí, že dominantní výklad o individuální „poruše“ či nedostatku bude posilován, zatímco znevýhodňující či jiné neblahé sociální faktory budou trvat. Proto i v terapeutické komunitě probíhá aktuální diskuse na téma, zdali by terapeut měl být pouhým odborníkem na vedení dialogu nebo zdali by měl též působit obrazně řečeno jako společenský aktivista (Monk, Gehart, 2003). Nezbytnou součástí terapie, která je nejen narativní, ale zejména citlivá ke kontextuálním společenskopolitickým aspektům musí být přiměřená reflexe vlastního působení společně s pravidelným vyjasňováním, zdali klient/rodina považuje probíhající spolupráci za přínosnou.

Začlenění a připomínání (ang. *re-membering*) Do češtiny obtížně přeložitelný výraz je díky rozdělení pomlčkou jazykovou hříčkou o více významech. Jde za prvé o oživení významných vzpomínek na rodinné členy či další významné osoby, kteří v životě jedince v terapii představovaly důležitou sociální oporu. Za druhé jde zpravidla o osoby, s nimiž měl člověk takový vztah, ve kterém zažíval preferované či významné, ale pozapomenuté, stránky a vlastnosti vlastní identity. Obvykle se též jedná o významné osoby, jež byly součástí vztahů, v nichž člověk prožil důležité momenty, které se mohou stát odrazovým můstkem pro vytváření nového, alternativního životního příběhu. Připomenutí těchto osob, vztahů a signifikantních zkušeností se může stát „stavebním materiálem“ pro „dřímající“ potenciál jedince v terapii, jeho dosud nerozvinuté schopnosti či vlastnosti, které ale již v minulosti rozpoznali jiní, nebo pro ně v rámci vztahu položili základ.

Svědectví zvenčí (angl.*outsider-witnesses*) Opět obtížně přeložitelný termín vyjadřuje v podstatě snahu zapojit do terapeutického procesu a posléze do procesu posilování nového příběhu další významné osoby sociální sítě jedince v terapii. White, díky bohaté zkušenosti ze sociální práce, zejména v posledních textech zdůrazňuje význam spolupráce nejen s členy rodiny ale se zástupci širší komunity, jejíž je jedinec součástí. Forma zapojení těchto osob je různá, cíle je ale společný – posílení přirozené sociální opory, která je nejen pasivním svědkem ale významným spolutvůrcem nové zkušenosti, která představuje základ pro rekonstruovaný, alternativní životní příběh. Perspektiva dalších osob navíc obohacuje a také může připomenout dosud neviděné, či opomenuté aspekty zkušenosti, které jsou v protikladu s utlačujícím dominantním příběhem. Posílení rodinných i komunitních vztahů v některých případech znamená významné posílení pocitu sounáležitosti, který má pro člověka zápasícího s problémem, jež tyto vztahy narušuje či hrozí sociálním vyloučením, velký význam. Snaha o spolupráci s rodinou a dalšími lidmi z různých systémů včetně místní komunity je základním prvkem nejen narativní terapie, ale také například dialogického přístupu týmově organizované práce s jedincem s diagnózou psychotického onemocnění. Tzv. otevřený dialog (angl. *open dialogue approach*) Seikkuly et al. (2003, 2006) je známým a mezinárodně respektovaným inovativním prvkem současného systému finské psychiatrické péče, který s s narativním přístupem sdílí některé předpoklady a formy spolupráce.

Posilování/obohacení nového příběhu (angl. *enrichment of new self-story*)

Posilování nové zkušenosti, jež spočívá v odpoutávání se od problémem definovaného příběhu a rozvíjení příběhu alternativního, je obvykle náplní druhé poloviny terapeutického procesu. Svou roli v tomto procesu mohou hrát významnou roli další lidé, jak již bylo uvedeno v předchozím odstavci. Terapeutická spolupráce může skončit ještě před dosažením tohoto stadia nebo naopak může toto stadium vyvrcholit terapeutickým rituálem či potvrzením nového statutu člověka, který zvládl nebo vyřešil určitý problém.

Nový status – konsultant (angl**.** *new status-consultancy***)** Pokud člověk zvládne nebo vyřeší nějaký obtížný problém, pokud překoná některé obtíže nebo se dokáže vymanit ze sevření utlačujícího, problémem definovaného příběhu, může se potvrzením nového statutu stát vytvoření tzv. statutu konzultanta. Zejména Marner (2000) tento prvek začlenil do své terapeutické práce s dětmi a dospívajícími, kdy dítě, jež zvládlo nějaký problém (např. v chování, zvládání strachu, fobie či nutkavých myšlenek a rituálů), se stává konsultantem pro děti s podobným problémem. Status konzultanta na jedné straně představuje možnost

potvrzení nabyté zkušenosti a dovedností a tím i nového příběhu. Na druhé straně představuje důležité sdílení zkušenosti, která se může stát přínosem druhým.

Uvedené a detailně popsané „prvky“ nebo charakterizují narativní terapie inspirovanou sociálním konstrukcionismem podle Whitea a Epstona (1990). Na jejichž rozvíjení a modifikaci se podíleli jak tito autoři, tak další postavy současné psychoterapeutické scény. Tyto prvky v žádném případě nepředstavují rigidní manuál, jehož mechanická aplikace v uvedeném sledu je zárukou úspěšné terapeutické spolupráce. Je spíše obvyklé, že různé „fáze“ či prvky budou aplikovány flexibilně s ohledem na další významné okolnosti (klient, rodina, prezentovaný problém, instituce aj.). Narativní terapie je řazena ke směrům, jež si kladou za cíl zmírnění asymetrického vztahu mezi terapeutem a klientem i expertní pozici terapeuta. Přesto lze říci, že větší mocí či zodpovědností za průběh terapie nese terapeut, proto i jeho působení může posilovat anebo brzdit osvobození od dominantního příběhu a posun či rozvíjení příběhů alternativních. I přes jasně definované předpoklady týkající se terapeutické práce, procesu a role terapeuta, narativní metafora otevírá více možností pro chápání těchto základních prvků terapeutické práce. McLeod (1997) popisuje několik možných pozic terapeuta ve vztahu k rozvíjení a rekonstrukci příběhu a k podpoře transformativního dialogu: „Terapeut může být obecenstvem, které je tu, aby naslouchalo a poskytovalo příležitost jiným k vyprávění. Terapeut může být víc než to, může být svědkem, někým, kdo je kulturně posvěcenou osobou, která potvrzuje validitu skutečnosti klientovy zkušenosti. Terapeut může být režisérem, který asistuje klientovi v jeho snaze najít co nejefektivnější způsob vyprávění svého příběhu. Terapeut může být i editorem, jenž přesunuje a odstraňuje některé části vyprávění, dokud nedávají maximální možný smysl. Terapeut také může být překladatelem klientova příběhu, který se pokouší přeložit tento příběh do jiného (obvykle psychologického) jazyka nebo konceptuálního systému. A nakonec může být terapeut spolu-autorem, aktivně se zapojujícím do procesu vyprávění. To jsou jen některé z mnoha metafor pro roli terapeuta, které vyplývají z narativní perspektivy.“ (McLeod, 1997)

Narativní schopnosti a emočně významné zážitky

V této části textu se zaměříme na rozvoj tzv. narativních schopností a jejich význam pro duševní i tělesné zdraví jedince. Nejprve se zaměříme na interakce a vztahy v rodině jako významné faktory pro rozvoj narativních schopností. Důkladnější pozornost bude věnována teorii citové/vztahové vazby (angl. *attachment theory*)[*] zejména s ohledem na současný výzkum v této oblasti. Jak bude uvedeno emočně významná zkušenost prožitá v kontextu rodinných vztahů ovlivňuje naši schopnost koherentně uspořádat události vlastního života včetně těch traumatizujících, což má vliv na utváření vlastní identity i schopnost rozvíjet zdravé vztahy s okolím. V závěru této části textu se budeme též věnovat významu vyprávění v mluvené i psané podobě pro zpracování traumatických prožitků a vlivu tohoto procesu na fyziologické projevy.

Vývojově sociální pohled na interakce a vztahy v rodině

Studium vztahových procesů a vývoje sociálního chování člověka je kromě dalších témat náplní vývojové sociální psychologie. Podobně jako v systemických přístupech, i ve vývojově sociální psychologii je zdůrazněno, že vývoj a chování jedince je podmíněn vztahy s druhými lidmi. Ani v případě novorozence nejde o jednostranné ovlivnění, protože nově narozené dítě přichází na svět s vrozenými dispozicemi, s jistou konstitucí a individuální schopností přijímat podněty a reagovat na ně. V průběhu sociálního vývoje se podle Schafferova modelu vzájemného ovlivňování rodič (respektive pečující osoba) i dítě ovlivňují navzájem (Schaffer, 1996). Přesto někteří vědci zdůrazňují, že je to především zájem a schopnost emočního vyladění pečující osoby, co podněcuje dítě k rozvoji a vytváří základ pro jeho budoucí vztahování k ostatním lidem. Stern a další výzkumníci upozorňují na význam ranných interakcí, na synchronizaci v interakcích neverbálních a posléze i ve verbální komunikaci (Stern, 2004). Výzkumy interakcí mezi dítětem a pečovatelem, které přinášejí poznatky o vzájemném slaďování, přizpůsobování a ovlivňování v interakcích, jsou v souladu s teoretickými úvahami prvních rodinných terapeutů, kteří pro popis těchto fenoménů začali používat pojmu cirkulární kauzality (von Schlippe, Schweitzer, 2001). Ačkoli není jasné, v jakém poměru obě strany tyto procesy ovlivňují, není pochyb o tom, že první interakce a

[*] Anglický termín *attachment* bývá předkládán do češtiny různě, nejčastěji jako *přilnutí*, *přimknutí*, *připoutání*, *vztahová* či *citová vazba*. Ani jeden ekvivalent není optimální ani univerzální. Naopak se zdá, že v různém kontextu je některé z ekvivalentů vhodnější a jiný méně. V textu nicméně pro zjednodušení bude preferován pojem *citová vazba*, i když výjimečně může být na některém místě užit jiný český ekvivalent.

zkušenosti jsou základem pro budoucí sociální dovednosti a vzorce chování, které nám umožní začlenit se do společnosti a rozvíjet vztahy s druhými lidmi s většími či menšími problémy. S jistým zjednodušením lze říci, že situace, se kterými se dítě setkává v počátcích svého sociálního vývoje, se v určitých variantách mohou opakovat v dalším životě a to zvláště ve významných vztazích. V tomto tvrzení se současná vývojová sociální psychologie víceméně shoduje s psychodynamickými teoriemi. Aniž bychom chtěli popírat vliv genetických a dalších faktorů, můžeme s jistou nadsázkou říci, že se stáváme tím, kým nás vidí ostatní. Těmi bývají zejména zpočátku členové rodiny, do které se rodíme, byť rodina má na počátku 21.století mnoho podob a uspořádání. Kvalita vztahů v rodině, jichž jsme součástí a jež nás do značné míry formují, spoluurčuje i povahu a kvalitu našich dalších vztahů. Toto tvrzení lze podpořit například teorií citové vazby (angl. a*ttachment theory*) a zejména současným výzkumem v této oblasti a spřízněných disciplinách.

Vývoj vztahů a teorie citové vazby

Citová vazba (angl. *attachment*) je v současnosti považována za naprosto zásadní prvek emočního a sociálního vývoje jedince. Jedná se o citové pouto, či emočně významný, blízký vztah, který vzniká mezi dvěma a více jedinci. S citovým poutem se pojí i různé projevy chování a vyjadřování náklonnosti. Pro utváření citové vazby specifické projevy chování jsou jiné u dětí v prvním roce života a samozřejmě jiné v dalších fázích vývoje. Styl citové vazby nás provází celý život, je součástí našeho socializačního procesu a způsobu vztahování k ostatním lidem, zvláště k těm, kteří jsou pro nás z různého důvodu důležití.

Počátky teorie citové vazby se pojí s výzkumy a pozorováním britského psychiatra a psychoanalytika Johna Bowlbyho. Některými terapeuty je Bowlbyho článek publikovaný v roce 1949 dokonce považován za první text pojednávající o rodinné terapii. Autor v něm poukazoval na klinický význam rozhovoru s klienty o jejich zážitcích z dětství a vztahu k rodičům (Bowlby, 1949). Bowlby považoval citovou vazbu jako adaptační součást behaviorálních strategií, jejichž cílem je zvýšit šanci nově narozeného jedince na přežití. Jeho předpoklady měly biologický základ a v jejich formulaci byl ovlivněn Lorenzovými etologickými experimenty. Bowlby postuloval, že pro přežití (pozn. autora: a následně zvládání náročných situací) si musí dítě prostřednictvím specifických druhů chování vybudovat tzv. primární pocit bezpečí (angl. *secure base*), které pomáhá vytvořit pečovatel, rodič, neboli člověk, který se o dítě především stará. Bowlby se domníval, že chování podporující vznik citové vazby je založené na vrozeném instinktu vyhledávat ochranu

v případě nebezpečí, a že zkušenost primárního pocitu bezpečí je naprosto nezbytná pro žádoucí vývoj dítěte. Kromě této teorie se Bowlby věnoval i separaci dítěte od matky a možným důsledkům mateřské deprivace. Podle jeho hypotézy narušení pouta mezi dítětem a matkou vede k vážným důsledkům v intelektuálním, sociálním a emočním vývoji. Tato část nesporného přínosu Johna Bowlby se stala kontroverzní, navíc pozdější výzkumy nepotvrdily jeho předpoklad, že důsledky tzv. rodičovské deprivace jsou ireverzibilní (Hodges, Tizard, 1989). Nemusíme spoléhat pouze na zahraniční práce, emoční deprivaci se věnovali např. Matějček a Langmeier, jejichž výzkumy přinesly mnoho cenných poznatků o vztazích v rodině a vývoji dítěte (Langmeier&Matějček, 1994; Matějček et al, 1995; Dunovský et al, 1995).

V současnosti se různí autoři shodují v tom, že vytvoření citové vazby je součástí žádoucího vývoje a že se objevuje u dětí přibližně ve stejném věku. To potvrzují i studie novorozenců a rodičů v nejrůznějších sociálních systémech a kulturách (van Ijzendoorn, 1999). Bowlbyho práci dále rozvíjeli další odborníci, došlo také k výraznému rozvoji empirického výzkumu v této oblasti. Známé jsou výzkumy Mary Ainsworthové, na něž navázali již zmiňovaný van Ijzendoorn, dále Shaver, Steele, Crittendenová a jiní. Ainsworthová vyvinula test pro pozorování tzv. vnitřních pracovních modelů u kojenců v akci, který nazvala testem neznámých situací (angl. *Strange Situation Test*). S jeho pomocí vypozorovala, že jsou-li kojenci nakrátko odloučeni od svého pečovatele v pro ně neznámé situaci, mají tendenci projevovat různé formy chování. Následně popsala vzorce chování, z nich odvodila i typologii citové vazby. Kromě definice bezpečné citové vazby (angl. *secure attachment*), rozlišila nejisté formy/vzorce/styly (angl. *avoidant, ambivalent patterns*) Její následovníci, zejména Mainová, přispěli k popisu ještě desorganizované formy nejisté vazby (angl. *disorganized pattern*), jež bývá dávána do souvislosti s těžšími poruchami osobnosti. Současná přední terapeutka a odbornice na tuto problematiku Crittendenová dále rozpracovala jemnější rozdíly ve stylech citové vazby ve svém dynamickém modelu (angl. *dynamic maturational model*). Charakteristickým rysem jejího modelu je dialogická představa Self jako neustálého procesu – nepřetržitého napětí mezi vnitřními duševními procesy, dialogy a příběhy (Crittenden, 1995).

V průběhu interakcí v rodinných vztazích a prostřednictvím zkušeností (angl. *attachment experiences*) si dítě vytváří nejen modely chování druhých, jak obvykle reagují na jeho potřeby, ale obraz sebe sama, a také zdali je hodno lásky, citu. Tento vývoj pozice Self ve vztahu s druhými lidmi je centrálním prvkem rozvoje identity a základem rozvíjení dalších vztahů v budoucnosti (Dallos, 1997). Tzv. vnitřní pracovní modely (angl. *internal working*

models) jsou relativně stabilní předpoklady, reprezentace a představy, které máme o sobě, o rodině, o vztazích. Pracovní modely se skládají ze dvou vzájemně závislých a propojených částí viz následující tabulka:

Tab.č.6. Dvě roviny vnitřních pracovních modelů
(upraveno dle Dallos, 1997)

1. **Pohled na svět:**
   Zdali budou lidé přívětiví, vstřícní k potřebám člověka, zdali je svět bezpečné či nebezpečné místo, zdali se člověku dostane pomoci v případě potíží apod.

2. **Pohled na sebe samého**:
   Zdali člověk zvládne náročnou situaci, své pocity, zdali je hodný lásky, citu. Uvědomění si vlastní ceny, zdali člověk může očekávat podporu, přijetí či odmítnutí. (děti se zážitkem nejistého připoutání mívají typicky nízké sebevědomí, nevěří ve své schopnosti a někdy sebe sama intenzivně nenávidí)

Podle Dallose se poznatky týkající se vztahových vzorců v rámci citové vazby prolínají se systemickou perspektivou. Zjednodušeně lze říci, že chování dítěte (a jeho vývoj) povstává z povahy interakcí s rodiči (pečovateli, blízkými osobami). Pracovní modely interakcí, které si vytváříme prostřednictvím zkušeností v rodinných vztazích (angl. *family attachments*) a které zahrnují vlastní chování i chování druhých lidí, ovlivňují navazování nejrůznějších vztahů i v dospělosti a hrají roli ve zdraví i nemoci. Vnímavé rodičovství v kojeneckém věku vyvolává pracovní model vztahů, v němž jsou hluboce zakódovaná pozitivní očekávání ohledně projevů blízkosti, důvěrnosti a péče od druhých, což ovlivňuje vnímání, poznávání a motivaci (Bretherton, Munholland, 1999).

Rozvoj narativních schopností

Narativní schopnosti, zejména schopnost uspořádat zážitky vlastního života do koherentního příběhu je komplexní dovedností, jež se utváří od dětství (Baerger, McAdams, 1999). Kromě obsahu vyprávění/příběhu je to struktura či forma vyprávění, co je středem pozornosti vědců i terapeutů. Koncept koherence zahrnuje: 1. Strukturu vyprávění (propojení událostí ve smyslu času a kauzality), 2. Afekt (příběh obsahuje prožitky, pocity spjaté s popisovanými událostmi (i všech zúčastněných) a hodnocení událostí, 3. Integraci událostí, pocitů a významů. Podle Baergera a McAdamse je schopnost vytvořit koherentní příběh (nazírat na svůj život jako koherentně plynoucí a smysluplný příběh) dokonce předpokladem duševního zdraví a to i pro jedince, kteří zažili dramatické či velmi nepříjemné zkušenosti.

S narativními schopnostmi úzce souvisí i schopnosti reflektující (angl. *reflective functioning*), Podle Fonagyho, Mainové a jejich kolegů - autorů tzv. *theory of mind* jde o rozmanité, složité mentální schopnosti, jež někteří nazývají též metakomunikací. Jedná se o schopnost uvědomění a přemýšlení o vlastních myšlenkách, pocitech, o schopnosti rozlišovat rozdíly v různých pohledech na věc, přemýšlení v různých perspektivách aj. S tím souvisí o naše schopnost poznat, odkud pramení naše předpoklady a naše vzpomínky, schopnost přijmout fakt, že existují i odlišné pohledy na věc, vnímání důsledků našeho způsobu myšlení apod. Současně sem patří i schopnost představit si, jak se cítí a co prožívají druzí. Jinými slovy jde o schopnost vcítění, empatii, která je nezbytná pro rozvoj sociálního chování a vytváření zdravých vztahů s ostatními lidmi. Tyto schopnosti jsou narušeny, pokud dítě vyrůstá v prostředí, které je charakteristické emoční deprivací, nejistým stylem připoutání, negativními zážitky apod.

Narativní schopnost se liší podle fáze individuálního vývoje. Příběhy mladších dětí (okolo 7 let) jsou krátké, epizodické, nepřesahují delší časový úsek. Mají jednoduchá vysvětlení pro to, proč se věci dějí, proč se lidé chovají určitým způsobem. Rozvoj sofistikovanějších narativních schopností nastává přibližně v období adolescence (Habermas, Bluck, 2000), klíčový je zde právě koncept tzv. koherence vyprávění. Ten zahrnuje více komponent: a) zasazení příběhu do kontextu, b) kauzální spojitost mezi událostmi, c) posouzení událostí, d) smysluplnost a význam pro vlastní život. Je zde také souvislost s kulturně sdílenými představami o normálním vývoji, životě, normalitě obecně, očekávání, rituálech přechodu apod. Pochopitelně vývoj jazyka a s ním souvisejících narativních dovedností je vázán na neurologický vývoj mozku. Složitější kognitivní a řečové operace jsou možné pouze od určitého stupně vývoje a komplexity neuronální sítě a mozkových struktur sítě. Nicméně vývoj zmíněných atributů je výsledkem souhry faktorů biologických i faktorů prostředí. Základ či podpora pro rozvoj narativních schopností povstává z povahy interakcí a rozhovorů s rodiči (obecně s významnými blízkými postavami, pozn. autora) Angažovanost rodičů v rozhovorech a vyprávění s dětmi je nezbytné pro to, aby byly schopné zažít pocit smyslu vlastního života, spojit si události v čase a chápat jejich význam a vůbec propojit kauzálně dění. Např. McCabeová a Peterson ve své práci zjistili, že narativní styl matek ovlivňuje schopnost jejich dětí uvažovat kauzálně a také úroveň i detaily jejich vyprávění (McCabe, Peterson, 1991). McCabeová nedávno publikovala studii zaměřenou na měření narativních schopností u 4letých dětí a jejich matek. Podle této studie bezpečná citová vazba a z ní se odvíjející styl konverzace mezi matkou a dítětem ovlivňuje narativní schopnost dítěte nejen ve vztahu k vlastní rodině, ale i k dalším dospělým. Schopnost vyprávět a různé

parametry vyprávění dítěte podle závěrů této studie přímo korelovaly s mírou bezpečného přilnutí (McCabe, 2006).

Samozřejmě vnímavost rodiče a jeho schopnost komunikovat se svým dítětem závisí i na vlastní zkušenosti z původní rodiny. Stejně jako styl připoutání i narativní styl bývá předáván z generace na generaci. Existence problematických, traumatických, či tabuizovaných témat nebo jiná témata citlivá pro rodiče pak samozřejmě nemusí být součástí rodinných příběhů. Pro příběhy je charakteristické, že bývají sugestivní, vzbuzující emoce, zachycující nejen události, ale i prožitky a významy. Prostřednictvím příběhů si sdělujeme nejen prostá fakta, ale i naše subjektivní prožitky, vyjadřujeme náš vztah k událostem, sdělujeme to, co je pro nás významné, dáváme najevo pocity, které v souvislosti s obsahem vyprávění prožíváme. Také díky příběhům, které dítě v rodině slyší, učí se postupně, co je možné a co není možné vyprávět.

V současnosti panuje shoda v tom, že narativní schopnosti si jedinec osvojuje a rozvíjí v průběhu individuálního vývoje ve vztazích s pečujícími osobami v rodině. Kvalita a styl přilnutí (angl. *family attachments*) včetně regulace emočních prožitků, integrace zážitků a otevřená komunikace jsou významní činitelé, jež na rozvoj narativních schopností působí. Emočně významné zkušenosti v rodinných vztazích ovlivňují základní schopnost integrovat vlastní zkušenost do koherentního příběhu, schopnost tyto zkušenosti reflektovat. Významné události a děje v rodinách mají vliv na narativní procesy. Záleží na tom, do jaké míry jsou naše příběhy poznamenané zkreslením některých událostí, do jaké míry jsou koherentní, a zdali zahrnují myšlenky a pocity všech zúčastněných a samozřejmě skutečné události. Nejde jen o to, jakým způsobem konstruujeme vlastní interpretaci a chápání toho, co se děje okolo nás. Důležité je samozřejmě i to, co se nám opravdu děje.

Rozvoj narativních schopností je též ovlivněn způsoby komunikace rodičů s dětmi. Ty mohou rozvoj narativních schopností facilitovat nebo naopak brzdit. Ve vztazích s rodiči se dítě učí, co je možné a vhodné říkat, o čem se smí a nesmí mluvit, jaké pocity může nebo nemůže (a kdy) dávat najevo. A jak se v těchto věcech liší od druhých, včetně členů rodiny. Fonagy a Targetová uvádějí několik výzkumů, které naznačují, že emoční atmosféra a rodinný kontext jsou důležité prvky ovlivňující povahu a druh rozhovorů, které se v rodině odehrávají (Fonagy, Target, 2005). V bezpečné formě citové vazby (angl. *secure attachment*) není dítě znejišťováno, nemusí plýtvat energií a mentálními procesy na ujišťování se ve významném vztahu a naopak si může dovolit se účastnit plnohodnotné komunikace s významnou osobou/pečovatelem a rozvíjet různé formy blízkosti, vyjadřovat své potřeby a pocity a také se postupně učit rozvíjet meta-komunikaci a reflektování o sobě a vztazích

(Dallos, 2006). Narativní schopnosti – uspořádávání našich zkušeností/zážitků do vyprávění a koherentních příběhů je dovedností/schopností, které se rozvíjí od dětství a musí být podporována a pěstována. Obsah vyprávění, jež později dominují našemu vývoji a životu, jsou založeny na skutečných, prožitých událostech. Pokud jedinec žije dlouhodobě ve vztahu, jehož podstatou je útlak, omezování, zneužívání či přehlížení základních emočních potřeb, dojde k vytvoření příběhů, které s touto zkušeností korespondují. Není těžké si představit, že takový člověk má tendenci na sebe pohlížet pesimisticky, opovrhovat sám sebou, postrádat schopnost se bránit v případě příkoří nebo úplně popírat jakékoli potřeby.

Formu citové vazby i úroveň narativních schopností je podle odborníků z různých psychoterapeutických škol nutné brát v potaz s ohledem na průběh terapie a možnosti klientů/rodin, kteří do terapie přicházejí. Holmes, integrující psychodynamickou a narativní perspektivu, definuje tři prototypické patologie narativních schopností.

Tab.č.7. Prototypické patologie narativních schopností
(upraveno dle Holmes, 2000)

- Ulpívání na rigidních příbězích (Negující jedinci)
- Zahlcení traumatickou zkušeností, jež není začleněna do vyprávění (Zahlcení jedinci)
- Neschopnost najít dostatečně silné vyprávění, které by obsáhlo traumatickou bolest (Nerozhodnutí jedinci)

Toto narušení narativních schopností má zřetelné důsledky pro klinický proces. Pacienti z první skupiny mají nepružné verze svých příběhů, které blokují cestu a potřebují přepracovat a znovu koherentně a smysluplně sestavit (vliv kultury a jejích omezujících příběhů). Druhá skupina pacientů potřebuje postihnout zmatek zahlcujících emocí. Naproti tomu Dallos upozorňuje na to, že úroveň narativních schopností bez zohlednění stylu připoutání může snižovat úspěch narativních terapií, které jsou vedeny pouze v kognitivní rovině. Naše představy o účinné a úspěšné terapii se také neobejdou bez poznatku, že emoční procesy v rodinných vazbách souvisí s procesy narativními. Jde o to, do jaké míry je vyprávění pacienta nebo rodiny o minulosti přesné, nepřesné a zdali zahrnuje všechny události. Za druhé je důležité, zdali je vyprávění chaotické, nebo koherentní. A za třetí, do jaké míry jsou ve vyprávění zahrnuty pocity a myšlenky ostatních členů rodiny. Všechny tyto okolnosti mají vliv na to, co je rodina schopná využít z terapeutického rozhovoru, případně

z některých forem spolupráce, např. reflektujícího týmu. Neměli bychom přehlédnout okamžiky, kdy mluvíme spíše sami k sobě a nikoli k těm, kdo naši pomoc vyhledávají (Dallos, 2006).

Současný výzkum v teorii citové vazby

Již bylo naznačeno, že některé z Bowlbyho předpokladů další vývoj potvrdil, zatímco jiné ve světle nových poznatků neobstály. V následující části uvádím některé z výzkumů vztahující se ke kvalitě rodinných vztahů, transgeneračnímu přenosu a zdraví jedince. Současné výzkumy potvrzují význam zkušeností získaných prostřednictvím různých forem připoutání jak v intrapersonální tak interpersonální rovině. Kvalita péče poskytovaná rodiči souvisí se formou citové vazby a je ovlivněná zkušeností rodiče z vlastní rodiny. Rodič (zejména matka) si „osvojuje“ styl přilnutí na základě vlastní dětské zkušenosti s rodiči a to je aktivováno a následně ovlivňuje styl vztahování se k vlastnímu dítěti. Ovlivňuje i schopnost vnímavosti, citlivosti a synchronizaci s potřebami dítěte. Vlastní zkušenost matky z původní rodiny ovlivňuje její citlivost jako pečující osoby a následná reprezentace vlastního dítěte (angl. *attachment representation*) je rozhodující determinantou stylu přilnutí i kvality poskytované péče (Fonagy et al, 1996; Fonagy, Target, 2005). 14 studií dosud prokázalo, že na základě strukturovaného interview AAI (angl. *Adult Attachment Interview*) s matkou nebo otcem dítěte je možné předpovědět, jak bezpečně bude dítě k tomuto rodiči „přilnuto“ a dokonce i jakou formu vazby dítě projeví při testu neznámé situace (van Ijzendoorn, 2000). Dále bylo zjištěno, že v poměrně silně stresové (deprivované) skupině, pro niž byly typické rodiny s jedním rodičem, kriminalita rodičů, nezaměstnanost, přelidněná domácnost a psychiatrické onemocnění jednoho či více členů rodiny, byly děti mnohem častěji bezpečně „přilnuté“ k matkám s vysokou reflektivní funkcí, tedy schopností uvažovat na vlastním duševním stavem a rozpoložením (Fonagy, 1994).

V následující tabulce je přehled výběru poznatků z oblasti výzkumu teorie citové vazby.

Tab.č.8. Vybrané poznatky z výzkumu citové vazby
(upraveno dle Fonagy et al, 1996, 2005; Van Ijzendoorn, 1999,2000; Collins, Read, 1994)

- Zážitek bezpečné citové vazby ovlivňuje rozvoj narativních a tzv. reflektivních dovedností.
- Děti se zkušeností bezpečné citové vazby (angl. *secure attachment*) jsou nezávisle hodnoceny jako odolnější, samostatnější a schopnější empatie k druhým.
- Děti se zkušeností bezpečné citové vazby jsou sociálně zdatnější. a rozvíjejí hlubší vztahy.
- Vzorce citové vazby jsou relativně stabilní v průběhu celého života.
- Vlastní zkušenost připoutání ovlivňuje vztah matky k jejímu dítěti.
- Byl prokázán mezigenerační přenos stylu citové vazby a také možnost terapeutického ovlivnění tohoto přenosu. Vlastní zkušenost citové vazby ovlivňuje vztah matky k jejímu dítěti.
- Zkušenost nejisté či dezorganizovné formy citové vazby má neblahé důsledky vývojové i zdravotní.

Někteří kritici upozorňují na nedostatky zmiňované teorie. Kritizují především determinismus této teorie, tendence k obviňování matek za pozdější problémy či zdravotní potíže dítěte a v neposlední řadě i jisté zjednodušení, pokud na interakce a jejich význam pohlížíme pouze s představou dyády matka – dítě. Obviňující tendence provázely teorii přilnutí již v dobách Bowlbyho, především díky některým zjednodušujícím a nepřesným formulacím nebo díky horlivým příznivcům teorie. Poznatky samy o sobě ale nejsou obviňující, spíše určitý způsob zacházení s nimi. Podobné výtky provázely například rodinnou terapii a přesto by nebylo na místě odsoudit některé koncepty z této oblasti jen proto, že kladly důraz na vzájemné (byť opět zjednodušené) souvislosti mezi rodinnými vztahy, komunikací a duševním zdravím či rozvojem duševní nemoci. Zvláště když pozdější výzkumy potvrdily význam emoční atmosféry v rodině, stylu komunikace a vyjadřování emocí ve vztahu k prognóze jedince s diagnózou duševního onemocnění (Bentall, 2005; Mosher, Read, Bentall, 2004)

Kritika namířená na zjednodušení a přílišné zaměření na vztah matka – dítě či na individuální rovinu vývoje vnitřních pracovních modelů je na místě. Některé práce z oblasti tzv. *attachment theory* se jeví jako příliš individuálně či dyadicky zaměřené, což zdaleka neodpovídá realitě a variabilitě současné rodiny. Procesy popisované řadou odborníků v této oblasti se dějí v mnohočetných interakcích, v síti různých vztahů či systémů vztahů. Z tohoto hlediska jsou velmi inspirativní integrativní tendence z různých psychoterapeutických táborů, např. psychodynamického, narativního či systemického (Dallos, 2006, Byng-Hall, 1998) V případě bezpečné citové vazby rozhodně nejde o jednoduchou dyádu matka-dítě, i když o

jejím významu v prvních měsících až letech těžko budeme pochybovat. Vztahové vazby v rodině jsou ale mnohočetné a komplexní, podle některých prací navíc může mít dítě s každým rodičem (členem rodiny) různou formu citové vazby (Main, Weston, 1981; Bretherton, 1999). Například roli otce a jeho vztah k dítěti rozhodně nelze opominout. Podle studie Howese (1999) je klíčové, jak otcové vnímají svou roli a jak se k dítěti vztahují. Vyjadřují-li otcové více pozitivních emocí k dítěti, vnímají-li svou otcovskou roli kladně a je-li pro ně prioritou společně strávený čas s vlastním dítětem, to vše ovlivňuje, zdali zažívá dítě pocit bezpečí a zdali tak vnímá i další vztahy (Howes, 1999). Podle některých longitudinálních studií jsou i rozdíly ve vztahové vazbě mezi dítětem a oběma rodiči. Vztah mezi matkou a dítětem přispívá k rozvoji emocionálního světa dítěte, k rozvoji zvládacích strategií (angl. *coping strategies*) a ke schopnosti vnímat a porozumět pocitům druhých. Vztah mezi otcem a dítětem přispívá k rozvíjení kontaktu s vnějším světem a k začlenění do skupiny vrstevníků a rozvíjení vrstevnických vztahů (Steele, 2002). Překvapivě málo pozornosti je věnováno citové vazbě ve vztazích s prarodiči. To může být důsledek společenského vývoje a výrazné sociální mobility, kdy rodiče s dítětem bydlí ve velké vzdálenosti od prarodičů, takže vytvoření vztahu podobnému přilnutí může být složitější, nemluvě o problematické zástupné roli prarodičů jako jedné z forem rodinné sociální opory.

Význam teorie citové vazby z hlediska sociální perspektivy a psychologie zdraví

Z výzkumu v uvedené oblasti je zřejmé, že pro sociální psychologii je problematika citové vazby důležitá, neboť jak již bylo zdůrazněno, významné vztahy založené na této zkušenosti (angl. *attachment experience*) si vytváříme celý život (Berlin, Cassidy, 1999). Navíc se promítají i do jiných kontextů než rodinného života, do systému vzdělávání, zdravotní péče, sociálního systému, prostě všude, kde jsme součástí sítě vztahů, bez nichž není v podstatě život možný. Teorie citové vazby je významná nejen pro výzkum partnerských či mezilidských vztahů, ale i pro studium vztahu jedince k různým sociálním skupinám a ke společnosti obecně. Příkladem takového významu je například studie Smithe, Murphyho a Coatese (1999), kteří zjistili, že lidé vnímají reakce na skupinu, jíž jsou součástí, značně odlišně, právě v závislosti na vlastní zkušenosti ve vztahu s významnou osobou (angl. *significant other*). Další význam teorie spočívá v ovlivnění schopnosti zvládat zátěžové situace, čelit problémům a také je překonávat. S tím úzce souvisí i zvládání či redukce úzkosti, kterou prožíváme v situaci ohrožení, nebo když vyhodnotíme podnět/situaci/problém jako přesahující naše možnosti zvládání. Jedním ze způsobů redukce úzkosti v náročné

situaci (angl. *stressful event*) je vyhledávání přítomnosti druhých, kontakt s jinými lidmi či přímo žádost o pomoc. Pokud se lidé nacházejí v ohrožující či zúzkostňující situaci, často se obracejí na někoho, kdo jim je blízkýí a mohl by je uklidnit, poskytnou pomoc či citovou oporu. Zdali vyhledáme blízké osoby ve snaze zvládnout situaci a redukovat pocit úzkosti záleží na naší rané zkušenosti ve vztahu s rodičem/pečovatelem (angl. *attachment experience*). Jedinci, pro něž byli rodiče vždy dostupní a reagovali přiměřeně na jejich potřeby, když prožívali úzkost nebo strach, si téměř jistě vždy vybudují jistý styl připoutání. Ostatní lidi vnímají jako důvěryhodné, spolehlivé a ochotné pomoci. Naopak jedinci, jejichž rodiče nebyli vnímaví k jejich potřebám, spíše reagovali málo nebo je odmítali, ve vážnějších případech dokonce duševně či tělesně týrali, si spíše budují nejistý styl připoutání. Zpravidla takoví jedinci volí tzv. vyhýbavý styl, pro nějž je příznačný odstup od druhých, případně cynický názor na ostatní lidi jako nedůvěryhodné a nespolehlivé.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že schopnost požádat o pomoc v nouzi je nezbytnou součástí zvládacích strategií v náročné situaci, jejíž zvládnutí přesahuje naše možnosti. Seriózní práce dokládají, že v případech sociální deprivace, sociálních problémů, vyloučení apod. byl jeden z nejsilnějších protektivních faktorů pozitivní, podporující, intimní vztah. Totéž platí i pro duševní zdraví. Existence podpůrného vztahu (angl. *secure attachment relationship*) signifikantně zvyšuje odolnost (angl. *resilience*) a snižuje pravděpodobnost výskytu deprese a potřebu medikace u žen (Brown, Harris, 1990) S těmito poznatky jde ruku v ruce nedávná srovnávací studie léčby deprese. V studii tzv. *London Depression Intervention Trial* byla srovnávána antidepresivní farmakoterapie s párovou systemickou terapií. Překvapivě se párová systemická terapie ukázala jako účinnější aniž by byla nákladnější než psychofarmakologická léčba. Neméně pozoruhodné zkušenosti popsali zkušení britští terapeuti Asen a Jonesová, kteří se v psychoterapeutické větvi studie účastnili. Podle nich je deprese často vztahovým fenoménem, označení deprese může mít mnoho významnou a také hrát různou roli v rodinné dynamice (Asen, Jones, 2000).

Zcela samostatnou kapitolou je propojení teorie citové vazby, zejména současného výzkumu v toto oblasti, s výzkumy biologickými ve smyslu vyjasnění vlivu určité formy vazby na fyziologické a patofyziologické procesy, následně pak na zdraví a rozvoj nemoci. Díky bezprecedentnímu vývoji technologií a zdokonalení zobrazovacích metod je na počátku 21. století možné velmi detailně zkoumat rozmanité procesy odehrávající se v nejsložitějším lidském orgánu – mozku. Někteří přední odborníci na studium vývoje mozkové tkáně, neuronální sítě a funkce mozkových struktur přinášejí stále více důkazů o tom, že na vývoj centrálního nervového systému mají kromě genetických faktorů i faktory environmentální.

Mezi ně logicky patří i prostředí rodiny a interakce, jež se v ní odehrávají zvláště v prvních měsících a letech života jedince. Tato problematika se úzce vztahuje jak k teorii citové vazby, tak k psychologii zdraví, jež se zabývá mimo jiné vlivem psychosociálního stresu na biologické procesy a zvýšení rizika vzniku onemocnění.

Že jsou kvalita vztahů a vzájemné interakce důležité nejen pro chování (které dle systemického pohledu povstává z interakcí dítěte s významnými blízkými, zejm. rodiči), ale i pro zdraví jedince, dokládají četné výzkumné práce. Např. Kobak (1999) zjistil, že děti s vyhýbavými projevy nejistého stylu citové vazby (angl. *avoidant attachment pattern*) vykazují známky značného fyziologického rozrušení (angl. *arousal*). Totéž platí pro mladé jedince s úzkostnými projevy nejisté formy (angl. *anxious/preoccupied attachment pattern*). Přední odborník na neurobiologii Schore na základě vlastních i mnoha dalších jiných výzkumů uvádí, že sociálně emoční interakce mezi pečující osobou a dítětem v raných fázích mají signifikantní dopad na vývoj dětského mozku (Schore, 2001). V svém konceptu regulace argumentuje, že první sociální zkušenosti ovlivňují vývoj regulačních systémů v mozku, které se účastní v procesech regulace kognice, afektivity a chování jedince. Podle Schora lze ve vývoji mozku určit kritická či citlivá období, charakteristická intenzivním růstem a synaptickou produkcí. Během těchto období dítě nutně potřebuje určitou formu sociální a emoční zkušenosti. Vztah s pečující osobou (angl. *attachment relationship*) poskytuje oporu pro zvládání energeticky náročných fyziologických stavů. V těchto momentech je vnímavost a odezva ze strany pečující osoby klíčová (Schore, 2001). Podle některých výzkumů má dokonce matčino jednání vliv na fyziologii kojence (Hofer, 2006). Afekty, které jsou důležitou součástí interakcí a prožitků v rámci emočně významného vztahu, považuje Hofer za součást lidského psychologického imunitního systému, který jedince varuje před nebezpečím, zejména sociální povahy. Bezpečný vztah je ve světle těchto konceptů emočním ekvivalentem fyzické obrany imunitního systému. V raném dětství vybudovaná regulace emocí v bezpečné citové vazbě může podstatně pozměnit procesy podmiňující strach, které probíhají v amygdale (Le Doux,1995) nebo ve spojích mezi prefrontální kůrou a limbickým systémem (Schore, 2001) Zvířecí modely také přesvědčivě dokumentují účinky raného stresu na řadu neurobiologických systémů, včetně osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny, dopaminergní, serotoninergní a noradrenergní systém (Bremner a Vermetten, 2001). Je prokázáno, že raný stres je spojen s celoživotně zvýšenou senzitivitou noradrenergního systému (Francis, Caldji, Champagne a kol., 1999).

Emoční a narativní procesy, jež jsou součástí rodinných interakcí a bezprostředně souvisí i se formou resp. kvalitou citové vazby jsou považovány za významné faktory i u

některých patologických či tzv. psychosomatických projevů. Bohaté poznatky z výzkumu i klinické praxe jsou k dispozici například u poruch příjmu potravy nebo u tzv. somatoformních poruch v dětství a dospívání. Například u poruch příjmu potravy Dallos (2004) popisuje specifika, která se týkají komunikace a kvality citové vazby v rodinách, jež se potýkají s problémem bulimie či anorexie u dospívajícího jedince. Upozorňuje na výskyt typických vzorců, jež jsou charakteristické vyhýbání se konfliktu, neschopností hovořit o vztazích, emocích/ vyjadřovat emoce. Tyto typické interakční vzorce jsou konsistentní s transgeneračně předávanou zkušeností nejistého citového „připoutání“ (angl. *insecure/avoidant attachment*) (Dallos, 2004). Různé empirické studie potvrzují v těchto rodinách nejen specifickou formu citové vazby, jenž je předávána z generace na generaci, ale také nižší stupeň rodinné soudržnosti, problémy s vyjadřování emocí, i v komunikaci o emocích včetně nižší úrovně reflektujících schopností (Ward, Ramsay et al, 2001; Latzer et al, 2002).

Typické vzorce chování, styly přilnutí včetně transgeneračního přenosu dokládají výzkumy i u tzv. somatoformních poruch. Současní odborníci na problematiku přilnutí se domnívají, že u rodin s projevy somatizace lze popsat specifické interakční vzorce, jež jsou nápadné právě absencí schopnosti vyjádřit pocity. Rodiny se somatizací jsou charakteristické zvýšenou úzkostí v otázkách zdraví a emočním odstupem mezi jednotlivými členy (Macfie et al, 2005). Přibývá poznatků, že vzorce citové vazby/interakční vzorce společně se zpracováváním a vyjadřováním emocí v rodině jsou předávány napříč generacemi. To samé platí i v případě projevů somatizace, které obvykle přetrvávají z dětství do dospělosti a přenášejí se do dalších generací (Craig et al, 2002, 2004). Jedna z posledních studií zaměřených na vyjadřování emočních potřeb a poskytování péče v interakci mezi matkou a dítětem (Bialas, Craig, 2006) přináší další poznatky o možných způsobech přenosu somatizačních projevů napříč generacemi. Dílčím výsledkem této studie je potvrzení již popsaného fenoménu, kdy matky mající somatoformní potíže častěji považují své dítě za nemocné. Vyhledávají častěji lékaře a jsou citlivější na ty projevy dítěte, které se týkají zdraví nebo pocitu bezpečí. Zároveň mají méně rozvinutou vnímavost k jiným potřebám vyjadřovaných dítětem a často je kromě somatoformních potíží trápí i úzkosti či deprese (Bialas, Craig, 2006; Whaley et al, 1999). Podle současných psychosomatických modelů, na které upozorňují uvedení autoři, je selhávání vzájemně propojených emočních a fyziologických auto-regulačních procesů v průběhu života relativně stálé a významně souvisí s počátky vytváření vztahových vazeb v rodině, zejména mezi matkou a dítětem. K podobným

závěrům dospívají někteří neurobiologové, např. v textu již citovaný Schore (2001) nebo Siegel (2001).

Význam narativních schopností a vyprávění pro zdraví

Využití narativní metafory v psychoterapii a vůbec narativní koncept zdůrazňující příběh jako hlavní organizující princip jak pro porozumění tak pro terapeutický proces nemusí být pro dosažení úspěchu v terapii dostačující, pokud není brána v potaz úroveň vyprávěcích či narativních dovedností lidí, s nimiž se terapeut setkává. Vytváření příběhů považováno za přirozenou lidskou vlastnost, jejíž smysl pro jedince spočívá v porozumění vlastní životní zkušenosti, svým prožitkům a svému životu jako celku. Tento proces umožňuje souvisle organizovat a pamatovat si důležité události vlastního života společně s integrací myšlenek a pocitů. Tím získává člověk důležitý pocit předvídavosti a možnosti kontroly (nebo autorství) nad vlastním životem. Významné události, intenzivní prožitky, traumata a obecně stresující okolnosti apod. jsou díky narativní organizaci snadněji zvladatelné. Strukturování traumatizujících událostí a prožitků v narativní formu přispívá k integraci myšlenek a pocitů, jež jsou s těmito událostmi spojené. To je nutné k překonání, zvládání či řešení těchto okolností; jde o nezbytnou součást zvládacího procesu (Pennebaker, 1999).

Schopnost strukturovat životní události a prožitky s nimi spojené v koherentní celek, jenž je možné nazvat příběhem, není ale takovou samozřejmostí, jak se může na první pohled zdát. Kromě mnoha dalších rysů se odlišujeme od sebe navzájem i v tom, jak jsme schopni své prožitky, myšlenky, životní události v narativní formu propojit. Na rozvoj tzv. narativních schopností má vliv řada okolností, různí autoři zmiňují především vliv blízkých rodinných vztahů, respektive jejich kvalitu či absenci, a také zpracování různých emočně významných událostí v rodině mezi rodinnými členy. Přestože výzkum v této oblasti rozhodně není u konce, shodují se různí autoři v tom, že se učíme zpracovávat prožitky a události v narativní fomě již od útlého dětství a tato schopnost je považována za důležitý faktor pro vyrovnaný emoční život a duševní zdraví (Pennebaker, 1999; Dimaggio, Semerari, 2004). Stejně tak je v současné době k dispozici výzkum s dlouhodobě konsistentními výsledky, jež dokládá pozitivní vliv vyprávění, verbálního či v písemné formě, na duševní i tělesné zdraví. První studii na toto téma provedl Pennebaker (1988), obdobné výzkumy s různými obměnami opakovali jeho následovníci.

Výzkum Jamese Pennebakera:

V prvním experimentu Pennebaker s kolegy vyzval studenty-dobrovolníky, aby po následující čtyři dny věnovali 15 minut psaní o svých osobních prožitcích. Studenti byli rozděleni do dvou skupin; zatímco tzv. kontrolní skupina měla psát o emočně neutrálním tématu (např. popis místnosti, v níž pracovali, nebo vlastní obývací pokoj), druhá, experimentální skupina byla vybídnuta k tomu, aby psali o nějaké emocionálně významné či traumatické události. Základní otázka, jež stála v pozadí tohoto výzkumu zněla, zdali možnost vyjádření emočních prožitků psanou formou ovlivní zdraví jedince, respektive fyziologické procesy lidského organismu. Výzkumná otázka též souvisela s poznatky o vlivu traumatu na člověka a rozdílech ve zvládání traumatické události na jedince.

Pennebaker uvádí, že „nutkání" člověka sdílet s někým tíživé pocity spojené s nějakým traumatem patří k základním lidským pořebám. Zároveň připomíná, že v případě některých extrémně traumatizujících zážitků je pro mnoho lidí obtížné verbální sdílení, a proto je třeba zvážit jinou formu vyjádření (Pennebaker, Niederhoffer, 2002).

Výsledky první studie zaměřené na vliv písemného zpracování emočně významných prožitků předčil očekávání výzkumníků, uvedeme je proto stručně v následující tabulce.

Tabulka č.9. Vyprávění a zdraví

(upraveno dle Pennebaker, Seagal, 1999; Pennebaker, Niederhoffer, 2002)

1. Intuitivní potřeba svěřit se s prožitky (angl. *disclose*)
2. Četnost tragických a deprimujících příběhů ve skupině studentů pocházejících z tzv. vyšší střední vrstvy (znásilnění, rodinné násilí, suicidální pokusy, abusu drog)
3. Krátkodobě negativní vliv na psychický stav (např.projevy napětí, úzkosti apod. během či po rozhovoru o traumatických událostech)
4. Krátkodobě pozitivní vliv na fyziologické procesy (snížení krevního tlaku, svalového napětí, kožní vodivosti)
5. Dlouhodobě pozitivní vliv na celkové zdraví (nižší návštěvnost u lékaře v následujícím roce, pozitivní změny v biologických procesech týkajících se imunitního systému)

Dle Pennebakera a Seagala (1999) tyto výsledky byly replikovány bez ohledu na věk, pohlaví, kulturní či společenské rozdíly i osobnostní založení. S využitím textové analýzy bylo též zjištěno, že z písemného vyjádření měli největší užitek ti účastníci experimentu, kteří ve vysoké míře užívali slova vyjadřující pozitivní emoce, přiměřené množství negativních

výrazů a v jejichž textu postupně narůstal počet „kognitivních“ výrazů, tedy výrazů, jimiž vyjadřovali kauzální vztahy a vlastní porozumění v souvislosti s popisovanými, emočně významnými událostmi.

Pennebaker a Niederhofferová (2002) ve svém přehledném zpracování svých teoretických předpokladů zdůrazňují, že při zkoumání vyprávění s významným dopadem na fyziologické jevy lze rozlišit několik vzájemně propojených procesů: emoční inhibici, kognitivní zpracování a lingvistické procesy, které se odehrávají v kontextu vyvíjejících se sociálních vztahů (angl. *social dynamics*). Pokud nemáme možnost sdílet své prožitky, hovořit o významných událostech, dochází k jistému útlaku pocitů, myšlenek či chování v souvislosti s emočním rozrušením (angl. *emotional upheaval*). Jde o formu omezení či potlačení (angl. *inhibition*), které se též odráží ve fyziologické rovině, v aktivitě autonomního a centrálně nervového systému (Pennebaker, Niederhoffer, 2002). Pokud čelíme nějaké zátěžové situaci, traumatickým událostem, které zásadně mění kurz našeho života, brání realizaci našich životních tužeb či cílů, snažíme se najít smysl takového dramatického a často neočekávaného dění, neboli věrohodné vysvětlení. Uvedení autoři připomínají význam sociálního rozměru, kdy potřeba sounáležitosti, vztahu je i v této souvislosti klíčová. Nestačí pouze organizovat své prožitky a události vlastního života v jakoukoli narativní formu. Užitek a zejména ozdravný charakter spočívá především ve vytvoření příběhu – smysluplného způsobu chápání svého života jako celku - který je srozumitelný a zároveň sdělitelný. Nesdělitelnost, nemožnost intenzivní emoční prožitky sdílet s druhými lidmi vede k sociální separace člověka od důležitých osob, od komunity.

V klinické praxi tzv. psychosomatické medicíny, která čerpá z různých psychologických teorií a psychoterapeutických škol, je souvislost mezi různými traumatickými životními událostmi, omezenému sdílení této události spolu s prožitky a nejrůznějšími tělesnými projevy dobře známa. Přestože prosazení tzv. psychosomatické perspektivy do medicíny naráží na nejrůznější překážky, existují různé práce, které tzv. psycho-somatické souvislosti přímo či nepřímo dokládají. Pozitivní vliv vyprávění na zdraví a na fyziologické projevy organismu zkoumali mnozí autoři u různých diagnostických kategoriií. Pennebaker et al. (1988) a Kiecolt-Glaserová et al.(2002) publikovali přehled poznatků o vlivu psychické pohody a sdílení nepříjemných prožitků na funkčnost imunitního systému jedince.V jiné práci autoři Smyth et al (1999, 2001) popsali pozitivní vliv písemného zpracování myšlenek a pocitů souvisejících s traumatickou zkušeností u pacientů s diagnózou astmatu a revmatoidní artritidy. Výslekdy nedávno publikovaného výzkumu ukazují, že práce z pocity a myšlenkami prostřednictvím tzv. expresivního psaní u lidí s diagnózou závažného

onkologického onemocnění přispívají signifikantně k lepší kvalitě života, psychickému zlepšení a zvládání této náročné životní situace (Morgan et al, 2008).

Narativita jako integrující koncept v psychoterapii

Vzhledem k tomu, že narativita ve smyslu vyprávění, sdílení příběhů (rekonstrukce, přepracování, modifikace apod.) je neodmyslitelnou součástí psychoterapie jakékoli teoretické orientace, můžeme ji spolu s jinými odborníky tento koncept považovat za jakýsi jednotící či integrativní koncept. Na integrující charakter narativní metafory upozorňují Angus a McLeod (2004), podle nichž reprezentanti různých psychoterapeutických škol považují klientovo vyprávění, neboli narativní vyjádření jako společný základ psychoterpaeutického diskurzu a zároveň za klíčovou složku klientovy schopnosti reflexe (angl.*client reflexivity*) a lidské aktivity, schopnosti zvládat problémy apod. (angl.*human agency*). Z tohoto závěru vyplývají některé důsledky pro praxi a výzkum, které mohou ovlivnit další vývoj této rozmanité disciplíny, která je zároveň kulturním fenoménem současné společnosti.

Tyto důsledky uvádíme v následující tabulce, abychom se pak detailně věnovali pojednání citovaných autorů na toto téma s doplněním vlastní zkušenosti.

Tab.č.10. Narativita jako integrující koncept
(upraveno dle Angus, McLeod, 2004)

1. Narativní vyjádření je základní činností, která se podílí na utváření Self.
2. Narativní koncept zahrnuje několik různých vyprávěcích struktur.
3. Vyprávění je samo o sobě základním terapeutickým procesem.
4. Terapeutická aliance vzniká z vyprávěcí aktivity klienta.
5. Účinná terapeutická práce zahrnuje citlivost k narativní multiplicitě.
6. Účinná psychoterapie zahrnuje citlivost k posunům mezi různými formami vyprávění.
7. Emoce jsou významným znakem subjektivního významu v příbězích.
8. Narativní koherence je významným indikátorem subjektivního pocitu spokojenosti klienta (angl. *well-being*).

Bruner, jako jeden z prvních, upozornil na to, že pro vytvoření pocitu identity či jáství (angl. *selfhood*) je schopnost vyprávět naprosto nezbytná. Jde o schopnost zachytit vlastní zkušenost ve stuktuře příběhu, která je důležitá pro sdílení této zkušenosti s ostatními lidmi. Tato schopnost je také důležitá pro porozumění sobě sama, svého života a má souvislost i s dalšími faktory, jež se týkají zdraví, jak jsem uvedli v jedné z předchozích kapitol. Příběhová struktura svým propojením událostí v čase vyjadřuje dočasnost lidské existence (všem lidem společný úděl) a zachycuje osobní zkušenost a prožitky v časovém kontextu.

Když naslouchám lidem v terapeutické místnosti, a nejen v ní, můžeme v jejich vyprávění rozlišit různé „typy" příběhu, které se vztahují k různým aspektům (např. porozumění svým prožitků či chování, obvyklé způsoby komunikace s různými lidmi, spouštěcí faktory při vzniku některých potíží, vytváření terapeutické aliance s terapeutem atd.). Tzv. habituální příběhy popisují to, co se obvykle odehrává. Prostý popis nese pouze „suchá" fakta, beze stop dramatu, konfliktu, napětí či nějakého zvláštního významu. Příkladem může být tzv. slovní vata, kterou někdy v terapii vnímáme a domníváme se, že nepřináší žádné podstatné informace a že odvádí nás i člověka od sdělení, toho „skutečně" důležitého. Přesto i v tomto případě může jít o významné kontextuální informace, byť nezahrnují poznatky o úmyslech, přáních, cílech či emočních prožitcích klienta. Naproti tomu osobní příběhy (angl. *micronarratives, relationship episodes*) přibližují terapeutovi a vlastně často i samotnému klientovi vstupní bránu do jeho prožitků a vnitřního světa.

Různé psychoterapeutické směry se liší v tom, jakým způsobem k těmto příběhům přistupují a jak využívají obsah či strukturu příběhů k dosažení terapeutické změny. Životní příběh (angl. *macronarrative, life script, self-concept*) vyjadřuje celkový pohled, směřování či pojetí vlastního života. Jedná se o celostní pohled, vyjadřující příběh individuální života jako takového s jeho osobním významem pro daného člověka. Ten je zpravidla v zorném poli existenciálně zaměřeného terapeuta. Také je možné identifikovat ve vyprávění klienta takzvaný kulturně vázaný příběh, který člověka ovládá, omezuje jeho nazírání na vlastní možnosti a preferované životní směřování. Jde zpravidla o tzv. normativní dobové příběhy (angl. *discourses, dominant cultural narratives*), jež se dotýkají důležitých aspektů lidské existence (krása, úspěch, zdraví, smysl života apod.) Zejména narativní terapeuti inspirovaní sociálním konstrukcionismem a filozofy Foucaltem, Derridou a Ricouerem a dalšími teoretiky obrátili pozornost na možné důsledky toho, když se tyto kulturní příběhy stanou jedinými organizujícími principy pro vlastní život, často společně s hodnotícím faktorem.

Je zřejmé, že vyprávění o svých potížích a své zkušenosti je základním organizujícím procesem, který je nezbytný pro reflexi a utváření významů v průběhu psychoterapie. Sama

možnost vyprávět někomu svůj úděl má léčebný potenciál, neboť v terapeutické místnosti má v tom lepším případě možnost člověk vyprávět i ty příběhy, které by jinde nebylo možné vyprávět. Tato možnost sama o sobě může poskytnout člověku pocit, že je respektován, že se o něj někdo zajímá, že je někdo ochotný vyslechout i ty nepříjemné, konfliktní či jinak problematické aspekty života. I v případě individuální psychoterapie se neobjevují v terapeutické místnosti pouze příběhy samotného klienta, či případně terapeuta. Jak podotýká McAdams (2000) či někteří terapeuti z oblasti tzv. *collaborative approaches* (Andersen,1993; Anderson, 2007), v průběhu vyprávění zaznívají různé hlasy a vždy je přítomen někdo další, kdo minimálně v symbolické podobě naslouchá. Člověk přicházející do terapie sám s sebou nevyhnutelně do terapie přináší své rodiče, partnery, kolegy apod. Terapeut se má snažit o to, aby zazněly tyto často protichůdné anebo se doplňující hlasů, pokud nechce posilovat moderní, často kritizovanou, představu autonomního, nezávislého a individuálně se vyvíjejícího jedince, v němž jediném se nalézají příčiny jeho problémů. Důležité je také, aby se dařilo usnadnit klientovi posun mezi různými mody vyprávění, aby neustrnul u pouhé reprodukce faktů či událostí, bez dotknutí se emoční, významové či morální roviny.

Zvláště emočním prožitkům je věnována pozornosti i v souvislosti s narativním konceptem. Emoce jsou v současnosti chápány jako důležité orientační body, které opět nejsou pouhým produktem individua, ale jsou součástí významných vztahů jedince. Vždy cítíme něco ve vztahu k něčemu důležitému nebo ve vztahu k někomu důležitému. Různé studie dokládají, že pro klienta je důležité začlenění emočně významných událostí do koherentní příběhové struktury. Pokud se to z různých důvodů nedaří, může mít nezpracovaný a do koherentního příběhu neintegrovaný prožitek negativní dopady na psychické i tělesné projevy. (Dimaggio, Semerari, 2004). Kromě toho je koherentní uspořádání různých událostí, prožitků a příběhů indikátorem pozitivního výsledku psychoterapie. Coulehan et al (1998) na emoční aspekty ve vztahu k narativnímu posunu a terapeutické změně poukazuje též u rodinné terapie. Na základě studie zaměřené na identifikaci významných momentů v terapeutickém sezení Coulehan tvrdí, že ve všech okamžicích v terapii, které předznamenaly terapeutickou změnu, došlo k výraznému posunu od původně obviňujícího postoje k dítěti k více podpůrné a pečující pozici. V každém úspěšném sezení byl posun k naději spojen s vyjádřením lásky a náklonnost. (Coulehan, Friedlander, Heatherington, 1998).

Integrativní potenciál spolu s praktickými i výzkumnými možnostmi, jež se vážou k narativnímu konceptu či narativní metafoře v psychoterapii můžeme v závěru vyjádřit slovy Angusové a McLeoda (2004). Podle nich je hlavní přínos narativního konceptu v tom, že ze zdánlivě oddělené, do sebe uzavřené discipliny se psychoterapie postupně proměňuje v obor,

jehož podobu mohou kromě psychologie či medicíny kladně ovlivnit i jiné relevantní oblasti poznání, jako například antropologie, lingvistika, filozofie, ale také neurovědy a další discipliny. V medicíně je potenciál narativního konceptu téže hmatatelný. Nejčastěji totiž bývají pacienti nespokojeni nikoli s manuální dovedností lékaře či s jeho důkladnými znalostmi anatomie či farmakologie, ale s jeho nedostatečnou schopností naslouchat, vést dialog a sdílet adekvátním způsobem pacientovo zdravotní trápení, navíc má pro něho často negativní dopady na nejrůznější oblasti života, snižuje kvalitu života nebo mu délku života dramaticky krátí. Nutno v této souvislosti ještě podotknout, že i lékař je v tomto případě stále více omezován některými neblahými důsledky společenského vývoje a stavem zdravotnického systému. Jedná se zejména o dominantní biomedicínskou perspektivu, v níž navzdory proklamacím a dostupnému výzkumu není vliv psychosociálních faktorů na zdraví a nemoc považován za významný. S tím souvisí i tendence k medikalizaci lidského života a spoléhání na farmakologické, chirurgické a nyní i na genetické řešení různých zdravotních problémů. Navzdory těmto okolnostem se zdá, že bez možnosti vyprávění a sdílení příběhů se i v době rapidního technologického rozvoji v medicíně a v tzv. pomáhajících profesích neobejdeme.

3. Aplikační část

Cílem aplikační části disertační práce je popsat využití, resp. aplikaci narativního přístupu v psychoterapii/rodinné terapii z pohledu terapeuta, ale i klientů. Realizace tohoto cíle bude založena na zpracování případových studií, jejichž součástí bude pohled kteří, kteří narativně zaměřenou psychoterapii/rodinnou terapii absolvovali. Tento pohled byl získán s pomocí otevřeného dotazníku. Vybrané případy (angl. *case studies*) mají společný rys; jedná se o příběhy, v nichž se prezentovaný problém nebo potíže klientů nacházejí na pomyslné hranici biomedicíny a psychologie.

Před tím, než se zaměříme na případové studie, uvedeme krátce některé poznatky, jež se týkají výzkumné metodologie v psychoterapii, zvláště pak té kvalitativní, neboť z ní vychází i způsob zkoumání v této práci.

Kvalitativní a kvantitativní výzkum

V oblasti současné vědy a výzkumu můžeme rozlišit tři základní přístupy: kvantitativní, kvalitativní a smíšený přístup. Kvantitativní metodologie výzkumu vychází z přírodních věd a to i v případě zkoumání ve vědách sociálních, v psychologii a psychoterapii. Kvantitativní výzkum pracuje s hypoteticko-deduktivním modelem, koncepty a hypotézy se testují pomocí měření, experimentů, strukturovaného sběru dat, která jsou pak dála analyzovaná statistickými metodami. Kvalitativní výzkum čerpá z hermeneuticko-narativní tradice a fenomenologie a zahrnuje řadu rozmanitých výzkumných metod. Hendl (2005) ve své publikaci věnované kvalitativnímu výzkumu cituje metodologa Creswella, který definoval kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění, jež je založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník tvoří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.

Hendl (2005) ve své publikaci věnované kvalitativnímu výzkumu odkazuje na L.J.Cronbacha, který, ač sám aktivní v kvantitativní metodologii, pochyboval o tom, že v sociálních vědách lze pracovat s teoriemi podobných vlastností, jako mají teorie v přírodních vědách, tedy fyzice a biologii. Sociální svět je natolik složitý a navíc se proměňuje v čase, takže jednoduché teorie jsou neužitečné, navíc musí být s ohledem na čas a lokální zvláštnosti neustále revidovány. Z toho důvodu Cronbach doporučuje používat více interpretativních metod, které zajišťují dokonalý popis situace namísto metod využívajících náhodné výběry, experimentování a kvantitativní analýzu. Např. v medicíně tolik uznávané metaanalýzy podle Cronbacha nejsou pro výzkum komplexních sociálních problémů nejvhodnější, protože agregují data napříč mnoha působícími proměnnými, takže nebývá jasné, jak mohou výsledky metaanalýzy zohlednit lokální požadavky konkrétního uživatele. Kromě Hendla se podrobně problematice kvalitativního výzkumu v psychologii věnuje Miovský (2006). Detailnějšímu výkladu o tomto tématu se tedy nyní vyhneme, pojednání o kvalitativním výzkumu v psychologii není ani cílem této práce. Zaměříme se podrobněji na kvalitativní metodologii zkoumání v současné psychoterapii.

Výzkum v psychoterapii

V psychoterapeutickém výzkumu došlo v posledních dvaceti letech k výraznému vývoji. I v této oblasti lze rozlišit výzkum kvalitativní a kvantitativní, ale řada výzkumných projektů používané metody kombinuje.

Zjednodušené tématické rozlišení psychoterapeutického výzkumu uvádí Vetere s Dallosem (2005) podle typu otázek, které si výzkumník klade:

1. Otázky týkající se hodnocení (angl. *evaluation*, *outcome research*); např. Je krátká terapie orientovaná na řešení efektivní?, Jaký je výsledek srovnávání účinnosti kognitivně behaviorální a systemické terapie u lidí s diagnózou deprese?
2. Otázky zaměřené na psychoterapeutický proces; např. Jakou roli hraje terapeutická aliance v rodinné terapii? Jak subjektivně prožívají klienti využití reflektujícího týmu?
3. Otázky týkající se teoretických koncepcí v psychoterapii; např. Jaké vzorce připoutání jsou typické v rodinách, v nichž má někdo potíže charakteru panické poruchy?

McLeod (2003) upozorňuje na přetrvávající napětí mezi dvěmi hlavními polarizujícími tendencemi v současném výzkumu. Na jedné straně je to tradiční přístup přírodních věd, jejichž představitelé se snaží identifikovat tzv. přírodní zákony, které jsou univerzální, existující objektivně a nezávisle na historickém či společenském kontextu. Cílem je tyto zákony poznat, pochopit lineárně kauzální vztahy a následně předvídat a kontrolovat rozmanité fenomény. V psychoterapii tento přístup reprezentuje výzkum účinnosti, v němž je v současnosti patrný výrazný vliv tzv. medicínského modelu a design studií vychází z farmakologických studií porovnání účinnosti různých preparátů s placebem či mezi sebou navzájem. Na druhé straně je to rozvíjející se výzkum kvalitativní, jenž je inspirován hermeneutikou a jenž je svou podstatou interpretativní, kdy výzkumník se snaží porozumět „textu“ či „výpovědi“ (např. umělecké dílo, přepis terapeutického sezení apod.) v nějakém interpretačním významovém rámci. V opozici vůči dominantnímu positivistickému paradigmatu zastánci hermeneutické filozofie a kvalitativního výzkumu zastávají názor, že lidské poznání má kontextuální povahu a k porozumění je nutné vždy zaujmout nějakou perspektivu, vždy jde o proces interpretace. Kvalitativně zaměřený výzkum lze považovat za systematické hledání porozumění či zkoumání toho, jakým způsobem lidé chápají své

prožitky, o jaké významy se opírají při hledání smyslu a jaké významy jim slouží v orientace ve svém životě. Zjednodušeně řečeno, kvalitativně zaměřený výzkumník se snaží dobrat porozumění, kvantitativně zaměřený výzkumník se pokouší měřit různé proměnné a zkoumat jejich vzájemné vztahy. Někteří kvalitativně zaměření výzkumníci se hlásí k sociálně konstrukcionistické perspektivě Gergena (1999) jež klade důraz na to, že produktem výzkumu nejsou fakta či výsledky jako přesný odraz objektivní reality, ale verze života (světa), která povstává neboli je konstruován výzkumníkem, anebo společně konstruován výzkumníkem a participujícími osobami. Není tedy překvapivé, že McLeod (2001) považuje filozofii sociálního konstrukcionismu za současnou verzi hermeneutiky.

McLeodem uvedenou polarizaci reflektují již zmíněné způsoby organizace zkušenosti konstrukce reality nebo mody poznávání, které Bruner (1987) pojmenoval jako paradigmatický (logicko-vědecké), v němž se snažíme naplnit ideál přesného matematického vyjádření a vysvětlení určitého fenoménu, a narativní. Naproti tomu v narativním modu pracujeme podle Brunera s „dost dobrými příběhy, strhujícími dramaty, uvěřitelnými (ale nikoli nezbytně pravdivými) událostmi“ (Bruner, 1987, str.12-13). Oba mody, stejně jako kvalitativní a kvantitativní metody v psychoterapeutickém výzkumu jsou bezpochyby komplementárními, společně existujícími formami poznávání, které jedině společně mohou aspirovat na důkladné poznání či porozumění. V následující části krátce pojednáme o narativních přístupech kvalitativního výzkumu v psychoterapii.

Případová studie jako metoda výzkumu v psychoterapii

Oblast kvalitativního výzkumu v psychologii a v psychoterapii je velmi různorodá, podrobně je o nich referováno jinde, například u nás Miovský (2006) v zahraničí McLeod (2003). Zde se zaměříme podrobněji na metodu případové studie.

Případová studie (angl. *case study, qualitative case sudy, narrative case study*). Je jednou z mnoha metod kvalitativního výzkumu. Tato metoda v mnoha aspektech ztělesňuje některé klíčové rysy kvalitativního výzkumu v psychoterapii jak je uvádějí Dallos a Vetere (2005):

- Zaměření na porozumění, například významům, které lidé připisují svému chování, prožitkům a úmyslům. (pozn. i potížím)

- Důraz na bohatý popis nějakého fenoménu s umožněním vyjádřit perspektivu všech účastníků, např. poskytnutím kontextualizovaných doslovných výpovědí jednotlivých účastníků v terapii.
- Předpoklad, že lidská zkušenost a chování musí být nahlížena v kontextu a v maximálním komplexitě.
- Důraz na subjektivitu a uznání určité jedinečnosti individuální zkušenosti a chování.
- Přijetí interpretativního postoje (angl. *interpretative stance*); předpokládá se, že porozumění zahrnuje proces interpretace.
- Osvojení si reflektujícího postoje – interpretace dat je alespoň zčásti subjektivní a je formována výzkumníkovou předchozí zkušeností, předpoklady a postoji, které se mohou stát transparentními prostřednictvím dialogu.

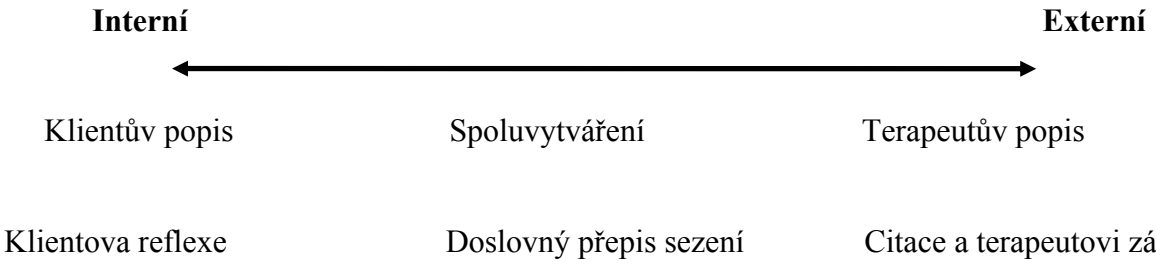
Historie případové studie jako metody zprostředkování terapeutického procesu, terapeutových hypotéz o etiologii potíží a ukázky terapeutického působení k dosažení změny je stejně dlouhá, jako historie samotné psychoterapie. Někteří významní psychoterapeuti, zakladatelé dnes etablovaných škol, v minulosti prezentovali či publikovali případy z praxe, kterými demonstrovali charakteristické rysy svých teorií i praxe. Své reprezentativní „případy“ měli zejména psychoanalytici Freud, Jung, Adler, ale také Watson, Rogers, nebo klasici rodinné terapie Jackson či Milton Ericsson, mají je i současní představitelé narativní terapie např. White s Epstonem nebo Madigan. Zpracování klinických případů v podobě příběhů je též v oblibě díky populárním knihám mezinárodně známých terapeutů Yaloma, Yovella a dalších. Přestože v hierarchii „důkazů“ v psychoterapeutickém výzkumu, jak o ní referují Fonagy a Roth (2005), nezaujímá tato metoda přední příčky, stále jde o vhodný způsob prezentace konceptů, metod a intervencí spojených s určitým terapeutickým přístupem.

Dallos a Vetere (2005) považují tzv. narativní případové studie ze legitimní způsob zkoumání a propojení praxe s výzkumem. Reprezentuje praktickou verzi reflektujícího modelu praktika a vědce ve vztahu ke klinické praxi, neboť „výzkum není pouze o *získání subjektů*, *tvorbě dotazníků* a *prací se statistikou*, ale lze ho chápat také jako určitý způsob uvažování a rozvoj klinického myšlení.“ (Vetere, Dallos, 2005, str.17). Navíc dle těchto autorů je důkladná a svědomitá klinická práce taktéž jistou formou zkoumání, neboť jako terapeuti musíme průběžně reflektovat vlastní působení, odezvu klientů, výsledek terapeutického působení nejen s ohledem na momentální terapeutickou spoluprácí ale i s ohledem na budoucí klienty. Narativní případová studie nabízí popis průběhu terapie,

poskytuje představu o tom, co se v průběhu terapeutické spolupráce událo, jak dění v terapeutické místnosti prožívali jednotliví účastníci. Může jít o popis terapeuta, jak vnímal průběh terapie, i o popis klientů. Je snahou o vytvoření souvislého a celostního příběhu dočasné spolupráce, příběhu terapeuta a klientů a kontextů, jichž jsou součástí. Kromě narativní případové studie uvádějí Dallos a Vetere (2005) další varianty případových studií. Dále zmiňují dimensionální povahu narativní případové studie, kdy se popis pohybuje mezi dvěma symbolickými ohnisky: terapeutovi či klientovi perspektivy viz. násl. schéma (Dallos, Vetere, 2005)

Tab.č.11. Narativní studie: interní versus externí dimenze

(Dallos, Vetere, 2006)



Narativní případové studie jsou zaměřené na hledání smyslu v příbězích, které lidé v terapii vyprávějí o své zkušenosti. Materiál užívaný v narativních případových studiích může pocházet z terapeutových poznámek během sezení, audio či video-nahrávek, následných rozhovorů, otevřených dotazníků, rozhovorů zaměřených na stimulaci vzpomínek ze sezení, denníků, projektivních technik apod. V porovnání s rozsáhlejšími, experimentálními formami výzkumu je případová studie subtilnější, přesto jde o snáze realizovatelný výzkum pouze zdánlivě. Výběr referovaných případů, způsob zpracování, otázka validity, etické aspekty apod. jsou některá z mnoha úskalí. Navíc hlavní námitkou proti případové studii je argument, že ani nejlépe prezentovaná, detailní případová studie neopravňuje ke generalizaci ohledně případů podobných.

Jeden z nejnáročnějších úkolů je dle McLeoda (2003) zpracovat případovou studii přesvědčivě, aby čtenáře zaujala. Strauss a Corbinová (1998) doporučují, aby vybrané případy byly něčím typické, zvláštní nebo teoreticky zajímavé. Zpracování případové studie lze opřít o různá kriteria, která shrnuje například Yin (1994) a to pro výzkum v oblasti managementu, vzdělání a sociologie. Domníváme se, že mohou být inspirativní i pro oblast psychoterapie a psychologie, proto je uvádíme v následující tabulce ve zkrácené a upravené podobě.

Tab.č.12. Kriteria pro dobrou případovou studii

(Yin, 1994, In McLeod, 2003)

- Význam (angl. *significance*): je vhodné vybrat případ, který je něčím zvláštní, jedinečný, objevný nebo slouží veřejnému anebo teoretickému zájmu.
- Celistvost (angl. *completeness*): čtenář by měl mít pocit, že rozumí „celku". Důležité jsou kontextuální a vůbec všechny relevantní informace
- Zvážení alternativních perspektiv: výzkumník by měl zvážit přednosti a význam alternativních vysvětlení a interpretací.
- Působivý styl (angl. *effective writing*) Yin doslova hovoří o tom, že výzkumník by se měl pokusit maximálně zaujmout, angažovat čtenáře.

Zdůvodnění výběru metody narativní případové studie

V aplikační část disertační práce, respektive její výzkumná část, se opírá o zpracování tří narativních případových studií společně s využitím otevřeného kvalitativního dotazníku, jenž byl zaměřen na subjektivní zkušenost klientů v narativně pojaté psychoterapii. Jaké důvody vedly k výběru těchto metod? Zvolení narativní případové studie lze podpořit výhodami, které dle Dallose a Vetere (2005) narativní případová studie nabízí:

- Umožňuje detailní a komplexní popis terapeutické spolupráce.
- Je možné využít více zdrojů materiálu.
- Je možné tento typ výzkumu začlenit do klinické spolupráce s klienty.
- Umožňuje terapeutovi prozkoumat terapeutický proces změny a intervence.
- Umožňuje terapeutovi prozkoumat způsob konstruování sdílené reality během terapie.
- Poskytuje příležitost k prozkoumání kausálních faktorů ve vztahu k procesu změny.

K tomu je možné doplnit i to, že zpracování narativní případové studie přispívá k tříbení vlastních konceptů zvážení jejich kladů i záporů a v neposlední řadě i získání odezvy klientů, která může vést k nezbytné sebereflexi a následnému zlepšení vlastního terapeutického působení. Zanedbatelný není ani další argument pro vobu této metody. Případovou studii Vetere a Dallos považují za formu tzv. uskutečnitelného (angl. *do-able*) výzkumu, který může realizovat i psychoterapeut vytížený v klinické praxi.

Začlenění otevřeného dotazníku není v souvislosti s narativní případovou studií zcela obvyklý, nicméně v kontextu současné diskuse, v níž se klade důraz na spolupracující étos a emancipatorní povahu výzkumu, je snáze pochopitelné. V psychoterapii je součástí společné práce terapeuta a klientů snaha porozumět sobě navzájem. V případě terapeuta pak navíc snaha podpořit klienta, aby byl schopen porozumět vlastní zkušenost, případně zvládnout náročné, zatěžující situace a překonat problémy, se kterými do terapie přichází. Na trend emancipatorního výzkumu v psychologii a sociálních vědách upozorňuje již citovaný Hendl (2005). V psychoterapii emancipatorní trend značí výraznější zájem o subjektivní zkušenost klientů a snahy zapojit do klienty do procesu výzkumu. Jako terapeuti potřebujeme vědět, jak klienti prožívají námi preferovaný terapeutický přístup, zdali je pro ně osvobozující anebo utlačující. Jinými slovy, zdali naše konání a inspirační zdroje, z nějž naše působení v terapeutické místnosti vychází, vnímají naši klienti jako prospěšné. Toto posuzování je snazší v případě individuální terapie, neboť v případě terapie rodinné alespoň zpočátku vnímají a prožívají terapeutovo působení členové rodiny různě.

V emancipatorně a kolaborativně založeném výzkumu je zohlednění zkušenosti účastníků/klientů považováno za samozřejmé. Dalším důležitým prvkem nejen zkoumání ale i terapeutického procesu je tzv. reflektivita. V průběhu terapie se terapeut musí nutně zamýšlet nad tím, jaké má jeho působení dopad. Přispívá k porozumění, k nalézání nových významů, k rozvíjení dialogu apod.? Umožňuje zúčastněným hovořit o důležitých a někdy nepříjemných, traumatizujících aspektech života, o životních dilematech? Přináší do rozhovoru naději, že se klienti budou cítit lépe, že se jim podaří najít odpovědi na palčivé otázky, že se jim podaří překonat obtíže či problémy, nebo zlepšit vztahy s dalšími lidmi? Je-li náplní zkoumání vlastní působení v terapeutickém procesu, je tato reflexe obzvláště důležitá a to nikoli pouze z potřeby potvrzení, že jsme úspěšní, že naše předpoklady či předsudky jsou validní. Vzhledem k tomu, jak je psychoterapeutická práce obtížná, i s ohledem na společenské okolnosti, je pro terapeuta důležité zjistit, zdali to, co dělá, je ostatními vnímáno a prožíváno jako nápomocné.

Příklady relevantního výzkumu

Každá otázka, která stojí v pozadí jakéhokoli zkoumání, nepřichází ze vzduchoprázdna, ale obvykle má kořeny v otázkách a výzkumech, které současnému tázání předcházelo. Stejně tak naše vlastní zkoumání v této práci se opírá o projekty či výzkumy, které buď vycházely z narativního zpracování případové studie anebo se zajímaly o to, jak

lidé subjektivně prožívají psychoterapeutický proces. Rennie (1990) s v kvalitativním výzkumu zabýval tím, jak klienti prožívají terapeutické sezení, v jiné studii tentýž autor zkoumal věnoval subjektivního prožívání klientů vlastního vyprávění emočně významného příběhu během psychoterapeutického sezení (Rennie, 1994). Písemné zpracování nejprospěšnějších momentů během terapeutického sezení (angl. *the most helpful events*) zkoumali Bloch et al. (1979) a Llewelyn et al.(1988) s cílem prozkoumat percepce klientů v různých formách individuální a skupinové terapie. Podobně v individuální terapii podle Rogersova konceptu terapie zaměřené na klienta (angl. *client-centered therapy*) zjišťoval Lietaer (1992) po každém sezení, co považovali v jeho průběhu klienti za pomáhající (angl. *helpful*) a co za překážející (angl. *hindering*) s ohledem na vyprávění a spolupráci.

V teoretické části často citovaný McLeod společně s Balamoutsouvou (1996) publikovali důkladnou kvalitativní analýzu případové studie se zaměřením na identifikaci a kategorizaci různých typů narativních momentů (angl. events) v průběhu individuální psychoterapie. Ve své práci zdůrazňují, že důkladné zpracování případové studie představuje samo o sobě formu kvalitativního výzkumu. Předznamenávají také, že v budoucnu se zvýší počet studií, v nichž je obsah terapeutického sezení s pohledem terapeuta a zkušenost klienta ze sezení propojena. McLeod a Balamoutsou demonstrují své pojetí na doslovném přepisu části terapeutického sezení, které dále upravili do podoby básnické či písňové sloky (angl. *stanza form*). Tím chtějí zdůraznit základní narativní téma ve výpovědi klienta. Přestože jejich kvalitativní analýza je vzhledem k výzkumnému zázemí důkladnější, než naše případová studie, jejich pojetí též s podobným záměrem aplikujeme.

Dalším významnou prací z hlediska inspirace pro zpracování případových studií je výzkum O´Connora, Meakesové, Pickeringa a Schumanové (1997), kteří formou etnografického výzkumu zkoumali subjektivní zkušenosti osmi rodin s prováděnou narativní terapií. Autoři se hlásí k sociálně konstrukcionistické verzi narativní terapie a zdůrazňují, že spíše než o technicistní pojetí terapie vycházející z jasně definovaných konceptů, jde v případě narativního přístupu o způsob uvažování o rodinách a spolupráci s nimi. Konceptualizaci narativního přístupu založili na několika prvcích: a) externalizující rozhovor (angl. *externalising conversation*), b) rozvíjení alternativního příběhu (angl. *building an alternate story*), c) posílení vlastního vlivu na svůj život (angl. *developing personal agency*), d) posílení vztahového kontextu s dalšími jedinci či komunitou (angl. *building a wider audience*). Podrobný popis subjektivní zkušenosti klientů s narativní terapií byl získán s pomocí otevřeného dotazníku, jenž se skládal ze čtyř otázek: 1. Co jim v terapii pomohlo?, 2. Co v terapii nepomáhalo?, 3. Jaká byla celková zkušenost s narativní terapií? Jaký symbol

či představa by vystihla jejich zkušenost s terapií? V podobně zaměřené, kvalitativní, studii Howe (1996) zkoumal, jak jednotlivý členové rodiny vnímali, prožívali a chápali průběh rodinné terapie. Naopak zkušenost terapeutů participujících v reflektujícím týmu aplikací narativního přístupu byla předmětem zkoumání jiného etnografického výzkumu O´Connora et al. (2004).

Pozice narativní perspektivy v oblasti duševního zdraví a medicíně je v odborném tisku hojně diskutovaným tématem. Zkoumání narativní terapie, zejména její účinnosti, je v porovnání s jinými přístupy zatím v počátcích, přesto výzkumy tohoto zaměření přibývají. Roberts (2000) se zamýšlí na významem příběhů v psychiatrii v kontextu současného trendu medicíny založené na důkazech. Začínají se objevovat i srovnávací studie. Schweitzer a Vromansová (2006) prezentovali na konferenci o psychoterapeutickém výzkumu výsledky srovnání narativní terapie, interpersonální terapie a kognitivně behaviorální terapie v léčbě deprese. Narativně laděný výzkum je též předmětem odborných textů u nás i v zahraničí. Zatímco Chrz (2004) se věnuje specifikům narativní perspektivy ve výzkumu a postupu, jež je založen na využití narativních prostředků k rekonstrukci způsobu utváření významu především humanitních a sociálních vědách, Overcashová (2003) podává přehled o metodologii narativního výzkumu ve vztahu ke klinické praxi v medicíně a k možným změnám v organizaci zdravotní péče a utváření zdravotní politiky. V této oblasti také narativní perspektiva přináší nutné zesílení zájmu o subjektivní svět nemocného člověka, který stále bývá v některých institucích ale i myslích zdravotnických pracovníků opomíjen. Hlavním cílem zohlednění subjektivní zkušenosti člověka, jež se ocitá ve stále komplikovanějším systému zdravotnictví, je zlepšení poskytované zdravotní péče. V této souvislosti stojí za zmínku výzkum Chrze, Čermáka a Plaché (2006) a také recentní kvalitativní studie McGowanové et al. (2007) Chrz, Čermák a Plachá (2006)ve svém výzkumu aplikovali metodu narativního rozhovoru ve snaze porozumět zkušenosti žen, u kterých bylo diagnostikované zhoubné onemocnění prsu. V jiné studii se McGowanová s kolegy (2007) zaměřili na skupinu žen, které byly opakovaně vyšetřovány v souvislosti s chronickými bolestmi v oblasti pánve. Jde o studii, která aplikuje narativní výzkumný přístup v medicínském kontextu a navíc je zaměřena na významnou skupinu pacientů, jejichž tělesné potíže nejsou objektivně vysvětlené ani s využitím pokročilých diagnostických metod. Různé průzkumy odhadují, že v primární i sekundární péči představuje takto skupina až 30% pacientů (Hotopf et al, 2001, Reid et al, 2001, Fink et al, 1999). Jde tedy o závažný problém, jenž vzniká s přispěním mnoha faktorů a vede k různým závažným důsledkům. McGowanová et al. (2007) se zaměřují na interakce se zdravotníky a kontextuální faktory ve zdravotnickém

systému, které brání ženám sdílet svůj prožitek a narativně ho zpracovat, což zhoršuje jejich zvládací dovednosti/strategie (angl. *coping strategies*), důvěru v personál a v konečném důsledku i zdravotní stav.

Případové studie

V této části disertační práce uvádíme tři případové studie, jejichž cílem bude demonstrace a posouzení aplikovaného narativního přístupu v průběhu psychoterapeutické spolupráce (tzv. *construct validation research*) a subjektivní hodnocení této spolupráce klientem/klienty s pomocí otevřeného dotazníku. Tímto jde v podstatě o jednu z variant kombinování terapeutova a klientova pohledu na průběh a výsledek psychoterapeutické spolupráce, což je podle McLeoda a Balamoutsouvé (1996) nejvhodnější zpracování případové studie, které je v současnosti stále častější.

Struktura všech tří případových studií bude jednotná. Nejprve přiblížíme seznámení – první kontakt s klientem či rodinou. Poté bude následovat popis jednotlivých sezení s výňatky rozhovorů. Popis většiny jednotlivých sezení bude doprovázen komentářem dění včetně pojednání o aplikaci narativního přístupu v dané studii. Závěr každé studie bude tvořit dotazník vyplněný klientem/klienty a závěrečným komentářem terapeuta - autora práce. Závěrečným komentář bude představovat reflexi využití narativního přístupu a korespondující pohled klientů.

Před uvedením první studie bude specifikován kontext, v němž se psychoterapeutická spolupráce mezi terapeutem – autorem práce a klientem/rodinou odehrávala. Zasazení případové studie do kontextu je zejména v oblasti kvalitativního a narativního výzkumu považováno za nezbytnou součást jakéhokoli zkoumání (Dallos, Vetere, 2005; McLeod, 2001). Dále budou zmíněna kritéria pro výběr prezentovaných případových studií.

Kontext spolupráce

Psychoterapeutická spolupráce probíhala v nestátním nezdravotnickém psychoterapeutickém zařízení *PRO-Story*, které poskytovalo individuální, párovou a rodinnou terapii, psychologické poradenství a diagnostiku. Poskytovanou psychoterapeutickou péči klienti zařízení hradili v hotovosti, neboť se nepodařilo získat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, jež by umožnily hradit poskytovanou psychoterapii a rodinnou terapii v rámci

zdravotního pojištění. Vznik zařízení *PRO-Story* inicioval autor práce po zkušenosti z běžné psychiatrické ambulantní praxe, kde je typickým problémem nedostatek času na důkladný rozhovor s pacientem a jeho rodinou případně na systematickou psychoterapeutickou spolupráci. Cílem založením tohoto pracoviště byla snaha vytvořit pracovní prostředí, v němž by byl dostatek času pro rozvíjení důležitých příběhů v rámci systematické psychoterapie samozřejmostí. Autor práce působil v pracovišti *PRO-Story* společně s dvěma kolegyněmi psychoterapeutkami. Spektrum potíží, pro které lidé pracoviště navštěvovali, bylo velmi pestré. Spolupráci vyhledávaly rodiny s dětmi a dospívajícími, kteří měli různé psychické či tzv. psychosomatické potíže (např. úzkostné potíže, poruchy chování, poruchy příjmu potravy, bolesti, tzv. somatoformní potíže aj.). Dále zařízení navštěvovali jednotlivci, páry i rodiny z důvodu problémů v partnerských či rodinných vztazích.

Klienti navštěvovali zařízení z vlastní potřeby, případně jim byla doporučena psychoterapie/rodinná terapie praktickým lékařem, psychiatrem, či dalšími odborníky z oblasti školství nebo jiných pomáhajících profesí. Klienti na konce prvního setkání spolu se souhlasem o pokračující spolupráci též dali souhlas k využití obsahu terapeutických sezení pro výukové či publikační účely za předpokladu zachování anonymity. Dále klienti souhlasili s reflektujícím hodnocením na konci spolupráce a též s vyplněním dotazníku, který jim byl zaslán 3 měsíce po jejím skončení. V dotazníku bylo uvedeno, že data budou využita v rámci disertační práce (viz. přiložený dotazník v Příloze). Jednotlivá terapeutická sezení trvala 60-90 minut, intervaly mezi jednotlivými sezeními záležely na vzájemné domluvě a v každém pojednaném případě byly odlišné. Některá sezení byla nahrávána se souhlasem klienta/klientů na diktafon a pro potřeby disertační práce byla doslovně přepsána. V jiných sezeních nebylo nahrávání možné a uvedené výňatky z rozhovoru vycházejí z terapeutových poznámek, které byly bezprostředně po sezení zpracovány a přepsány. Části z těchto dvou forem záznamu jsou součástí případových studií a u každé z případových studií bude zdroj uveden zvlášť.

Terapeut a zároveň autor disertační práce v době působení v tomto zařízení měl splněná kvalifikační kriteria pro psychoterapeutickou činnost. Je psychiatrem s atestací II. stupně, získal funkční specializaci IPVZ v psychoterapii, je akreditovaným rodinným terapeutem Společností pro rodinnou a systemickou terapii (SOFT). Terapeutovo psychoterapeutické zaměření lze označit za integrativní, nicméně preferovaná a častěji užívaná je perspektiva narativní a systemická rodinná.

Kritéria výběru případů

Při výběru pojednávaných případových studií bylo uplatněno několik kriterií. Nejdůležitější kriteriem se stal fakt dokončené spolupráce. Druhé, neméně významné kriterium, představovala spokojenost klienta/klientů s proběhlou spoluprací a jejich ochota reflektovat tuto spolupráci nejen v závěru, ale taktéž s časovým odstupem a využitím dotazníkové metody.

S ohledem na variabilitu narativního přístupu byly záměrně vybrány případové studie, které se lišily jak v prezentovaném problému, tak ve formě psychoterapeutické spolupráce. V první případové studii ukazujeme individuální formu psychoterapie s narativními prvky. Ve druhé případové studii se jedná o různé formy spolupráce (individuální, rodinná), mezi nimiž převažuje spolupráce s matkou a synem. Ve třetí případové studii se jedná opět o kombinaci různých forem spolupráce, ale tentokrát převažuje forma rodinné terapie. Ve dvou případech kontaktovali klienti terapeuta pro potíže duševní, jež bylo možné klasifikovat dle systému klasifikace duševních nemocí, i tělesné, jež bylo možné charakterizovat jako tzv. psychosomatické či tzv. lékařsky nevysvětlené (angl. *medically unexplained symptoms*). Fenomén tzv. nevysvětlených lékařských příznaků je klinické praxi velmi častý a komplexní přístup, jež zahrnuje systematickou psychoterapii/rodinnou terapii je obvykle nezbytný (Skorunka, 2006, 2007). Ve třetím případě se jednalo o behaviorální potíže vymezené v rámci mezinárodní klasifikace nemocí.

Vedle rozdílů mají prezentované případové studie také některé význačné společné rysy. Jednalo se o příběhy z klinické praxe, v nichž se prezentovaný problém nebo potíže klientů nacházely na pomyslné hranici biomedicíny a psychologie. Ve všech třech případech se ukázaly významné psychosociální nebo tzv. psychosomatické souvislosti vzniku a rozvoje příznaků. Výběr případových studií byl též veden s cílem poukázat na fakt, že samotné diagnostické uchopení nemusí být dostačující, a že pozornost věnovaná subjektivním příběhů klienta/rodiny a psychosociálním souvislostem je žádoucí s ohledem na příznivý výsledek spolupráce a prevenci možného chronického průběhu s medikalizací prezentovaného problému.

Ve všech třech případových studií jsou změněna jména klientů a upraveny či vynechány osobní údaje s cílem důkladného zachování anonymity.

Případová studie č.1.*

Seznámení se klientem/rodinou:

Klientem je 29letá žena, v textu ji budeme nazývat Monika. Monika je vdaná, bezdětná, s manželem bydlí u svých prarodičů, je zaměstnaná, s vysokoškolským vzděláním.

Ještě před rozhovorem o problému Monika uvedla, že během studia na střední škole docházela pravidelně k psychoterapeutce. Na dotaz, z jakého důvodu psychoterapeutku vyhledala a jak spolupráce probíhala, odpověděla: *„Nechtěla jsem chodit do školy, ani jsem nechtěla bydlet doma, měla jsem trochu zmatek, nevěděla jsem kudy kam. Prostě jsem si potřebovala utřídit myšlenky. Moc jsem se tehdy nestýkala s lidma, ani za mámou jsem nešla, ta je hned se vším hotová. Když jsem si povídala s paní doktorkou, nepřipadala jsem si jako idiot, kterej něco nezvládá. Tehdy jsem ale ještě neměla ty problémy, kvůli kterým jsem tady. "*

V této případové studii jsou uvedené výňatky přepisem rozhovorů, které byly nahrány na diktafon se souhlasem klientky.

1.Terapeutické sezení:

Následuje úryvek z rozhovoru během prvního setkání:

Terapeut: *Co vás vlastně přivádí?"*
Monika: *Mám problémy s přejídáním, hlavně v noci, ve dne ani tak ne…Vlastně to mám už od gymplu, ale tenkrát to nebylo tak hrozný...Skoro každou noc se probudím a musím něco sníst. No, prostě se přecpu a někdy i několikrát za noc. Tenkrát na konci toho gymplu to bylo jen jednou za noc, ale teď za poslední dva roky se to zhoršilo. Probudím se víckrát a vyklidím ledničku, cpu se vším, na co přijdu.*
Terapeut: *To se v noci probudíte hladem nebo vás vzbudí něco jiného?*
Monika: *Probudím se jen tak, normálně se najím naposledy okolo osmé večer. Ale pak se v noci prostě proberu, mám takovej zvláštní pocit v žaludku a musím něco sníst. Někdy se vypravím i přes celej barák do kuchyně k babičce, když sami v lednici nic nemáme. Už je to neúnosný. Kdybych se jenom přejídala, ale furt na to myslím, často o tom mluvím a taky mi to*

* Tato případová studie byla ve zkrácené a pro dané účely upravné podobě prezentována s kladnou odezvou na dvou mezinárodních konferencích, na konferenci *Society for Psychotherapy Research* v Edinburghu v roce 2006 a na *VI. Evropském kongresu rodinné terapie EFTA* v Glasgow v roce 2007.

jídlo zabírád docela dost času. Ráno druhej den se probudím nevyspalá no a taky mám problém s váhou…Zajímavý je, že ve dne s tím jídlem problém nemám.

Terapeut: *A s kým o tom mluvíte?*

Monika: *No s víc lidma, tak třeba s kamarádkou v práci. Pak taky samozřejmě s manželem, ten už toho má dost, docela mu to vadí, protože ho furt budím. Pak taky někdy s mámou a s babičkou. Ale jim to přijde takový divný, tak zase tak často o tom s nima poslední dobou nemluvím.*

Terapeut*: Aha, a jak to připadá vám, jak si to, nebo jak tomu říkáte, vlastně vysvětlujete?*

Monika: *Tak mě to přijde jako docela zvláštní fenomén. Sama tomu říkám noční žraní, co jiného to je? Dříve to byla taková humorná záležitost, dokonce jsme se tomu občas s manželem zasmáli, ale teď je to taková expanze, mám pocit, že toho je příliš. Teď je to takovej expanzivní průvodce, kterýho se nemůžu zbavit. A jak si to vysvětluju? Myslím si, že to nějak souvisí s naší rodinou, myslím jako s mojí původní rodinou…něco je v tom našem životě divný, teda v tý mojí rodině...nevím, jak to říct…možná to bude znít blbě, ale přijde mi, že jsme taková podivná rodina…*

Terapeut: *Co tím myslíte?*

Monika: *Prostě jsme si tak jako hodně nablízko. A já mám takovej pocit, že to žraní s tím nějak souvisí, ale nevím jak. Na jednu stranu mám k tý svý rodině takovej ochranitelskej vztah a na druhou stranu někdy mi ta blízkost u nich doma je protivná.*

Terapeut: *Chcete říct, že to noční žraní, který vás obtěžuje, nějak souvisí s tím, jak se cítíte ve vaší rodině?*

Monika: *Tak by se to asi dalo říct. U nás doma je to takový zamotaný. Jsme taková zvláštní rodina. S manželem bydlíme v domě, ve kterým bydlí taky moje babička s dědečkem, to už samo o sobě není jednoduchý. No a doma se furt něco dělo, rodiče jsou rozvedený, s tátou jsem se v podstatě od 18 let moc nevídala, skoro pět let jsem ho neviděla, pak jsme se párkrát setkali a teď posledního půl roku taky nevím, co s ním je. On sám nás nijak nevyhledává…Máma se v rozhodla, že všechno dožene a žije teď tak trochu divokým životem. Oni jsou vůbec všichni akční, babička a děda s mámou se teď chystaj letět do Indonésie…*

Komentář:

V této úvodní části prvního terapeutického sezení není terapeut příliš aktivní, jeho hlavní snahou je jednoduchou otázkou bezprostředně navázat na to, co klientka sděluje, zejména na to, na co sama klade důraz. Zpočátku je to téma nočního žraní, které se terapeut pokouší **externalizovat** v duchu narativního pojetí Whitea a Epstona (1990) viz. terapeutova

otázka „*Aha, a jak to připadá vám, jak si to, nebo jak tomu říkáte, vlastně vysvětlujete?,* a o chvilku terapeutovo opakování popisu klientky v mírně pozměněná formulaci „*Chcete říct, že to noční žraní, který vás obtěžuje, nějak souvisí s tím, jak se cítíte ve vaší rodině?“*. **Externalizace** se daří, zdá se, že nejde o vnucený způsob nazírání na problém, klientka volí vlastní názvy pro to, co jí trápí: *zvláštní fenomén, noční žraní, expansivní průvodce.*

Terapeutův zdrženlivý postup, s výjimkou snahy o externalizaci, je veden snahou o maximální podporu **rozvíjení subjektivního příběhu** klientky, jejího vyprávění o svém problému, situaci a subjektivně významných faktorech, včetně toho, jak svou situaci prožívá a jak jí rozumí. **Podpora vyprávění** se zde odehrává spíše v dialogickém duchu, bez předpřipraveného konceptu a předčasných interpretací. To je umožněno i tím, že klientka je schopná popsat jak svůj problém, tak reflektovat různé významné okolnosti. Navíc sama svůj koncept začíná konceptualizovat v interpersonální rovině, vztahuje existenci víceméně tělesného problému k zatím nejasným problémům v rodině, respektive ke své pozici v původní rodině. Tomuto posunu ve vyprávění se terapeut přizpůsobuje, jak je vidět v dalším výňatku z prvního terapeutického setkání, patrné je zde i jeho rodinně terapeutické zaměření a tendence vidět prezentovaný problém ve vztahovém kontextu.

Terapeut: *Všiml jsem si, že v souvislosti s nočním žraním hodně přemýšlíte o vaší rodině. Chcete mi o ní povědět víc?*

Monika: *Jak bych začla…žijeme s manželem v tom domku, kde bydlí i babička s dědečkem, jako moji prarodiče…jsou to dvě bytový jednotky, ale stejně se dost potkáváme a občas to skřípe…prostě jiná generace…*

Terapeut: *Hmm…*

Monika: *Už na tom gymplu, jak jsem měla ty problémy, tak ty jsem pak překonala, nějak jsem si na tu školu zvykla a dokonce mě to i potom začalo bavit, prostě jsem se přes to období nějak přehoupla…Pak jsem se brzo potkala se svým manželem, teda tehdy jako budoucím…už tehdy byl takovej můj protipól, víc v klidu, taková veselejší povaha…Jenže to byl další problém, rodiče s mým výběrem partnera jaksi nesouhlasili.*

Terapeut: *Proč ne, co se jim nezdálo?*

Monika: *No u nás doma je dost ceněný vzdělání, rodiče mají vysokou školu…no a Vašek měl tehdy jen základní vzdělání, navíc jsme se potkali, když byl ještě nezaměstnanej, takže to doma špatně snášeli, jako že bych si zasloužila něco lepšího…nebo možná, že to jako nemá podle nich úroveň…Bylo to dost napjatý, vlastně jsem pak odešla z domu, asi dva roky jsem bydlela*

jinde…Ale pak jsem se zase vrátila, nějak jsme si to vyjasnili a nakonec máma toho mýho mužskýho přijala, ale nebylo to ze začátku moc jednoduchý.

Terapeut: *To vám doma zazlívali všichni, nebo byl někdo, komu se Vašek zamlouval?*

Monika: *No je zajímavý, že vlastně tehdy, když jsem odešla, tak se mnou komunikoval akorát tehdejší nevlastní táta, jako druhej mámin manžel. Ten jako trochu držel se mnou. Vždycky jsme spolu měli dobrej vztah a on nic proti Vaškovi neměl. Ale i máma si pak zvykla a dneska maj s Vaškem dobrej vztah. Ona je taková svérázná, preferuje volnej život, takže mě dost překvapilo, že se tak jako stavěla proti našemu vztahu. Se svým druhým manželem se před časem rozešla a teď si tak jako žije volně, někdy až moc, a mě to docela dělá starosti…*

Komentář:

Jak již bylo uvedeno, v této části rozhovoru je pozornost věnována rodinným vztahům, vývoji a současné situaci. Terapeut je nadále zdrženlivý, pouze podněcuje vyprávění klientky, přesto si všímá, že se začíná opakovat téma vztahu klientky s matkou, které se objevilo hned v počátku rozhovoru a dále se průběžně v rozhovoru vynořuje:

…ani za mámou jsem nešla, ta je hned se vším hotová. Když jsem si povídala s paní doktorkou, nepřipadala jsem si jako idiot, kterej něco nezvládá.

…máma se v rozhodla, že všechno dožene, takže žije teď tak trochu divokým životem…

…Pak jsme si to vyjasnili a nakonec máma toho mýho mužskýho přijali, ale nebylo to ze začátku moc jednoduchý.

Ona je taková svérázná, preferuje volnej život, takže mě dost překvapilo, že se tak jako stavěla proti našemu vztahu. Se svým druhým manželem se před časem rozešla a teď si tak jako žije volně, někdy až moc, a mě to docela dělá starosti…

V závěru sezení se terapeut dotazuje, co klientka potřebuje, jaké má představy o spolupráci:

Terapeut: *Pokud se domluvíme na pokračování, zajímalo by mě, čemu byste se vlastně chtěla věnovat…nebo jinými slovy, co vlastně potřebujete?*

Monika: *No tak za prvý bych ráda přestala v noci žrát…a pak nějak ozdravit ty vztahy s rodinou, protože to nějak spolu souvisí…Potřebovala bych taky slyšet názor od někoho, kdo v té naší rodině nežije, takovej pohled zvenčí na ty moje vztahy s rodinou….mám pocit, že se až moc zajímám, fut někoho volám a sháním, mám pořád starosti, jestli je všechno v pořádku…někdy se mi zdá, že máme s mámou úplně obrácený vztah, já se o ní furt starám,*

ale vlastně bych chtěla, aby se taky starala někdy ona o mě…asi nějaký ujištění, nebo co. Že je jako všechno v pořádku…

Terapeut: *Ještě mě napadlo, hodně jste zmiňovala vztah s mámou, dovedete si představit, že byste přišly někdy spolu?*

Monika: *To nevím, máma by možná přišla, i když…nejsem si jistá, asi raději ne, jsou některý věci, o kterých s ní mluvit nechci…*

Terapeut: *A co váš manžel, byl by ochotný přijít s Vámi? Samozřejmě pokud byste to chtěla vy?*

Monika: *Tak Vašek by asi přišel, kdybych to po něm chtěla, ale nevím, myslím si, že to není nutný, jeho se to až tolik netýká, je to hlavně můj problém a souvisí to s mojí rodinou…*

Zcela v závěru sezení se opět objevuje téma vztahu matka-dcera, nyní dokonce ve vyjádřené potřebě klientky ve vztahu k matce, zjevně potřebě frustrované, je naznačena forma vztahu, popisovaného v textech rodinné terapie, kdy rodič je opečováván dítětem/dospívajícím, místo aby tomu bylo naopak. V reakci na terapeutovu snahu vytyčit konkrétní cíle terapeutické spolupráce s klientka vrací k problému, respektivě k příznaku nočního žraní, které jí obtěžuje, nicméně opět ho dává do souvislosti se vztahy v rodině. Terapeut ještě navrhuje klientce, aby se do příštího setkání pokusila zamyslet nad tím, co všechno noční žraní v jejím životě ovlivňuje, v čem překáží, na co působí. Zároveň žádá klientku, aby si též zkusila vybavit momenty, či období, kdy noční žraní nemělo na její život takový vliv. Tímto tzv. terapeutickým úkolem se snaží znovu podtrhnout **externalizaci** problému a připravit základ pro tzv. **dotazování na vliv problému/klienta** (angl. *mapping the influence of the problem/of the persons*) jako jednu z náplní dalšího setkání. Terapeut předpokládá, že tímto způsob dotazování bude možné identifikovat významné faktory, ale také **momenty, kdy se daří klientovi z vlivu problému vymanit** (angl. *unique outcomes*). Tyto momenty by se mohly stát základem pro **posilování zvládacích schopností** (angl.*personal agency*), rekonstruovat identitu osvobozenou od problému a **rozvíjet příběh, v němž problém ztratí svou naléhavost** nebo dokonce nebude součástí nového příběhu (angl. *alternative story*)

V rámci reflexe po proběhlém setkání si terapeut rekapituluje průběh rozhovoru a vytyčuje si několik možných témat pro další setkání. Jde o otázky, na které nezbyl v prvním sezení čas a které se mohou objevit v sezení dalším, jedná se též o předběžné úvahy o možných vztahových faktorech, které existenci problému ovlivňují. Tato reflexe není pevným plánem pro vedení rozhovoru při druhém setkání, je spíše možnou inspirací. Průběh druhého

setkání se bude odvíjet od toho, co do něj obrazně řečeno přinese klientka. Není cílem svévolně strukturovat průběh setkání bez přihlédnutí k tomu, jak první setkání zažívala, jak se chopila navrženého úkolu, jaké události se odehrály mezi prvním a druhým terapeutickým sezením.

Terapeutova reflexe po prvním sezení:

Po prvním sezení terapeut uvažuje nad obsahem a formou proběhlého rozhovoru a připravuje si možné směry dalšího dotazování či témata rozhovoru, na které by bylo možné se v dalším sezení zaměřit.

Noční žraní alias expanzivní průvodce:

Na co vše má noční žraní vliv v životě klientky?

Kdy je vliv nočního žraní silnější a kdy slabší?

Jak mu v minulosti klientka zkoušela čelit? Co (ne)fungovalo?

Má na noční žraní nějaký vliv manžel a co si o problému myslí?

Rodina:

Vztah s matkou, potřeby, možnosti transformace vztahu.

Vztah s otcem, s otčímem.

Vztah s manželem, soužití s prarodiči.

2. Terapeutické sezení:

Na druhé sezení přichází Monika po dvou týdnech. Terapeuta zajímá, jak se během uplynulých dvou týdnů cítila, zdali v návaznosti na první konzultaci o něčem přemýšlela, nebo se něco odehrálo v souvilosti s „nočním žraním“ a její rodinou. Následuje krátký úryvek z přepisu rozhovoru.

Terapeut: *Jak se vám daří, co dělá Vaše noční žraní?*

Monika: *No je to hrůza, zase jsem se budila v noci a párkrát jsem probudila i manžela. Hlavně ten první tejden byl horší, měli jsme toho v práci moc, taky přišla nová kolegyně a vůbec to bylo příšerný…. Doma to bylo docela dobrý, maminka má novou známost…*

Terapeut: *Minule jsem přemýšlel o tom, co má vlastně na to vaše noční žraní vliv. Jsou situace, kdy je to noční žraní silnější? Anebo kdy ho dokážete udržet na uzdě?*

Monika: *Tak asi v tom nějaký rozdíly jsou, o tomhle jsem teda nepřemýšlela…(delší pauza). Řekla bych, že to asi souvisí s tím, jestli jsem v pohodě. Jako že to noční žraní je silnější, když*

jsem dýl v takovým napětí…nevím, asi to souvisí s tou naší podivnou rodinou….Od minule jsem na to dost myslela, je jasný, že problém s tím mám asi jen já, s rodinou…mám pořád takovej strach, že je jako ztratím, takový katastrofický obavy…Přitom někdy si myslím, že bych je měla nechat, ty jejich věci, ať si ty svý životy žijou a zvládaj je samy, hlavně máma…Někdy mám pocit, jako kdybych nesla tíhu celý tý naší rodiny a přitom mě pořád svírá taková obava, že se něco stane… v tý naší rodině to tak nad náma pořád visí.
Terapeut: *Co tím myslíte?*
Monika: *No smrt, u nás doma to bylo každou chvilku něco…*

V úvodu druhého sezení se terapeut vrací k důvodu návštěvy, k příznaku, na který si klientka stěžovala. Pokračuje v **externalizaci**, jazykovém vymezení problému odděleného od jeho nositele,jako samostatného fenoménu, a dotazuje se na možné **faktory, které existenci příznaku ovlivňují** (tzv. *relative influence questioning*). Klientka uvádí zejména pocit napětí, který dává do souvislosti se vztahem k vlastní rodině, k vlastnímu postoji. V další části rozhovoru pak popisuje zdravotní problémy, se kterými zápasila v minulosti její matka a její prarodiče. Poté vybídnuta terapeutem obrací pozornost na svůj vztah s matkou.

Terapeut: *Mluvila jste někdy s někým doma o tom, jaké máte obavy?*
Monika: *Vlastně jsme o tom spolu nikdy pořádně nemluvili. Já se trochu takovejch rozhovorů bojím.*
Terapeut: *Čeho se bojíte?*
Monika: *No že by mohla nastat taková stiuace, kdy by se muselo něco řešit…jak se říká, takový ty bubáci, který by se mohli vyjevit…Hlavně s tou mámou, potřebovala bych, aby se ty role obrátily, jak o tom mluvila minule, aby ona nebyla ten důvěrník, nechce jí pořád dělat rodiče. Chtěla bych se jí víc svěřit o sobě, ale ona není moc vstřícná, moc se nezajímá ani o jejich společný život s Vaškem…hlavně mluví o sobě a co jí zajímá…Když o tom takhle mluvím, tak si uvědomuju, že mám vlastně strach se s mámou o těhle věcech bavit, aby se na ní neštvala. Možná mám i strach z konfliktu, že bychom se nepohodly, tak jako kvůli svatbě…*
Terapeut: *Kvůli svatbě? Co se přihodilo na svatbě?*
Monika: *No jak jsem říkala, Vašek se jim moc nezdál, takže se vzali tajně, na svatbě nebyl nikdo, žádný rodiče, ani ze strany Vaška, takhle se spolu dohodli, byli s tím spokojeni, ale okolí to tak nebralo, hlavně naši…dlouho jsme pak spolu nemluvili…mě to mrzelo a vlastně mě to mrzí doteď…jenom se tím projevilo to, co už jí trápilo dávno…*
Terapeut*: Co to bylo?*

Monika: *Mám totiž už dlouho takovej zvláštní pocit, že mě jako máma nemá ráda…že bych měla nějaká bejt, aby mě měla ráda, že si to jako musím nějak zasloužit…Je to taková nejistota…Jako kdyby mě pořád v životě, ty mý životní kroky provázel takovej silnej pocit nejistoty, že mě máma nemá ráda…*

Terapeut: *Napadlo vás někdy, odkud se ten pocit nejistoty bere?*

Monika: *Nenapadlo, vůbec nevím, odkud to je...ale je to hrozně nepříjemný…*

Terapeut: *Co by se stalo, kdyby jste si o téhle nepřítomné nejistotě s mámou promluvit?*

Monika: *Myslela jsem na to, ale nikdy jsem to neudělala. Mám strach, že se máma naštve, nebo že bude brečet, nebo že budou brečet obě…mám vlastně takovej pocit viny, že o tomhle pochybuju…Ale asi by to chtělo…*

Terapeut: *Co vlastně od mámy potřebujete?*

Monika: *Asi nějaký potvrzení, nebo ocenění, takovejch těch věcí, co jsou pro mě důležitý, třeba tu práci, co dělám, ale taky ten vztah s Vaškem, aby to jako brala…*

Terapeut *A co kdyby jste přišly společně s mámou sem, abychom si o tom mohli promluvit? Zajímalo by mě, jak to vidí ona, co si o tom myslí?*:

Monika: *Už mě to taky napadlo, ale máma sem nepude, ona samozřejmě ví, že sem chodím, to jsem jí řekla. Trochu i vyzvídá, ale asi bych jí sem nedostala. Vlastně ani nevím, jestli to chci, jestli je na to správná doba…*

Komentář:

V předcházejících úryvcích přepisů rozhovoru je patrný posun od příznaku k popisu rodinných vztahů a subjektivnímu prožívání Moniky ve vztahu ke své rodině a ve vztahu k matce. Zorné pole se tím rozlišuje, existence příznaku dostává kontextuální perspektivu zejména po terapeutově otázce, co ovlivňuje existenci nočního žraní. Monika se rozhovoří podrobněji o tom, jak vnímá svou pozici v rodině, jak vnímá své pocity a potřeby zejména ve vztahu k matce. Postupně se zde vyjevuje **narativní linie s tzv. jádrovým vztahovým konfliktem** (angl. *core conflictual relationship theme*) dle konceptu Luborskeho et al (1994), jehož první náznaky bylo možné identifikovat již v sezení prvním. V přepisech rozhovoru je možné nalézt příklady všech tří prvků této narativní linie dle Luborskeho konceptu CCRT.

1. Potřeba hlavního protagonisty (Monika):

    a. *„Potřebovala bych, aby se ty role obrátily, jak jsem o tom mluvila minule, aby ona nebyla ten důvěrník.“*

b. *„Chtěla bych se jí víc svěřit o sobě, ale ona není moc vstřícná.“*
c. *„Jako kdyby mě pořád v životě, ty mý životní kroky provázel takovej silnej pocit nejistoty, že mě máma nemá ráda.“*
d. *„Asi potřebuju nějaký potvrzení, ocenění, takovejch těch věcí, co jsou pro mě důležitý.“*

2. Odezva/reakce významné osoby (matka Moniky):

a. *„Ale jim to přijde takový divný, tak zase tak často o tom s nima poslední dobou nemluví.“*
b. *„Máma je hned se vším hotová.“*
c. *„Ona není moc vstřícná, moc se nezajímá ani o jejich společný život s Vaškem…hlavně mluví o sobě a co jí zajímá.“*

3. Odezva/reakce hlavního protagonisty (Monika)

a. *„Mám pocit, že se až moc zajímám, fut někoho volám a sháním, mám pořád starosti, jestli je všechno v pořádku…někdy se mi zdá, že máme s mámou úplně obrácený vztah, já se o ní furt starám, ale vlastně bych chtěla, aby se taky starala někdy ona o mě.“*
b. *„Mám k tý svý rodině takovej ochranitelskej vztah.“*
c. *„Mám vlastně strach se s mámou o těhle věcech bavit, aby se na ní neštvala. Možná mám i strach z konfliktu, že bychom se nepohodli.“*
d. *„Mám strach, že se máma naštve, nebo že bude brečet, nebo že budou brečet obě…mám vlastně takovej pocit viny, že o tomhle pochybuju.“*

V komentáři po dalším terapeutickém sezení se k tomuto tématu ještě vrátíme. Během předchozího sezení terapeut kromě dotazování na faktory ovlivňující existenci problémů (tzv. *relative influence questioning*) dále spíše zdrženlivě podporoval vyprávění klientky a přizpůsoboval se tématickému posunu. Pokusil se též nabídnout možnost zapojení významné osoby – matky do terapeutické spolupráce, tuto možnost klientka zatím odmítla. Do příštího sezení terapeut navrhl, aby si klientka promyslela, o čem by vlastně chtěla s matkou mluvit, pokud by se k rozhovoru s ní o svých pocitech odhodlala. Tento návrh vycházel ze snahy podpořit aktivní postoj klientky ve smyslu posílení vlastní angažovanosti v řešení problému

(angl. *personal agency*) a také ve smyslu pokusit se o „**vychýlení“ z problémem definovaného příběhu** (angl. *problem-saturated story*) v němž hraje „prim“ noční žraní spojené s dlouhodobým pocitem nejistoty ve významném vztahu klientky. Tento pocit nejistoty evokuje též tzv. nejistý vzorec připoutání (angl. *insecure attachment*) v kontextu teorie citové vazby (angl. *attachment theory*). K této možné konceptualizaci se ještě vrátíme v komentáři v další části případové studie.

3. Terapeutické sezení

Na začátku třetího sezení se terapeut zprvu snaží navázat na téma sezení předcházejícího. Hned v úvodů se ve vyprávění klientky dostává do popředí její vztah s matkou, ve kterém dlouhodobě zažívá pocit nejistotu a nepohody.

Terapeut: *Viděli jsme se před dvěma týdny.. mělo to minulé povídání nějaké dozvuky, přemýšlení o tom, o čem jsme spolu mluvili?*
Monika: *Já jsem vlastně odcházela a byly to takové srandovní, protože jsem si připadala jako taková rozjařená, měla jsem pocit, že se mi jako ulevilo, protože já o těhle věcech moc nemluvim, protože mi to přijde celý divný, no ale pak jsem si jako řekla, že si zkusim s tou mámou promluvit, no ale ono se to jako v podstatě nepovedlo. Sice jsme se od té doby několikrát viděly, a bylo to takový, že jsem se jí jako pokoušela něco říct. Že jako nejdřív s ní začnu mluvit o tom, co se jí týká, že do toho prostě nepudu s tím, hele já mám pocit, že mě nemáš ráda, určitě mě nemá ráda, a tak jsem se s ní pokoušela mluvit o práci, že mi mohla dát nějaký tipy no a nicméně ona přišla úplně zahlcená svejme věcma, takže uprostřed mý věty, kdy jsem se jí snažila něco říct, tak najednou mi začala vykládat, jak chodí s tím Mirkem a přitom pořád myslí na Jardu…prostě něco v tomto duchu…tak jsem si říkala, to teda nemá vlastně vůbec cenu, dost mě to naštvalo, bylo to hrozný… No a ona si pak jako záhadně vzpoměla, že chodim sem a ptala se, co teda, začala se vyptávat, co jsem tady říkala, co vy jste říkal a o čem se teda bavíme…ona si to takhle představuje, že jeden něco řekne, pak něco řekne ten druhej…no a pak teda se ptala o čem se teda bavíme a já jsem jí řekla, že taky jako o ní a to hned bylo… najednou byla celá bez sebe a co jsme si jako o ní říkali….tak jsme se o tom bavili a ona jako furt mě lámala, co tady říkala, nebyla tím pobouřená, že bychom jí tady pomlouvali, ale prostě se zajímala a byla docela dobře naladěná… A tak jsem jí říkala, jak tady jsem tady vyprávěla, jak mám ty pocity, ty strachy a starosti o ně, že mě to přijde divný a jestli jako jí nepřijde divný, že se jí jako furt ptám, jestli mě má ráda a ona řekla, že jí to teda*

přijde divný, že neví, proč se jí na to pořád ptám, vždyť je to přece jasný… A já jsem jí řekla, že pro mě to ale není jasný…no a ona, že to prostě jasný je, že neví, jaký bych jako na to chtěla důkazy a bylo…už jsem se k tomu vlastně nevrátili. Nicméně mě překvapilo, že už něco takovýho vlastně proběhlo…

Terapeut: *Co vás překvapilo, že jste se dostali tak daleko?*

Monika: *No asi, taky že jsem se nerozplakala, protože tyhlety situace, které nejsou moc příjemný, tak většinou hned pláču a pak konec. A to nemám jen s ní, já si dost věcí třeba s některejma lidma neřeknu, protože hned tam jsou ty slzy, takže pak to nejde…no a z tohohle pohledu to jepřekvapivý, že to takhle zvládla a že se to stalo.*

Terapeut: *Co tenhle rozhovor s mámou znamená? Berete to jako nějaký posun ve vašem vztahu?*

Monika: *Bylo to pro mě důležitý, že jsem s ní o tom jako mohla mluvit, že jsem to aspoň zkusila. Že jsem pro to aspoň něco udělala, že jsem to nevzdala, že jsem tomu šla naproti. A taky si říkám, že když to třeba dál nepůjde, že jsem něco udělala, že se o něco pokouším a že jsem se na to nevykašlala A to je pro mě důležitý, i kdyby to třeba nemohlo dál pokračovat. A navíc si myslím, že to ještě pokračovat bude, že tohleto není navěky, tohleto období její, kdy má takovej životní styl, kdy se chová jako utržená ze řetězu.*

Terapeut: *Vy jste minule mluvila o tom, že ten vztah mezi váma je takovej obrácenej, že vám to nevyhovuje a že byste to chtěla naopak. Tak si říkám, jakým způsobem byste vy mohla ovlivnit, jak by se ten vztah obrátil..podle vašich představ…jestli vás k tomu něco napadá?*

Monika: *no….(kratší pauza), já myslím, že bych asi musela udělat něco hroznýho…jako třeba začít brát drogy, nebo tak něco, abych prostě jsem se musela dostat do nějakýho velkýho problému…máma si totiž asi myslí, že už jsem jako za vodou, že už nic nepotřebuju, že už se mi nic nestane, že už všechno zvládnu…že už jí prostě nepotřebuju a nemusí o mě pečovat…*

Terapeut: *A potřebujete ještě nějakou její péči?*

Monika: *Ani né, určitě ne žádnou zvláštní péči, mě by bohatě stačilo, kdyby mě alespoň občas normálně poslouchala nebo něco…prostě aby mi chvíli věnovala pozornost, nějakej zájem…*

Terapeut: *Mě k tomu ještě napadlo, jakoby jste byli uvězněné obě v takovém bludném kruhu, zamotaným, kdy ona se vám s něčím svěří, vy si děláte starost, přemejšlíte o tom…*

Monika: *To jsem si také říkala, že jí vlastně tak jako na to její povídání naskakuju pořád stejným způsobem, než stačím sama něco říct, tak vlastně hned s něčím přijde ona a já tomu věnuju automaticky pozornost…přemejšlím o tom, asi by to chtělo z toho nějak vystoupit…protože se stane, že ona s něčím přijde a já si to tak jako automaticky převezmu, jako že se o to mám postarat…někdy toho je na mě pak moc….*

Terapeut: *Co by se stalo, kdyby jste to neudělala? Kdybyste ty věci nechala na ní?*
Monika: *Asi by se nestalo nic…..nevím, to jsem nikdy neudělala…problém je v tom, že se asi trochu bojím, jestli by se na mě nenaštvala…Je v tom ta nejistota, jestli mě má ráda…pak je pro mě hrozně těžké, něco jí odmítnout, nebo mít s ní nějakej konflikt… To s jinejma lidma nemám, s jinejma se pohádám, klidně…ale když je máma naštvaná, tak jsem z toho hned vyřízená…*

Podle vývoje dosavavdní spolupráce se i ve třetím sezení se zdá být tzv. **jádrové vztahové téma** dle konceptu Luborskeho et al (1994) **dominantím tématem vyprávění ve smyslu příběhu definovaném problémem** (angl. *problem-saturated story*, White, Epston, 1990). Terapeut se snaží nespěchat, ponechává dost prostoru k vyjádření tohoto „problematického" příběhu, jenž se zjevně odvíjí od nenaplněních potřeb dcery ve vztahu s matkou. Zásadním se jeví pokus Moniky o změnu, o vyjasnění si svých pocitů s matkou. To se jí sice zcela nedaří, přesto svůj pokus vnímá kladně, jako příslib možného pozitivního vývoje vztahu. Téma příznaku, který obrazně řečeno přiměl Moniku vyhledat psychoterapeutickou pomoc, se ocitlo v pozadí. Existence „nočního žraní" vůbec nebylo tématem rozhovoru v třetím sezení. Klientka se o něm sama nezmínila, terapeuta vzhledem k rozvíjení zápletky mnohem více zajímalo, jak se vyvíjel vztah matka-dcera a především zdali je možné najít nějaké společné vazby či okamžiky, kdy Moniku nesvírá nejistota (externalizace pocitu) a kdy se v kontaktu s matkou cítí spokojeně. Terapeut se pokouší posunout k výjimkám (angl. *unique outcomes*) – momentům, kdy vztahu matka-dcera nedominuje pocit nejistoty, nepohody.

Terapeut: *Odkud se bere ta nejistota, co myslíte, provázela vás vždycky, nebo byly i chvíle, kdy jste se v tom vztahu s mámou cítila lépe….?*
Monika: *Vůbec nevím, odkud to je ta nejistota. Přemejšlela jsem o tom, ale nic mě nenapadlo. Určitě to mám dlouho, měla tenhle pocit nejistoty už v dětství, Já si vlastně moc nepamatuju,jaké to bylo ve školce. Na školku a první stupeň moc nevzpomínám, co se jako dělo doma, co se dělo ve školce a ve škole, to ano. Ale z domova si nepamatuju skoro nic, ani jak vypadala mám v tý době. A to mi je divný, protože jinak si pamatuju různý podrobnosti, různý situace, různý lidi, ale moc si nepamatuju na ty rodiče…A je mi to divný…Ani si vlastně nepamatuju, jak to vypadalo v tom našem bytě. Já jsem byla takový to hodný dítě, co nezlobí, co je hlavně ve svým pokoji. Na víkendy jsme hodně jezdili k babičce a teď i vlastně uvědomuju, že jsem většinu víkendů byla u babičky a tam jsem chtěla jezdit, protože táta se na mě tak pořád ksichtil, on mě tak jako vychovával, že se na ní divně mračil…*

Terapeut: *jako byste něco provedla…*

Monika: *No, přesně, nebo když si myslel, že jsem něco provedla, nebo na mě nemluvil, nebo něco, já jsem z toho byla úplně hotová a tak jsem na to nebyla zvědavá a nechtěla jsem s ním moc bejt. Raději jsem byla s babičkou a dědou, tam to bylo dobrý. Tam to bylo v pohodě, nikdo tam na mě nedělal obličeje, tam jsem si toho mohla víc dělat v klidu, nechával jí, hrála jsem si po celým baráku a venku taky hodně… taky jsem tehdy neměla partnera a taky jsem byla tehdy to dítě, co jim jako dělá radost, měla jsem ty správný kamarády, hezky jsem si hrála, nezlobila jsem…prostě tak…a to už se teď nedá říct (smích).*

Terapeut: (smích) A pak na druhém stupni to vypadalo jak?

Monika: *To už u nás táta nebydlel, rodiče se rozvedli a máma se pak brzo vdala, a brzo s náma začal bydlet její druhej manžel, ale to bylo v pohodě, nebyly tam takový situace, který bych vysloveně neměla ráda…Já jsem vždycky měla totiž na druhou stranu pocit, že jsem důležitější než její partner…Tehdy sem se ani tý pozornosti moc nedožadovala…*

Terapeut: *Vybavíte si, jestli jste někdy byli spolu sami, bez přítomnosti táty, druhého manžela?*

Monika: *Kupodivu na nic takového si nevzpomínám, že bychom spolu nějak víc komunikovaly…asi jsme spolu moc nebyly, měly jsme asi každý svůj vlastní svět, stejně jako teď, ona měla jiný zájmy, neměly jsme toho moc společnýho…Vlastně si vůbec nevzpomínám, že bysme spolu něco podnikali, něco o víkendu, to spíše s tím dědou a babičkou, protože u nich jsem bývala ty víkendy, na chalupě, o prázdninách, vlastně skoro celý léto…děda mi vymejšlel různý hry, různý věci, dost jsme si vyhráli, babička mi šila ty panenky, bylo to takový dobrý…*

Terapeut: *Jako by rodiče hlavně vychovávali a starali se o ty povinnosti…a na to hraní byl děda s babičkou…*

Monika: *No přesně tak…pak přišlo to dospívání, ty konflikty a pak už jsme vlastně šla z domu, měla jsem partnera…*

Terapeut: *A teď v poslední době, podaří se vám být někdy spolu tak, aby vám to vyhovovalo?*

Monika: *Vlastně jo, někdy si tak uvědomím, že vlastně děláme s mámou takový věci, který jsme jako měly dělat dávno, když jsem byla menší… třeba nedávno jsme byly spolu na výletě v zoo, my dvě, samy, ona mě tam fotila s nějakýma kůzlatama, já jsem na ní halekala, tak jsme se tomu zasmály, a to by bylo adekvátní před dvaceti lety…*

Terapeut: *A užily jste si to, nebo to nebylo ono?*

Monika: *To jo, ale jak říkám, tohle jsme měly udělat dávno…ale jsem ráda, že alespoň teď to vyšlo…možná to máme nějaký posunutý…jsem vlastně ráda, že ten čas spolu takhle tráví občas…*

Terapeut: *Vypadá to, že si dokážete přeci jen ten čas na sebe najít a to mě přijde sympatický…přijde mi přirozený, že chcete s tou mámou bejt a něco s ní zažít…*

Monika: *Určitě, já jsem ráda, že to tak je, akorát mi to někdy přijde nepřiměřený, jako ty aktivity prostě neodpovídaj těm rolím, který spolu hrajem, protože mám vlastně jede jako s dítětem do zoo a přitom mu vypráví ty věci se svýma partnerama a takový ty věci…a podobný jí to přijde, když jedou spolu máma s babičkou a dědou na dovolenou, tak jsem si z nich dělala legraci, jestli budou žádat slevu na dítě…prostě když se na to podívám trochu z odstupu, tak mám pocit, že se to u nás posunulo o celý desetiletí…oni jedou spolu na dva týdny na dovolenou, já s mámou jedu do zoo, ona teďka prohání chlapy…(delší pauza) já si prostě někdy myslim, když spolu děláme tyhle věci, co jsme měly dělat dávno, že bychom měly dělat jako něco jinýho…*

Terapeut se drží dominantního tématu, snaží se pozorně naslouchat vyprávění, které se odvíjí především okolo vztahu Moniky s matkou, jenž Monika vnímá problematicky. Svými dotazováním dává (spíše implicitně) najevo, že vztah je důležitý a že potřeby Moniky jsou legitimní, že je vhodné se v této věci pokusit o změnu. Zároveň se snaží **identifikovat momenty, ve smyslu pozitivních výjimek**, které by mohly být základem pro kvalitativně jiný vztah, jiný příběh soužití matka-dcera.

V závěru sezení se terapeut se ještě zajímá, v čem se Monice ulevilo. I když jde pouze o hypotézu, dá se předpokládat, že konkretizace problému a jeho oddělení od osoby prostřednictvím externalizačního rozhovoru v počátku spolupráce ke zmiňované úlevě významně přispělo.

Terapeut: *Dneska jste na začátku říkala, že se vám po té poslední návštěvě ulevilo…jak se to stalo, co vám k té úlevě pomohlo?*

Monika: *Asi jak asi jak se o tady o tom všem mluvilo, protože já si vždycky připadala divně, jako blázen…s těma pocitama a tím nočním žraním…No a když tu věc, která mě trápí, pojmenuju a řeknu o ní ještě před někým dalším, když zjistím, že o tom můžu mluvit, tak už to pro mě není takovej strašák…že ta věc má nějakej tvar, že ten problém není taková beztvará neohraničená hmota, co je někde uvnitř mě, ale že je to něco konkrétního, s čím se dá něco dělat.*

4. Terapeutické sezení

I v tomto sezení začíná Monika vyprávěním o další snaze navázat kontakt s matkou a vyjasnit si vlastní pozici a pocity v tomto pro ni důležitém vztahu.

Monika: *Tak jsem učinila další pokus. Chtěla jsem si zase s mámou promluvit, ale zase to nevyšlo. Vyhnula se tomu, že je nemocná a že teď nemá na nějaký řeči sílu.*
Terapeut: *Jak to na vás působilo?*
Monika: *No tak bylo mi to líto. Máma asi už nechce nic řešit, jestli se něčeho bojí. Na jednu stranu mi to bylo líto, ale na druhou stranu mě uklidňuje, že se o nějaký kontakt pokouším, že jsem aktivní. Je docela obtížné najít si čas, kdy se oba zastavíme, ale domluvily jsme se, že spolu pojedou na chalupu, tak se uvidí, jak to dopadne.*
Terapeut: *Jak by to vypadalo, kdyby to setkání, nebo ten společně strávenej čas dopadl tak, abyste potom měla pocit, že jste se posunuly o krok dál?*
Monika: *Asi bych jí potřebovala říct, jak se cítím, co potřebuju a hlavně přitom neplakat. To je pro mě docela problém, když potřebuju mluvit o něčem, co je pro mě důležitý, tak ty emoce neudržím. A taky abychom se vyhnuly takovýmu chránícímu rituálu, kdy se objeví nějaká věc, neshodnem se v tom, pak následuje křik, nebo můj pláč, pak společný pláč a potom se to zastaví. No a pak se jako tváříme, že se nic neděje, nic se nestalo a jsme zase kamarádky.*

Terapeut se drží dominatního tématu, které přináší Monika opět do sezení. V podstatě jde o variace na již uvedené a detailně zpracované téma, které lze konceptualizovat dle Luborskeho modelu CCRT. Terapeut podporuje Moniku, aby se pokusila konkrétněji vyjádřila své potřeby ve vztahu s matkou. Dále se snaží reflektující otázkou povzbudit Moniku, aby si představila možný pozitivně laděný moment ve vztahu s matkou ve smyslu tzv. *unique outcomes* v budoucnu. Též se pokouší vnést do rozhovoru postoj matky, což se ukáže jako most k rozšíření perspektivy směrem k transgeneračním tématům.

Terapeut: *Přemýšlela jste o tom, čeho by se vaše matka mohla bát? Co když ona také s něčím zápasí?*
Monika: *To nevím, čeho by se mohla bát…Ale hodně jsem o ní přemýšlela, a taky o babičce a dědovi, protože to jsou vlastně máminy rodiče a je to ta část rodiny se kterou se hodně stýkám…. A když jsem o tom takhle přemejšlela, tak mi došlo, že vlastně ta máma se v podstatě nedokáže na něco podívat jinak, než svejma očima, nedovede si představit, že to*

někdo může vidět jinak a došlo mi, že vlastně jí to naučili oni, že to maj takhle úplně stejně…že si jako nastavili nějaký pravidla už dávno, a kdo podle nich nejede, tak z toho maj pocity ohrožení, jsou z toho celý vyděšení a jak nejsou nejmladší, tak to tak dramaticky prožívaj…Navíc to maj zařízený tak, že jako děda rozhoduje, co je důležitý a co jsou kraviny….přitom oni samotný se s tím netrápí…takhle nějak to v tý naší rodině funguje.

Terapeut: *Jaký ty pravidla to jsou?*

Monika: *No že se z práce rovnou chodí domů, o víkendu se má být doma, pracovat na zahradě na údržbě domu, být pořád k dispozici a takovýhle věci. Ráno do práce, před tím se odhrne sníh, to musí udělat muž, i kdyby měl být v práci dřív než ta žena, pak hned domů, nikde necourat a to je prostě správně, takhle to má být… No a problém je, že my s Vaškem to máme úplně jinak, takže to pak je velký překvapení a babička s dědou nejsou schopný ten náš život skousnout…my nechodíme hned z práce domů, každej máme nějaký vlastní aktivity, chodíme třeba někam každý zvlášť a to je hned problém, to je pro ně hrozně nezvyklé…*

Terapeut (empaticky): *A to je hned oheň na střeše…*

Monika: *No to snad ne, ale hodně o tom přemejšlej a hlavně ze začátku jim to dělalo těžkou hlavu, nerozuměli tomu a hned si to vykládali tak, že něco v tom našem vztahu není v pořádku, když spolu jako všude nechodíme všude spolu, že máme i svý vlastní aktivity. No nějakou dobu jim to trvalo, než si na to zvykli, teď už jsou víc v klidu, asi konečně poznali, že ve vztahu s Vaškem je všechno v pořádku, i přes to, že prostě my žijeme trochu jinak, než jak byli babička s dědou zvyklý…*

Terapeut: *Kdo ty pravidla o kterých mluvíte, stanovuje?*

Monika: *No tak to teda nevím…asi to maj od svejch rodičů, tak nějak zažitý…oni si prostě myslej, že to takhle všechno dělaj správně, že to, jak žijou, takhle má bejt a problém je, že si myslej, že by takhle jako měli žít všichni, protože oni to maj odzkoušený, to je to nejlepší a tak by to tak měl mít každej, a my s Vaškem pochopitelně taky… Navzájem se v tom utvrzujou, navzájem ten svůj život vlastně žijou v těsným svazku, jsou celej život pořád spolu, nikdy nebyli dýl jak dva dny odděleně, snad jen když babička byla dva týdny v lázních. Jsou fakt strašně natěsno a v tom si tak žijou, utvrzujou se v těch pravidlech, který považujou za správný a osvědčený, což je potvrzený tím, jak dlouho spolu žijou, že se nerozvedli… a rádi by, abychom to s Vaškem měli úplně stejně….A nemůžou se asi tak úplně smířit s tím, že my to máme zařízený jinak…*

Terapeut: *A z těch pravidel, který si vytvořili babička s dědou, našli byste mezi nima nějaký, který byste považovali pro sebe a svůj život za užitečný?*

Monika: *Mě se líbí na nich to, že se k sobě chovaj jako hezky. Ono to tak někdy nevypadá, protože děda je občas rozmrzelej a občas si zanadává, jak je trochu cholerik, ale přesto je v tom jejich vztahu cítit taková vzájemná úcta, jsou k sobě dost pozorný…Tohle v tom našem vztahu bych určitě chtěla mít stejné…*

Terapeut: *Jak tohle snášel váš muž, když jste začali žít v tom domě společně?*

Monika: *Pro Vaška to byl úplně kulturní šok, protože přišel ze zcela jiný rodiny, takže z toho byl vyjevenej, ale já jsem mu řekla, že takhle to můžou mít i oni z nich, taky takovej šok, prostě každej má ten způsob života jinej a není třeba ze z toho znepokojovat, ale určitě si musel ze začátku hodně zvykat…*

Terapeut: *Zkouším si to představit, jako by vlastně dva odlišný světy existovaly blízko sebe, to je vlastně obdivuhodné, že se Vám to daří, takhle pospolu fungovat…to není samozřejmý.*

Monika: *Na tom něco je, ono to ze začátku nebylo lehký, byly takový střety, ale můj muž je hodně tolerantní a zároveň je schopnej si jít svou cestou a dělat si ty věci po svým, bez ohledu na to, co si o tom ostatní myslí…ale jinak teď fungujou dobře a tak si nějak na sebe zvykli…*

5. Terapeutické sezení

Páté sezení začíná netradičně. Monika poprvé nezačíná vyprávět ani o vztahu s matkou ani o rozdílech mezi jejím pohledem na život a pohledem prarodičů, se kterými sdílejí společnou domácnost. Hlavním tématem tohoto sezení je změna v zaměstnání, v němž Monika získala vedoucí funkci (detaily opět nejsou záměrně uvedeny s ohledem na zachování anonymity).

Terapeut: *Co tato změna pro vás znamená?*

Monika: *Tak teď nemám vůbec čas na nic myslet, jsem úplně zavalená prací. Ještě nevím, jestli je to změna k dobrýmu. Když jsem se to dozvěděla, tak to byla taková směs pocitů, chmury, neradost, hned zkraje mi bylo jasný, že to bude náročný, protože máme v podstatě skoro úplně novej tým. Zase se mi objevily takový ty pochybnosti, jestli to zvládnu. Přitom mě baví organizovat, furt si něco vymejšlet, myslím si, že dokážu být platná, že toho hodně zařídím, ale tady bude potřeba i zvládnout některý jednání a možná i konflikty, a to mě vždycky dělalo problémy. Taky je tu ta zodpovědnost…*

Terapeut: *Slyším, že ta práce Vás teď hodně zaměstnává…napadlo mě, že bychom si mohli zkusit představit ten nový tým, kterému budete dělat vedoucího. Souhlasíte, že bychom udělali takový malý experiment, abychom si ujasnili, o co a o koho se můžete při té práci opřít?*

Monika: *Tak dobře, uvidíme, co zjistíme…*

Následuje modelování pracovního týmu Moniky s pomocí ošatky kamenů různé velikosti a tvaru. Tato metoda se používá především při práci s rodinou, ale její možné využití pro modelování vztahů a systémů je širší. Terapeut Moniku žádá, aby za každého člena týmu i za sebe vybrala jako zástupce jeden z kamenů a rozložila je na papír velikosti A3, který symbolizuje sdílený prostor v zaměstnání. Dostává za úkol, aby při umístění kamenů vzala v potaz pracovní vztahy mezi kolegy. Poté probíhá diskuse o jednotlivých členech týmu, jejich schopnostech a zkušenostech a o jejich potenciálu pro možné řešení pravděpodobných situací, jež v daném zaměstnání mohou nejčastěji nastat. Dále je diskutována otázky vzájemných vztahů, schopnosti komunikovat a distribuce zodpovědnosti. Tato forma práce Moniku zaujala, v závěrečné reflexi si uvědomuje, že tíha zodpovědnosti v zaměstnání neleží pouze na ní, sama udává, že je překvapena, co všechno jednotliví členové tvoří ve smyslu dovedností a zkušeností, které představují cenný zdroj pro spolupráci a zvládání pracovních povinností. Uvádí pocit většího klidu, který podle ní pramení z uvědomění, že na práci nebude sama a že v týmu 6 lidí jsou kromě ní ještě další dva víceméně zkušení pracovníci. Terapeut v závěrečné třetině sezení podlehne zvědavosti a táže se, zdali je něco nového mezi Monikou a její matkou.

Terapeut: *Ještě jsem se chtěl zeptat, jestli se mezi Vámi a Vaší mámou stalo něco nového od poslední návštěvy tady?*
Monika: *Málem jsem na to zapomněla, ty starosti s prací byly silnější. S mámou je to vcelku pozitivní, zase došlo k pokusu o rozhovor a tentokrát to neskončilo hned na začátku. Prostě konečně jsme si sedli a máma nikam neuhnula…bylo to takový hodně emotivní, nakonec jsem si poplakala, ale máma ne, ta ne. Byly jsme spolu na té chalupě, jak jsme to plánovaly.*
Terapeut: *Co ten rozhovor přinesl?*
Monika: *Prostě se to provětralo. Řekla bych, že jsme si konečně vyjasnily pár nedorozumění. Nějak mi v tom povídání s mámou taky došlo, že můžu bejt klidně sama sebou, že jí můžu říct i věci, se kterýma nebude souhlasit, že to už neohrozí ten náš vztah. Že mě stejně bude mít ráda, i když si budu žít podle sebe.*
Terapeut: *To zní hodně nadějně, jako začátek úplně jiného vztahu…*
Monika: *Určitě, taky se mi po tom dost ulevilo, spadnul ze mě takovej ten strach, že se jako máma naštve, nebo že bude brečet, nebo že budeme brečet obě, že se kvůli něčemu nepohodnem…*

6. Terapeutické sezení

Již v úvodu šestého sezení Monika sděluje, že se cítí mnohem lépe. Vyjadřuje spokojenost s dosavadní spoluprací a udává, že toto sezení považuje prozatím za poslední. Další pokračování podle ní není třeba. Terapeut využívá toto sezení k rekapitulaci a zajímá se o to, v čem vnímá Monika zlepšení. Její výpověď demonstrují výňatky z terapeutického rozhovoru.

Terapeut: *Jak se vám daří?*
Monika: *Cítím se lépe, v práci se to usadilo, měli jsme tam docela velký problém, ale kolegyně to zvládly, mám teď pocit, že se na ně mohu spolehnout, že na to nejsem sama.* (Monika popisuje určitou náročnou situaci v zaměstnání, díky níž si ověřila, že její kolegové, zvládnou řešit obtížné problémy i bez ní, že nemusí nést veškerou zodpovědnost na svých bedrech. Podrobný popis Moniky není záměrně uveden, neboť detaily by mohly vést k identifikaci klientky.)
Terapeut: *Ještě něco se změnilo?*
Monika: *Určitě ten vztah s mámou, už to není takový nejasný, mám pocit, že se uvolnilo takový napětí. Teď o víkendu jsem vyzvala mámu k úklidu na zahradě a tak jsme měly na sebe čas. Je to pro mě taková úleva, už tolik neprožívám tu nejistotu. Taky se s mámou nemusím tak složitě domlouvat, řekla bych, že je trochu ochotnější a má na mě víc času.*
Terapeut: *Co myslíte, že k téhle změně přispělo?*
Monika: *Nevím, asi jsem se na to začala dívat jinak, už to tolik neřeším. Určitě pomohlo, že jsem se pokusila si s mámou promluvit. Pak jsem taky zjistila důležitou věc, o které jsem nevěděla. Máma totiž za mě občas bojuje s babičkou. Babička si jí totiž občas stěžuje na ten můj životní styl a protože má tendence věci trochu dramatizovat, různě si je domýšlet a vytvářet takový ty katastrofický scénáře. No a tak občas o tom mluví s mámou a ta to ale uvádí na pravou míru a stojí za mnou, což mě teda dost překvapilo. To je pro mě takový důležitý zjištění, vlastně i potvrzení, že jí na mě záleží.*

V další části sezení:

Terapeut: *Takové to zklidnění ve vztahu s mámou, řekla byste, že se objevuje i v ve vztazích s jinými lidmi?*

Monika: *Určitě, není to jen s mámou, ale i s babičkou a dědou. Mám pocit, že už se do toho tak nezamotávám, už se tolik netrápím tím, jak to oni berou, prostě je nechávám ať si to ujasněj sami. Asi jsem je potřebovala nějak chránit a přitom to nebylo třeba, teď prostě nechávám ty věci běžet. Nemám taky takovou potřebu si obhajovat to, co chci udělat. Prostě se s tím, co dělám a jaká jsem, musí vyrovnat sami. Hodně se mi ulevilo od tý přehnaný starostlivosti a takový potřeby všechny okolo sebe ochraňovat. Spadla ze mě taková ta tíha těch vztahů…*

Terapeut: *Zajímalo by mě, jestli ta úleva a zklidnění, o kterém mluvíte, měla taky nějaký vliv na to, proč jste vlastně přišla, na to noční přejídání?*

Monika: *To se hodně změnilo, už to není několikrát za noc, ale jenom jednou. Občas se to stane, ale pár nocí jsem se vůbec nevzbudila. Taky už mi není špatně, ráno se probudím a není tam to napětí, jsem víc spokojená. Celkově to jídlo už tolik neřeším, co jako sním, prostě jím všechno, ale už ne v takovém množství a tak často.*

Terapeut: *Všiml si toho také váš muž?*

Monika: *Samozřejmě, říkal, že je rád, že už to s tím jídlem líp zvládám, prej už bylo na čase (smích).*

V úplném závěru 5. sezení se terapeut zajímá o to, jak Monika vnímá psychoterapeutickou spolupráci:

Terapeut: *Podle toho, co jste vyprávěla, mám pocit, že se vám toho hodně podařilo. Myslíte si, že k tomu přispěly i ty naše rozhovory?*

Monika: *Určitě, tady jsem o tom mohla jinak přemýšlet a mluvit. Taky mě to tady nutilo se tím vším zabývat, neutíkat před tím. Prostě když tady o tom mluvíme, tak se tomu nevyhnu. Prostě je to takovej vymezenej čas, kdy se teď budeme věnovat tomu, co potřebuju. Taky se to trochu projasní a rozkryje. V podstatě se dá říct, že se mi otevřela nějaká cesta, kterou teď už můžu jít sama.*

V závěrečné domluvě Monika souhlasí s vyplněním dotazníku, který jí bude s odstupem 3 měsíců zaslán, aby se zpětně subjektivně posoudila proběhlou psychoterapeutickou spolupráci. Znovu opakuje, že další pokračování psychoterapie již nyní nepotřebuje, že je spokojená a že v případě nějakých potíží by se opět ozvala.

Dotazník:

Dle domluvy na konci posledního terapeutického sezení byl klientce zaslán dotazník zaměřený na její subjektivní hodnocení proběhlé psychoterapeutické spolupráce. Formulář dotazníku bude uveden v příloze práce. V následující části je uveden doslovný přepis jejích odpovědí na otázky uvedené v dotazníku.

Důvod psychoterapeutické spolupráce: *Noční přejídání*

1. Jak byste svými slovy popsal(a) psychoterapeutickou spolupráci v zařízení PRO-Story?
   Spolupráce byla dobrá, líbily se mi prostory i přístup terapeuta. Důležité byla 1. schůzka, všechno mi bylo jasně vysvětleno, celkový dojem byl „KLID“.

2. Popište prosím svými vlastními slovy, jak jste vnímali působení psychoterapeuta?
   Působení terapeuta jsem vnímala jako příjemné, byl klidný, nechal mě mluvit, celkově jsem měla dojem velkého pochopení. Když mi chtěl sdělit svůj názor, vždy se zeptal, jestli ho chci slyšet.

3. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci považujete za přínosnou, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta nejvíce přispělo k porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejvíce prospěšné?)
   Nejvíce prospěšné bylo, že mě terapeut pomalu vedl k pochopení vlastních problémů, což později vedlo k tomu, že jsem je jednou provždy vyřešila. Jednalo se o porozumění vztahům s rodinou.

4. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci za přínosnou nepovažujete, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta bránilo v porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejméně prospěšné?)
   Není uvedeno nic.

5. Uveďte prosím, zdali se díky psychoterapeutické spolupráci něco změnilo (v celkovém pocitu pohody či zdravotním stavu, vztahu k sobě, k blízkým v rodině, v práci nebo v řešení problému apod.).

Změnilo se všechno. Našla jsem odvahu problémy ve vztazích řešit a vyplatilo se to. V důsledku toho mám dojem, že se změnil celý můj život (změna bydliště, životního stylu).

Závěrečný komentář:

Již v průběhu popisu této případové studie byly začleněny komentáře terapeutova působení, jež vycházelo z jeho hypotéz a předpokladů. Nyní si shrneme některé poznatky v rámci závěrečné reflexe. **Narativní prvky** v působení terapeuta jsou následující:

1. Podpora vyprávění tzv. problematického příběhu (angl. *problem-saturated story*) s postupným soustředěním pozornosti na centrální vztahové téma jako významný aspekt životního příběhu dle konceptu CCRT Luborskeho et al.(1994).
2. Externalizace problému vč. dotazování na vliv různých faktorů na existenci problému a problematické aspekty životního příběhu (angl. *relative influence questioning*).
3. Identifikace pozitivních momentů v tzv. problematickém příběhu (angl. *unique outcomes*) jako základ pro rozvoj alternativního příběhu.
4. Podpora zvládání (angl. *personal agency*) klientkou definované problematické situace a především její snahy o změnu ve významném vztahu, které by změny ve vývoji životního příběhu.

S postupující spoluprací je patrné, že terapeut se nedrží rigidně jednoho přístupu či narativní techniky, ale ve snaze reagovat na hlavní linii vyprávění klientky se pokouší integrovat různé perspektivy (narativní, psychodynamickou, systemickou). Přínos samotného narativního přístupu definovaného v tomto případě výše uvedenými prvky spočívá zejména v tom, že chování a potíže „přivádějící" klientku do terapie nejsou patologizovány, ale důraz je kladen na porozumění situaci prostřednictvím vyprávění, převyprávění a posílení zvládání i rozvíjení důležitých aspektů životního příběhu, jež se mohou stát základem uspokojivějšího života a vztahů s blízkými. Patologizace zejména přejídání bulimického charakteru, úzkosti a problémů se spánkem s následující snahou řešit tyto projevy pouze farmakologicky by mohla vést k opominutí důležitých „zápletek" (angl. *plots*) ve životním příběhu klientky. Nabízí se zde ještě jiná než tzv. narativní hypotéza. Vzhledem ke sdělení klientky v posledním sezení a její reflexi v otevřeném dotazníku se můžeme domnívat, že „znovuoživení" či posílení citové vazby (angl. *reconnection*) mezi matkou a dcerou bylo nutné k tomu, aby dospělá dcera byla

schopná pokračovat v procesu separace a učinit ve svém životě důležité kroky směrem k větší emoční nezávislosti na své původní rodině. Tato hypotéza by odpovídal modelu sociální dělohy a významu separace, který předložili Trapková a Chvála (2004).

Zmínku si zaslouží ještě zjevné rozdíly mezi terapeutovým vnímáním svého působení a subjektivním pohledem klientky na terapeutickou spolupráci. Přestože si terapeut není vědom, že by se pokoušel klientce něco vysvětlovat, ona za důležitý aspekt prvního terapeutického sezení kromě pocitu klidu označuje právě terapeutovo vysvětlení. Stejně tak je nutné sebekriticky připustit, že terapeut vyjadřoval někdy svůj názor, aniž by předem zjišťoval, zdalo o jeho názor klientka stojí. Ta přesto v dotazníku uvádí, že tomu tak bylo. Rozdílné interpretace určitých momentů v terapii, terapeutického procesu nebo působení terapeuta je častým fenoménem dobře známým nejen z klinické praxe, ale též předmětem výzkumu (Kaschak, 1978 a Mintz, 1973, in McLeod, 2003).

Přestože je výpověď klientky v dotazníku poměrně stručná v porovnání s jejími verbálními schopnostmi a bohatým vyprávěním v průběhu jednotlivých sezení, lze v ní identifikovat aspekty terapeutického procesu, které pro sebe považuje za významné s ohledem na přínos terapeutické spolupráce. Jedná se o „vysvětlení“, pocit klidu, možnost vyprávět, pocit pochopení, vedení k porozumění, podpora k důležitým změnám.

Případová studie č.2.

Seznámení se klientem/rodinou:

Psychoterapeutickou konzultaci iniciovala 30-letá žena, v textu ji budeme nazývat Jana. Důvodem navázání kontaktu s psychoterapeutickým pracovištěm jsou problémy s 12letým synem, který má diagnózu dětské mozkové obrny, pravostranné hemiparézy a poruch chování s agresivními projevy. V závěru dle dostupného psychologické vyšetření je uvedena diagnóza lehké mentální retardace s projevy nestálosti, afektivní nevyrovnanosti, nesoustředěnosti, horší řečovou artikulací.

Jana je svobodná, se synem žije sama, má přítele, v průběhu psychoterapeutické spolupráce absolvuje dálkové bakalářské studium. Na první psychoterapeutické sezení přichází sama, což vysvětluje následovně: „*Chci nejdříve zmapovat situaci, popsat problém bez přítomnosti syna, protože je citlivý, nechci před ním mluvit o tom, co mě trápí, aby se necítil kritizovaný a neměl výčitky.*“

Vzhledem k předchozímu sdělení klientky nejsou jednotlivá sezení nahrávána, proto v této případové studii vycházíme z detailních poznámek terapeuta a z dotazníku vyplněného klientkou.

1.Terapeutické sezení

Klientka nejprve vysvětluje, proč přichází nejprve bez syna. Na dotaz terapeuta, co jí trápí, reaguje následovně: „*Syn má výpadky v chování, především když je v kolektivu dětí, když má pocit, že mu děti konkurují, když mu někdo nevyhoví, když má někdo na něho nějaký požadavek. Nevím si s tím už rady.“*

Terapeut se zajímá o to, jak vypadají „výpadky chování“, za jakých okolností se u syna objevují, zdali jsou častější doma či ve škole, co jejich výskyt provokuje. Od Jany se dozvídá následující: *„Výpadky v chování jsou různé, například jde o házení předmětu, kousání, kopání, vztekání, pláč, někdy je to nevyzpytatelné. Tomáš nemá rád hluk a když je kolem něj moc dětí, to se bojí. Někdy to zvládne, ale někdy ne, řekla by, že mu vadí spíše ten hluk. Pak také Tomášovi vadí, když mu něco nejde, když je to nad jeho síly.“*

Jana dává konkrétní příklad: „*Ve třídě má jednoho spolužáka, ten ho občas poučuje, co má a nemá dělat, obvykle se pak strhne bitka a dojde i na fyzický projevy násilí například škrcení a tak…Pak si to Tomáš uvědomí, že to bylo špatně, uteče a trápí ho to.*“ *Na otázku, proč to udělal, odpovídá, že neví, ale je vidět, že mu to není jedno.*

Dále Jana sděluje: *„Doma s ním problémy nejsou, nebo jenom výjimečně. Žijí spolu sami, takže doma asi nemá konkurenci, mají na všechno více času a možná, že ona mu také prostě většinou vyhoví.“*

Terapeut se ptá, jak Jana mluví s Tomášem o „výpadcích“ v chování: *„Říkáme tomu zlobení, Tomáš moc dobře ví, o co jde.“*

Terapeut se standardně zajímá o rodinnou situaci klientky, společně kreslí tří-generační genogram. Během mapování sítě rodinných vztahů Jana popisuje některé významné vztahové okolnosti:

„Se synem se otec Tomáše nestýká, pouze platí složenky. Byla to krátká známost, mladická nerozvážnost, otěhotněla těsně před tím, než jí bylo osmnáct. Rozešli se na začátku těhotenství, dost to bolelo. Momentálně má partnera, chodí spolu půl roku, vypadá to nadějně, Milan je ale nevidomý, takže někdy je to složité, ale vycházejí spolu dobře, stejně tak

i Tomáš s Milanem, opravují spolu doma různý věci, Tomáše baví něco dělat s Milanem, také spolu rádi všichni chodí ven. Milan s nimi zatím nežije, ale rádi by si časem našli nějaký byt.

Její rodiče se rozvedli, když jí bylo patnáct let. S tátou se stýká málo, dost jí chybí, ale vypadá to, že každý má svůj vlastní svět. Matka si našla po čase známost, nevlastní otec s nimi bydlel už v době, kdy otěhotněla. Sice se snáší, ale nemají si co říct. Nevlastní otec také nikdy neměl moc zájem o Tomáše, neměl nikdy vřelý vztah k vlastním dětem, vyhledává svůj klid, je o dost starší než matka. Zatím bydlí společně všichni v jednom domě, v přízemí matka s druhem, v prvním patře ona s Tomášem."

Když otěhotněla, tak to byl docela problém, rodiče jí to dost vyčítali. Dneska už je to v pořádku, s mámou si většinou vyjdou vstříc, ale občas mají jiné představy o výchově Tomáše.

Domlouvám se na pokračování terapeutické spolupráce, Jana souhlasí s tím, že přijde na druhé sezení s Tomášem, jako cíl spolupráce si stanovuje zvládání zlobení, které jí i Tomáše trápí. Také uvádí, že by „*chtěla vědět, kdy má zasáhnout a kdy ne, kdy je na místě volnější výchova, kdy je třeba nastavit limity*."

2. Terapeutické sezení

Podruhé přichází paní Jana se synem Tomášem. Na Tomášovi je patrné napětí a ostych, zřejmě proto, že je v cizím prostředí. Je nejistý, schovává se za maminku, na pozdrav sice odpoví, ale podat ruku terapeutovi na přivítání se neodváží. Terapeut se snaží navázat s Tomášem kontakt, po přivítání mu nabízí hračky, které jsou k terapeutické místnosti k dispozici, Tomáše zaujme skládací traktor, který začne okamžitě rozebírat na jednotlivé části. Postupně se zabere do činnosti a zklidňuje se.

Terapeut využívá situace a ptá se Jany, jestli mělo první setkání nějakou odezvu a zdali nějak připravovala Tomáše na dnešní návštěvu. Jana sděluje, že *„Měla z první návštěvy dobrý pocit, protože začala konečně něco řešit. Po tom povídání se jí zdálo, že ten problém řešit lze, že na to nemusí být sama, že jí někdo pomůže. Doma se jí nikdo nevyptával, máma má vlastní starosti, navíc se spolu neshodnou v tom, jak k Tomášovi přistupovat. Máma mu víc povoluje, dříve měly kvůli tomu častější konflikty. O návštěvě tady mluvila s přítelem Milanem, ten by měl zájem sem přijít, aby se poradil, jak se má chovat a jak má na Tomáše reagovat. Zatím s ním chodí krátce, nebydlí spolu, takže on se do výchovy nezapojuje a nechává to na ní."*

Terapeut přesouvá průběžně pozornost na Tomáše, který si chvíli hraje a občas se přitulí k mamince, nebo poslouchá rozhovor. Terapeut se snaží navázat s Tomášem rozhovor a ptá se ho, jestli ví, proč jsou s maminkou tady, jestli ho něco trápí. Od Tomáše se dozvídá, že důvodem návštěvy je Tomášovo zlobení. Terapeut bezprostředně reaguje:

Terapeut: *„Aha, tak Zlobení, a jak to Zlobení vypadá, copak ti dělá?“*

Tomáš: *„Je to Zlobení, když mě popadne, tak se vztekám a někdy skáču, když se hodně naštvu.“*

Terapeut*: „A to ti vadí, když tě Zlobení nutí se vztekat a skákat?“*

Tomáš*: „ Někdy. A Zlobení trápí maminku a babičku.“*

Terapeut*: A objevuje se to Zlobení ještě někde jinde než doma?*

Tomáš*: „Někdy ve škole...“*

Terapeut*: „ A není to Zlobení někdy takový tvůj kamarád?“*

Tomáš*: To ne..no, možná, někdy...“*

Terapeut*: „A namaloval by si mi to Zlobení, abych viděl, jak vlastně vypadá“*

Tomáš: Já nevim…

Jana: *(vstupuje do rozhovoru, aby povzbudila syna) „Můžeme ho namalovat spolu.“*

Tomáš: *„Tak jo.“*

Na Tomášovi je vidět, že povídání o Zlobení se mu moc nezamlouvá, odpovídá krátce, zřejmě se musí přemáhat, někdy je patrná horší artikulace a nápadnější intonace řeči. Přesto se s ním daří kontakt udržet, i když je patrné, že bude nutné sezení strukturovat a brát ohledy na jeho schopnosti soustředění a potřebu neverbální činnosti. Před tím, než terapeut pokračuje v rozhovoru s Janou, ptá se ještě Tomáše, jaké plány má se Zlobením:

Terapeut: *„A Tomáši, pověz mi, ty bys chtěl, aby Zlobení u Vás doma zůstalo?“*

Tomáš: *„Neé, nechci...“*

Terapeut: *„Opravdu, seš si jistej?“*

Tomáš: *„Joo..“*

Terapeut: *„A co by si chtěl se Zlobením udělat?“*

Tomáš: *„Abysme ho společně vyhnali!“*

V další části rozhovoru terapeut zjišťuje, jaké má Zlobení podoby, za jakých okolností je vliv Zlobení na rodinu silnější, co proti Zlobení pomáhá. Hovoří především s Janou, občas se snaží do rozhovoru zapojit i Tomáše.

Dle popisu Jany má Zlobení následující podoby:

1. Pláč
2. Skákání
3. Křik, vztekání, házení věcí
4. Fyzické násilí, bouchání, škrcení

V 1. případě pomáhá, když se může Tomáš vyplakat, když si toho nikdo moc nevšímá, v 2. případě je dobré nechat Tomáše vyskákat, to se pak uvolní napětí i Zlobení. Ve 3. a 4. případě pomůže, když Tomáše chytne a pevně drží a zabrání mu v tom, aby udělal něco, co by ho pak mrzelo. Potom se uklidní za nějakou dobu, uvědomí si, že neměl něco udělat, nechce o tom moc mluvit.

Zlobení se vyskytuje v následujících situacích:

a) když po něm něco vyžaduje, že si má uklidit, že si má udělat úkoly
b) když přijedou na návštěvu sestřenky
c) když se nějak naruší stereotypy a jistota, na které je Tomáš zvyklý (to platí jak pro domov, tak pro školu, situace bývá horší po víkendech, kdy se ve škole musí více přizpůsobit)
d) Zlobení si více dovolí na babičku. (Pozn. projevuje se zde rozdílný přístup ve výchově a postoji k synově chování mezi Janou a její matkou, Tomášovou babičkou; Jana též uvádí, že poté, co se objeví Zlobení, tak její rodiče zpravidla kriticky komentují její „neschopnost“ zvládnout situaci)

Dále Jana popisuje, že zvládání Zlobení se daří tehdy, když je přísná, ale laskavá, když jasně určí hranice toho, co se smí a co se nesmí, a na těch hranicích trvá. V této souvislosti opět připomíná různou míru tolerance mezi ní a svojí matkou, která Tomášovi více povolí. Zvládat Zlobení se podle Jany také daří tehdy, když začne spolu s Tomášem něco dělat, nebo když změní dosavadní činnost.

V závěru tohoto sezení terapeut společně s Janou a Tomášem rekapituluje hlavní věci, které zazněly: Existenci a podoby Zlobení, okolnosti výskytu Zlobení v rodině a ve škole, osvědčení i selhávající způsoby zvládání Zlobení. Poté ve snaze posílit externalizace problémového chování znovu žádá Tomáše, aby Zlobení do příště namaloval, a ujišťuje se, zdali se chce Zlobení opravdu zbavit. Snaží se získat matku i syna pro externalizační způsob práci, zdá se, že se to prozatím daří.

Komentář:

Prezentovaným problémem jsou projevy chování u dítěte s diagnózou dětské mozkové obrny a středně těžké mentální retardace. Narativní přístup aplikovaný během druhého terapeutického sezení spočívá v **externalizaci problematického chování** způsobem, který vychází z jazykového kontextu rodiny a který je přijatelný jak pro syna tak pro matkou, kteří terapeuta vyhledali. Kromě externalizace je aplikováno **dotazování zaměřené na okolnosti existence problému a vliv rodiny na výskyt a intenzitu problematického chování** (angl. *relative influence questioning*). Již v této fázi externalizace a následné dotazování usnadňuje identifikaci způsobů zvládání, které se osvědčují. Pomáhá též rozpoznat významné okolnosti, které mají vliv na projevy chování, jejichž vznik by mohl být považován za nepochybný důsledek onemocnění dítěte a základní diagnózy. Tento výklad by mohl vést k rezignovanému postoji a utvrzení v individuálním výkladu vzniku problému. Přínos externalizace v tomto případě spočívá také v tom, že může představovat přijatelný způsob komunikace o problému s dítětem, jehož emoční, kognitivní a sociální schopnosti jsou narušené. Externalizace problematického chování je prevencí bludného kruhu sebeobviňování, i vzájemného obviňování v rodině, může přispět i ke zmírnění napětí, které se objevuje v situaci obtížně řešitelného problému. Zdali se podařilo Janu i Tomáše získat k tomuto způsobu uvažování a práce se uvidí během dalšího sezení.

3. Terapeutické sezení

Na třetí sezení přichází paní Jana se synem Tomášem, oba se zdají být dobře naladěni, Tomáš mi tentokrát na přivítanou podávává ruku, usmívá se, po ostychu z prvního setkání není ani stopy. Terapeut se zajímá, jak se oba měli, od poslední návštěvy uplynuly tři týdny. Paní Jana referuje, že se doma s Tomášem domluvili, že Zlobení nechtějí, že se ho společně pokusí vyhodit jak z domova, tak ze školy. Jana též přiznává, že po poslední návštěvě byla dost skeptická, ale pak došlo k obvyklé scéně, když měl Tomáš napsat domácí úkol. Následující výňatky demonstrují aplikaci narativních prvků, zejména externalizační rozhovor a dotazování na relativní vliv problému, v terapeutickém rozhovoru:

Terapeut: *„Co se přihodilo?“*

Jana: *„Prostě jako obvykle, chtěla jsem po Tomášovi, aby si začal dělat úkol, moc se mu do toho nechtělo, asi už byl také unavený, takže došlo ke křiku a ke vztekání.“*

Terapeut: *„Jak jste na to reagovala?“*

Jana: *„No prostě jsem se jako lekla a řekla jsem, jestli náhodou nepřišlo Zlobení. Tomáš se zarazil, chvíli tak koukal, a pak povídá, že to teda ne, že tady žádný Zlobení nechce. Tomáš byl dost překvapenej, co se jako děje, Zlobení jsme chvilku hledali v místnosti a nakonec k žádné scéně nedošlo.“*

Terapeut: *„A to se u vás od minulé návštěvy Zlobení objevilo jen jednou?“*

Jana: *„Stalo se to ještě jednou a v podstatě to probíhalo stejně, vůbec jsme nenechali Zlobení, aby se nějak výrazně projevilo.“*

Terapeut se pokouší vtáhnout do rozhovoru o Zlobení také Tomáše.

Terapeut: *„Tomáši, to vypadá, že se vám s mamkou podařilo to Zlobení zahnat...“*

Tomáš: *„No, to jo...“*

Terapeut: *„A prosím tebe, jak se vám to podařilo?“*

Tomáš: *„Já nevim...“*

Terapeut: *„A řekni mi, proč ho vlastně doma nechcete, vždyť s ním může být někdy docela sranda, ne?“*

Tomáš: *„Neni, dělá furt potíže, zlobí mě.“*

Terapeut: *„A to dělá potíže jen tobě?“*

Tomáš: *„Né, taky mamce, ta se zlobí a já se pak nemůžu dívat na televizi. A taky mi babička dává na zadek.“*

Terapeut: (znovu se obrací k matce Tomáše) *„Tak vás to Zlobení taky zlobí...jak to dělá?“*

Jana: *„Samozřejmě, že mi to vadí...prostě narušuje klid v rodině, já se pak zlobím na Tomáše...“*

Terapeut: (skáče Janě do řeči) *„A přitom to patří spíš tomu Zlobení...“*

Jana: *„Vlastně jo...Pak taky to Zlobení narušuje vztah s babičkou. No a jak už jsem říkala, přítel neví, jak má reagovat. Dneska mu to nevyšlo, ale příště by rád přišel.“*

Terapeut: *„Určitě, budu rád, když přijde s Vámi, zajímalo by mě, co si o Zlobení myslí.“*

Terapeut oceňuje aktivní přístup v zápase s externalizovaným Zlobením, nahlas uvažuje, že není obvyklé, aby se podařilo takového zákeřného protivníka tak rychle porazit. Naznačuje, že je pravděpodobné, že se Zlobení ještě několikrát objeví. Dále terapeut navrhuje, že Tomášova snaha vyhnat Zlobení by si zasloužila nějakou odměnu. Jana na to reaguje, že odměny u nich v rodině nejsou moc běžné, ani chvála není příliš častá. Terapeut se zajímá o to, co by Tomášovi udělalo radost, co má rád. Jana sděluje, že Tomáš miluje nanuky. Pak dodává, že bude ale nutné se sladit s babičkou Tomáše, která má tendenci Tomášovi ve všem vyhovět. Terapeut se ptá, zdali došlo v rodině k nějakému rozhovoru na téma sladění ve výchově Tomáše a naznačuje, že v případě Zlobení by stálo za to spojit své síly. Jana připouští, že neshody s babičkou Tomáše mohou Zlobení nahrávat a vyjadřuje naději, že si spolu o všem promluví.

V závěru sezení si ještě terapeut vzpomene, že minule poprosil Tomáše, aby mu Zlobení namaloval. Ptá se, jestli Tomáš nezapomněl. Tomáš horlivě vytahuje z matčiny kabelky obrázek, který doma namaloval. Terapeut využívá situace a při pohledu na kresbu vyjadřuje úlek. Dává Tomášovi najevo, že se takového Zlobení bojí a že by bylo lepší, kdyby se ho společně zbavili. Zdá se, že Tomáše tento hravý přístup baví. Přijímá návrh, že Zlobení zamknou společně do skříně v terapeutické místnosti. Poté, co je Zlobení zamčeno „na sedm západů“, si terapeut oddechuje jako po namáhavém úkolu a děkuje Tomášovi za pomoc. Tomáš má dobrou náladu, není ani stopy po počátečním ostychu, Jana terapeutickou nadsázku akceptuje, je domluvena další návštěva.

4. Terapeutické sezení

Přichází opět paní Jana se synem Tomášem. Terapeut se vítá s Martinem, po krátké konverzaci s matkou i synem se ptá, jak se jim daří. Paní Jana popisuje, že situace doma je lepší, Zlobení se vyskytuje velmi málo a není tak silné. Dále sděluje, že si promluvila s paní učitelkou ve škole, dala jí instrukce, jak se bránit Zlobení. Paní učitelka vše vyzkoušela a funguje to. Také chválila Tomáše, že mu to ve škole jde a že dobře spolupracují.

K situaci doma paní Jana dodává, že se snaží více chválit, více si všímá různých forem Zlobení, zavedla způsob odměn, když se podaří Tomášovi něco zvládnout, nebo když společně zaženou Zlobení. Také se domlouvali s přítelem, jak společně postupovat. O totéž se snažila i s maminkou, ale tam je to stále ten samý problém. Mají jiné představy o hranicích, benevolenci, maminka navíc o těchto věcech nechce moc komunikovat. Přesto vyjadřuje odhodlání pokoušet se dále o domluvu ohledně souladu ve výchovném působení.

Terapeut se vyptává na Zlobení Tomáše. Ten je uvolněný, chvilku poslouchá rozhovor, chvilku se zabere do skládání *puzzle* nebo se přitulí k mamince. Při dotaze na Zlobení zpozorní a zadívá se na skříň, kam společně s terapeutem při minulé návštěvě zamkli. Terapeut Tomášovi navrhuje, že se společně podívají, jestli je tam Zlobení pořád zavřené. Tomáš se přidává, je zvědavý. Terapeut otevírá dveře skříně, ve které není po Zlobení ani památky. Terapeut reaguje překvapeně, dívá se tázavě na Tomáše, sugestivně klade otázku „Jak se to Zlobení mohlo dostat ven?. Tomáš kroutí hlavou, odpovídá, že neví. Následuje krátký rozhovor mezi terapeutem, Tomášem a Janou. Vysvětlení je následovné: Zlobení je pěkně prohnané, uniklo ze zamčené skříně, asi ještě není zcela vyhráno, je pravděpodobné, že se ještě objeví.

Na závěr sezení terapeut chválí Tomáše za to, jak se mu od poslední návštěvy dařilo držet si Zlobení od těla. Oceňuje Janu za podporu Tomáše v jeho boji se Zlobením, za její snahu o vyjasnění pravidel ve výchově s vlastní matkou a také za iniciativu ve vztahu ke škole, do které Tomáš dochází. Ujišťuje se, zdali ještě potřebuje další návštěvu. Paní Jana sděluje, že by ráda ještě jednou nebo dvakrát přišla, určitě alespoň jednou s přítelem a Tomášem dohromady.

Komentář:

I v tomto sezení je patrné **rozvíjení externalizace problému** (White, Epson, 1990). Zařazení strategického prvku v podobě manipulace s obrázkem Zlobení a zahraná scéna s jeho zmizením ze skříně je sporná. Důvodem k tomuto kroku byla snaha zabránit předčasnému optimismu a nerealistickým očekávání v souvislosti s výskytem Zlobení. Vzhledem k základní diagnóze a relativně rychlému zlepšení se terapeut domníval, že přílišné nadšení je třeba trochu zbrzdit. Naštěstí tento krok nevedl k oslabení důvěry, naopak se zdálo, že hravý přístup pomáhá udržet spojenectví s Tomášem, pro kterého je tento způsob práce vhodnější než pouhé povídání, na které se někdy obtížně soustředí. V pozadí zůstává nepříliš zpracované téma trans-generačního vztahu matka-dcera a rozdílné pojetí výchovy. Přestože terapeut tyto okolnosti bere v úvahu a podporuje snahy klientky o změně v této souvislosti, drží se cíle spolupráce definovaného během prvního sezení.

5. Terapeutické sezení

Tentokrát přichází s Janou a Tomášem Janin přítel Milan. Po vzájemném představení a krátké rekapitulace dosavadní spolupráce s Janou a Tomášem se terapeut vyptává Milana, jak

vidí problém, se kterým se Jana s Tomášem a někdy i on sám potýkají. Milan popisuje své pocity, které ho někdy zaplaví, když se objeví Zlobení. Mluví o bezradnosti, která občas vyústí v křik. Popisuje zkušenost, kdy křikl „Tak dost!“ a Zlobení se leklo, bohužel s ním se lekl také Tomáš, čemuž by se Milan rád vyvaroval. *„Kolikrát mě napadlo, jak to udělat, aby se leklo jen to Zlobení a Tomáš ne“*, ptá se. Tomáš pozorně poslouchá a přikyvuje. Milan hovoří o Zlobení v externalizační rovině, zdá se, že se bez problému připojil k procesu, který jsme s Janou a Tomášem započali.

Terapeut se zajímá, jestli se Milanovi něco osvědčilo v zápase se Zlobením. Milan odpovídá: *„Když se to podchytí včas, tak se Zlobení zvládne, ale nesmí se prošvihnout ten správný moment.“* Terapeut se dál ptá, jestli může využití toho správného momentu něco zhatit. Podle Milana jsou to někdy okolnosti, třeba když je Tomáš s jeho dcerou Terezou, které je sedm let. V takovém případě to podle Milana vypadá, jako by soupeřili o pozornost. Milan též sděluje, že si s Tomášem rád hraje, že jsou spolu oba rádi.

Jako další „komplikaci“ uvádí Milan Tomášovu babičku, která „*správný moment prošvihne často*“. Terapeut nahlas zauvažuje, zdali by babička nechtěla přijít s nimi a popovídat si o Zlobení. Jana shodně s Milanem tvrdí, že babička přijít nechce. Už jí to nabízeli, ale podle nich se sem bojí jít, zřejmě nechce rozdmýchávat konflikty. Terapeuta zajímá, zdali se ve vystihnutí správného momentu a zakročení proti Zlobení Milan shodne s Janou. Milan říká, že většinou ano, ale někdy si sám není jistý, jestli by měl proti Zlobení zakročit, přeci jen není Tomášův táta. Ale poslední dobou se Milanovi zdá, že Zlobení se doma tak často nevyskytuje, že je doma klidnější atmosféra.

Terapeut se obrací na Janu a Tomáše, aby se ujistil, jestli si toho také všimli. Jana uvádí, že situace doma je o dost lepší, ale postupně ubývají nanuky. Je to také tím, že babička nanuky dává častěji, takže podle Jany bude potřeba se s ní domluvit. Ve škole je vše také lepší, Zlobení se tam objevilo pouze jednou a paní učitelka s Tomášem si poradili. Jak? Vyhodili Zlobení z okna. Terapeut je překvapený a vyptává se Tomáše:

Terapeut: *„To se mi ani nechce věřit, opravdu jste se toho Zlobení ve škole s paní učitelkou zbavili?“*

Tomáš: *„Jo!“*

Terapeut: *„A jak jste to udělali?“*

Tomáš: *„Jednoduše, vyhodili jsme ho.“*

Terapeut: *„To přece není tak snadný, jak jste ho vyhodili?“*

Tomáš: *„No přece z okna, to je jasný.“*

Terapeut: *„Ale jak jste ho chytli, copak Zlobení má nějaký držátka?“*

Tomáš: *„Chytli jsme ho s paní učitelkou za kůži né a pak jsme ho vyhodili.“*

Terapeut (udiveně): *„A to už se pak nevrátilo?“*

Tomáš: *„Néé.“*

V závěru sezení dojde na rekapitulaci způsobů úspěšného zvládání Zlobení a prevence jeho výskytu.Ty jsou základem nového příběhu, v němž nedominuje Zlobení, ale narůstající kompetence Jany, Milana a Tomáše. Terapeut oceňuje dílčí kroky Jany i Milana a samozřejmě Tomášovo úsilí v zápase s Zlobením. Kromě toho terapeut podněcuje úvahy Jany a Milana o potřebě konsistentních výchovných postupů v rodině, oceňuje jejich schopnost domluvy a připomíná možný kladný vliv společného kontaktu Milana s Tomášem. Milan vyjadřuje spokojenost s dnešním setkáním, paní Jana by ráda alespoň jednou ještě přišla, ještě ale uvidí, jestli přijdou všichni, nebo jen ona sama s Tomášem.

6. Terapeutické setkání

Paní Jana přichází sama. Tomáš zůstal s Milanem, alespoň budu mít čas sami pro sebe. Je spokojená, situace se zlepšila, ale chtěla ještě dneska přijít sama, aby spolupráci ukončila a také se ještě potřebuje o něčem zmínit, o čem nechtěla mluvit minule.

Terapeut se nejprve vyptává, co se zlepšilo. Jana popisuje úlevu, která nastal tehdy, když zjistila, že není bezmocná. Získala zkušenost, že je schopná problematické situace zvládat a kontrolovat, už si nepřipadá neschopná. Chování, kterému říkali Zlobení, není tak časté. Všechno bylo až donedávna v pořádku, doma se Zlobení téměř nevyskytovalo, občas musela připomenout, že se zase blíží a to pomohlo „*situaci včas podchytit*.“ Po předchozím setkání si promluvili s Milanem a trochu si vyjasnili, co od sebe očekávají, jak společně mohou postupovat. Myslí si, že po té poslední návštěvě a jejich vzájemném rozhovoru už není Milan tak nejistý a má představu o tom, jak se k Tomášovi chovat. Také došlo na rozhovor s babičkou, rozhodla se, že už to takhle dál nejde, tak si s ní promluvila o tom, že nelze Tomáše jenom hýčkat, ale také vychovávat, že to je důležité. Od té doby je babička trochu přísnější. Na druhou stranu ale nechce Tomáše tak často hlídat.

Přestože Jana vyjadřuje spokojenost s výsledkem psychoterapeutické spolupráce, svěřuje se svými obavami. Tomáš pořád žárlí na Milanovu dceru, někdy je podrážděný a agresivní, na tomhle bude třeba ještě pracovat. Pak si také všimla, že Tomáš je na ní hodně fixovaný, ona se snaží postupně oddalovat, na druhou stranu nechce Tomášovi ublížit. Jana

vyjadřuje potřebu se od Tomáše trochu odpoutat, vnímá u něho první projevy dospívání, navíc jí není vždy příjemný tělesný kontakt, který Tomáš stále hodně vyžaduje. Také má obavy o Tomášovu budoucnost, jestli bude schopný nastoupit do učiliště a zvládat to tam, chtěla by, aby měl možnost nějakého dalšího vzdělávání. Také by si přála, aby veškerá péče o něho nebyla jen na ní.

Terapeut se snaží empaticky naslouchat, dává najevo, že obavy i otázky, které si Jana klade, jsou legitimní, podporuje jí v introspekci a úvahách o dalším vývoji. Kromě toho se pokouší „zviditelnit" roli jejího přítele Milana, který by mohl „břemeno" výchovy a spolurozhodování sdílet. Jana vnímá Milana jako partnera, se kterým je možné do budoucna počítat. Diskutovány jsou i možnosti sociální péče a stacionárních služeb v dosahu bydliště. Na konci sezení Jana sděluje, že prozatím další setkání nepotřebuje. Má pocit, že spolupráce splnila svůj účel, dovede si představit, že v případě problémů by se znovu ozvala. Terapeut se ještě dotazuje, jestli souhlasí s tím, aby Tomášovi napsal dopis, v němž by zrekapituloval proběhlou spolupráci. Jana souhlasí, domnívá se, že dopis udělá Tomášovi radost. Také souhlasí s vyplněním dotazníku s odstupem času.

Terapeutický dopis:

Následuje ukázka terapeutického dopisu, který byl zaslán Tomášovi po čtvrtém sezení.

Ahóóój Tomáši,

Doufám, že si na mě ještě vzpomínáš. Povídali jsme si spolu a taky s tvou maminkou (a jednou i s Milanem) o tom, jak se u Vás doma a taky ve škole občas objevovalo Zlobení. Vzpomínáš si ještě na něj, na Zlobení jedno zlobivý? Jak jste ho společně s paní učitelkou, když se naposledy objevilo, vyhodili z okna?

No tak já ti chci napsat, že jsi moc šikovný, protože takhle rychle se zbavit Zlobení, a to skoro úplně, to není vůbec lehká věc. To se každému nepodaří. Když jsme se posledně viděli, tak jsem z toho měl velkou radost (a myslím, že maminka s Milanem taky). Kdyby náhodou to Zlobení ještě někdy vystrčilo růžky, tak ty už teď víš, jak na něj. Jsem moc rád, že jsem poznal takového kluka, který se nenechá nějakým Zlobením otravovat. Říkám si, že kdybys potkal někoho, kdo si se Zlobením neví rady, tak bys mu mohl poradit, co a jak.

Chci ti pogratulovat k tomu, jak jsi nad Zlobením prozatím zvítězil. Moc ti přeju, aby sis poradil i příště, kdyby se náhodou zase objevilo. Věřím, že když bude potřeba, určitě ti maminka nebo Milan pomůžou Zlobení přeprat.

Měj se moc hezky, posílám Ti takový malý dárek!

MUDr. David Skorunka

Terapeutický dopis byl formulován v duchu narativní terapie podle Whitea a Epstona (1990), inspiraci k formulaci textu představovalo i pojetí Marnera (2000). Nutné bylo samozřejmě zachování věrohodnosti a vycházení z významných momentů proběhlé terapeutické spolupráce. Cíle využití terapeutického dopisu byly následující:

a) Posílení externalizačního pojetí problému.
b) Ocenění Tomášovi aktivity i dílčích úspěchů v „boji“ s problémem.
c) Naznačení možné změny pozice Tomáše od „oběti“ k „odborníkovi“ na problém.
d) Připomenutí zvládání problému v rodinném i školním kontextu.
e) Připomenutí významu vzájemné opory a spolupráce v rodině a v blízkých vztazích (sdělení též pro matku a jejího přítele).
f) Prevence nerealistických očekávání – upozornění na možný výskyt problému v budoucnu.

Dotazník:

Dle domluvy na konci posledního terapeutického sezení byl klientce zaslán dotazník zaměřený na její subjektivní hodnocení proběhlé psychoterapeutické spolupráce. Formulář dotazníku bude uveden v příloze práce. V následující části je uveden doslovný přepis jejích odpovědí na otázky uvedené v dotazníku.

Důvod psychoterapeutické spolupráce: *Výchovné problémy s dítětem*

1. Jak byste svými slovy popsal(a) psychoterapeutickou spolupráci v zařízení PRO-Story?

Ke spolupráci nemám připomínky, problémem bylo vyhledat terapeuta, který by byl ochoten pomoci řešit vzniklou situaci vzhledem k postižení mého syna. V případě potřeby se opět s důvěrou obrátím na zařízení PRO-Story.

2. Popište prosím svými vlastními slovy, jak jste vnímali působení psychoterapeuta?

Působení psychoterapeuta bylo profesionální a citlivé.

3. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci považujete za přínosnou, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta nejvíce přispělo k porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejvíce prospěšné?)

K řešení mého problému přispěl zejména: pohled na problém ze strany nezávislého pozorovatele, rozbor vzniklé situace a návrh řešení, které bylo aplikovatelné, pochopitelné a poměrně jednoduché (krása v jednoduchosti).

4. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci za přínosnou nepovažujete, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta bránilo v porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejméně prospěšné?)
Nemám připomínky, spolupráce byla prospěšná.

5. Uveďte prosím, zdali se díky psychoterapeutické spolupráci něco změnilo (v celkovém pocitu pohody či zdravotním stavu, vztahu k sobě, k blízkým v rodině, v práci nebo v řešení problému apod.).
Změnila jsem postoj k agresivnímu chování svého syna, zátěžové situace jsem řešila způsobem navrženým terapeutem. Předcházím vyhrocení situace. Zlepšila se komunikace v rodině, především s mými rodiči.

Závěrečný komentář:

Stejně jako v první případové studii i zde v rámci závěrečné reflexe shrneme aplikaci narativního přístupu v průběhu psychoterapeutické spolupráce. **Narativní prvky** obsažené v terapeutově přístupu byly následující:

1. Podpora vyprávění tzv. problematického příběhu (angl. *problem-saturated story*) se zaměřením na behaviorální rovinu problému a okolnosti.
2. Externalizace problému vč. dotazování na vliv různých faktorů na existenci problému a problematické aspekty životního příběhu (angl. *relative influence questioning*)
3. Identifikace pozitivních momentů v tzv. problematickém příběhu (angl. *unique outcomes*) jako základ pro rozvoj alternativního příběhu – v němž převažuje zvládání problému.
4. Podpora zvládání (angl. *personal agency*) definované problematické situace posilování kompetence osob, kterých se problém týkal a které se účastnili terapie.
5. Využití terapeutického dopisu (angl. *therapeutic letter*) – posílení externalizace; potvrzení a ocenění dílčích úspěchů, užitečných zvládacích strategií a vzájemné opory

rodině; hmatatelná rekapitulace/důkaz o proběhlé spolupráci a výsledcích, který může být v budoucnu užitečný.

Během psychoterapeutické spolupráce popsané v této případové studii jednoznačně dominovalo zaměření na behaviorální rovinu problému a externalizace problematického chování. Cílem terapie nebyla identifikace nevědomých motivů, interapersonálních konfliktů, kognitivních schémat, či problematických interpersonálních vzorců. Externalizace a další narativní prvky byly využity s prostým cílem posílení kompetence matky, jejího přítele a syna ve zvládání těch projevů chování, které rodině komplikovaly život. Díky externalizaci, kterou matka i její přítel akceptovali jako adekvátní způsob práce, se podařilo zabránit rezignovanému postoji, omezit pocity viny a vzájemné obviňování. Externalizační způsob práce také usnadnil poněkud uvolněnější přístup k řešení problému, který zpočátku vypadal velmi vážně a neřešitelně. Souvisejícím tématům jako více-generačnímu soužití, rozdílný výchovným postupům a partnerskému vztahu bylo věnováno málo pozornosti. Přesto se v závěru psychoterapeutické spolupráce zdálo, že i v této oblasti bylo možné vnímat drobné změny.

Je třeba zmínit, že výskyt problematického chování se může vzhledem k základnímu onemocnění tzv. identifikovaného pacienta opakovat. Nezbývá než doufat, že psychoterapeutická spolupráce naznačila klientům konstruktivní způsoby zvládání a že v případě potíží znovu kontaktují psychoterapeuta. Dále je nutné zmínit, že externalizace není vždy tak snadná ani pokaždé nepřináší tak rychle zřetelné výsledky. Tento způsob práce nebývá vždy snadno přijímán rodiči, někdy ani samotným dítětem či dospívajícím. Nezdary provázející tento způsob psychoterapeutické práce vyplývají někdy z postoje rodičů, kteří jejichž očekávání zahrnující představu seriozního postup odborníka nemusí hravý přístup naplňovat. Jindy se dopouští terapeut různých chyb, např. s externalizací pospíchá, nebo se nechá unést vlastní tvořivostí a zapomíná na význam terapeutické aliance a respektování tempa klientů. Podrobněji jsou různá úskalí spojená s externalizací popsána např. Chválou a Trapkovou (2003).

Dle dotazníku bylo pro klientku v průběhu psychoterapeutické spolupráce nejvíce prospěšné následující: : a) pohled na problém ze strany nezávislého pozorovatele, b) rozbor vzniklé situace, c) návrh řešení, které bylo aplikovatelné, pochopitelní a poměrně jednoduché (krása v jednoduchosti). Klientka v této souvislosti vysloveně neuvádí externalizaci ani jiné narativní prvky, jež představovaly základ terapeutova uvažování a působení. Vzhledem změnám, které klientka vztahuje k proběhlé psychoterapii, lze tvrdit, že terapeutův narativní

přístup k těmto změnám dopomohl. Změnu postoje k problematickému chování syna a změna způsobů řešení zátěžových situací usnadnil externalizační způsob rozhovoru, jež zahrnoval dotazování na relativní vliv problému na nejrůznější aspekty života klientky a rodiny. Posílení kompetence ve zvládání problematického chování pochopitelně umožnily i klientkou uvedené dosažené změny v komunikaci v rodině a předcházení *vyhrocenýM* situacím. Opět je zde patrný rozdíl ve vnímání terapeuta a klientky. Zatímco klientka uvádí v dotazníku, že *zátěžové situace řešila způsobem navrženým terapeutem*, terapeut se nedomnívá, že by takto přímo působil. Spíše se s využitím narativních prvků snažil svým dotazováním a rozehráváním určitých interakcí během terapeutických sezení rozšířit pohled na daný problém a usnadnit rozvoj účinnějších způsobů zvládání problematických situací se současným respektem k daným okolnostem.

Případová studie č.3.

Seznámení s klientem/rodinou:

20-letá dívka, budeme jí zde říkat Martina, přichází do psychiatrické ambulance na doporučení školní psycholožky. Jedná se o první psychiatrický kontakt, v čekárně ji doprovází otec, dívka si ale přeje mluvit s lékařem (autorem této práce) nejprve sama. Jako důvod návštěvy uvádí deprese a úzkosti. Psychiatra zajímá, jak se její úzkosti a deprese projevují, co dívku trápí. Následuje subjektivní popis potíží Martiny, jak byl zaznamenán psychiatrem v rámci vyšetření. Opět jsou vynechány detaily s cílem zachování anonymity.

„*Strašně mě trápí budoucnost a nemůžu se přes to nějak přenýst. Skončila jsem první semestr na vysoké škole, byla jsem tam zklamaná, tak jsem šla na jinou školu. V současné době jsem často nemocná, mám časté záněty močových cest a brala jsem už několik antibiotik. Někdy mě přepadne strach, úzkost a smutek a nedokážu říct ani proč. Prostě začnu myslet na to, jak to bude, až udělám školu, jestli jí udělám…Řeším věci, které se teprve stanou. Někdy si taky připadám, že se snažím za něčím jít a trochu mám pocit, že to ani nemá smysl. Pořád se jako bojím, co bude, někdy je to takovej pocit úplný nesmyslnosti života. Vlastně ani nevím, proč tu jsem, proč se furt za něčím plahočit. Moc tomu nerozumím, co se to se mnou děje. Chybí mi taková radost ze života, pořád se za něčím honím. Myslela jsem si, že když se budu hodně učit, mít školu, že to bude v životě lepší, v tom jsem asi po tátovi, ten je workoholik už od školy, v tomhle jsem docela po něm, ale vlastně taková bejt nechci. Navíc s tátou si nějak moc nerozumíme poslední dobou. Nejvíc myslím na to, abych byla užitečná, abych ten život*

nějak naplnila. Také se bojím, jak to dopadne doma, rodiče se málem rozvedli, když se jim narodilo postižené dítě a pořád to nějak není dobré. Potřebuju si o tom s někým popovídat. Sice o tom mluvím se svým přítelem, ten mi je oporou, ale někdy už je toho na něj taky moc. Léky snad ani brát nechci, teda nerada bych, pokud by to nebylo nutné.

Z psychiatrického hlediska je během rozhovoru dominantní anxiosně depresivní symptomatologie, sub-depresivní až depresivní ladění, katathymní myšlení s obsahy pesimistickými, anticipačními obavami, snížení až ztráta pocitu radosti s pocity beznaděje a bezvýchodnosti, naznačena je snížená sebedůvěra a nerozhodnost, pochybnosti o vlastních schopnostech a smyslu vlastního života. Zmíněny jsou též opakované infekce močových cest.

V rozhovoru je nápadná zmínka o vztahu s otcem. Martina má ambivalentní pocity k rysům, které s otcem sdílí ve smyslu hledání vlastní identity, a také nespokojenost s kvalitou vzájemného vztahu. Další téma, které se objevuje ve výpovědi Martiny, je vztah rodičů poznamenaný náročnou situací. V pozadí lze ještě tušit tápání ve výběru studia a v rozhodování o možném budoucím zaměstnání.

V závěru vyšetření se terapeut ptá Martiny, zdali může pozvat do ordinace jejího otce. Vysvětluje jí důvody tohoto kroku: zajímá ho, jak situaci vidí on a také se chce společně domluvit o dalším postupu. Vychází z předpokladu, že pohled rodiče a případná spolupráce s celou rodinou může být prospěšná vzhledem k věku dívky a obsahu jejího vyprávění. Martina souhlasí. Podle otce si dcera dělá starosti ohledně školy. Neví, jaká škola by pro ní byla optimální, jakou by zvládla a co bude dělat dál. Otec si myslí, že to je to hlavní, co dceru trápí. Sám si toho všiml, že není „v pohodě“, že je taková zamlklá a posmutnělá. Psychiatr se ptá Martiny, zdali může shrnout stručně předchozí rozhovor, s čímž dívka souhlasí. Poté psychiatr shrne témata, která v rozhovoru zazněla. Zmíní, že podle rozhovoru se zdá, že Martinu trápí i jiné věci než otázka výběru školy a povolání. Sdělí svůj pohled na dominující symptomatiku i možnou farmakologickou léčbu, pokud by s ní Martina souhlasila a bylo to nutné. Kromě toho také navrhne psychoterapeutickou spolupráci s celou rodinou, která by mohla být užitečná před případným nasazením psychofarmak. Martina s možností rodinné terapie souhlasí, otec potřebuje čas na rozmyšlenou a domluvu s manželkou. Slibuje, že se telefonicky ozve. O dva dny později otec skutečně telefonuje a domlouváme si první setkání.

Komentář:

I když se první kontakt s klientkou/pacientkou a jejím otcem odehrál v kontextu ambulantního zdravotnického zařízení, psychiatr, který je rodinným terapeutem a autorem

této práce, se již od počátku spolupráce snažil **rozšířit způsob vnímání od pouhého symptomatického zaměření na okolnosti existence anxiózně depresivních potíží** a na rodinou situaci. Nečinil tak nijak násilně, **příběh obsahující téma hledání vlastní životní cesty i příběh problematických vztahů** v rodině vnesla do rozhovoru sama pacientka poté, co terapeut zvolil způsob dotazování, který nebyl úzce zaměřený na verifikaci určité nosologické kategorie, ale spíše otevíral prostor pro subjektivně významné vyprávění pacientky. Rozhovor byl tedy veden tak, aby bylo možné z psychiatrického hlediska alespoň orientačně učinit diagnostický závěr, ale aby též mohla pacientka sdělit vše, co považovala za důležité. Vyvážený přístup, který zahrnuje jak tzv. medicínské poznání a subjektivní svět „pacienta", není vždy snadné realizovat. Shotter (1999) v návaznosti na texty Bachtina zdůrazňuje, že v procesu společného utváření významu chování či potíží je takový přístup nezbytný, pokud se chceme vyhnout jednostrannému a utlačujícímu monologu. Terapeutickou rovinu setkání tvořily tedy následující prvky: a) **podpora vyprávění a otevřenost všem „příběhům" neboli významným tématům**, b) přizvání člena rodiny jako potenciálního partnera ke spolupráci a významné osoby pro klientku. Dokladem úspěšnosti postupu bylo získání dívky a jejího otce ke spolupráci a domluvení setkání s rodinou v psychoterapeutickém, nezdravotnickém kontextu zařízení *PRO-Story*.

1. Terapeutické sezení*

Na první terapeutické sezení v nezdravotnickém zařízení přichází Martina s oběma rodiči. Všichni tři usedají vedle sebe na sedací soupravu, Martina sedí mezi oběma rodiči. Terapeut se představuje matce Martiny, se kterou se vidí poprvé. Krátce informuje o službách nabízených v zařízení, v němž se sezení odehrává. Děkuje rodičům, že přišli s dcerou a pak se obrací na matku, které se ptá, zdali spolu doma mluvili o dnešní návštěvě a důvodech možné psychoterapeutické spolupráce. Matka Martiny sděluje, že ví o nějakých problémech Martiny, i o její návštěvě v psychiatrické ambulanci. Ví to od Martiny i od manžela, prý bylo důležité přijít sem kvůli Martině.

Terapeut se každého zvlášť vyptává, co si kdo myslí, že Martinu trápí. Matka odpovídá, že přesně neví, snad nějaké strachy ze zkoušek a úzkosti. Podle otce Martina především hledá své místo ve společnosti, snaží se osamostatňovat od rodiny, přemýšlí o smyslu života. Navíc se otec domnívá, že dcera se dívá příliš daleko dopředu, řeší věci, které možná ani nenastanou. Martina popisuje, že od minulé návštěvy v psychiatrické ambulanci se

* Vzhledem k tomu, že v rodině nebyla shoda ohledně nahrávání sezení na diktafon, vycházíme v této případové studii z poznámek terapeuta.

cítí trochu lépe, byla více v klidu, nic neřešila. Ale stejně se občas neubrání myšlenkám na to, co jí čeká v budoucnu. Má strach, že si vybere špatnou školu, nedokáže se rozhodnout, má různé zájmy, ale také přemýšlí o tom, po které škole najde snáze uplatnění. Navíc má pocit, že do ní všichni „*hustěj*“, že má na víc, a ona se pak bojí, že zklame.

Terapeuta zajímá, kdo je to „*všichni*“. Vyptává se s kým se o těchto věcech Martina radí, s kým si o tom povídá, jaký má kdo v rodině názor na výběr školy a její další směřování. Ukazuje se, že matka Martinu od některých možností spíše odrazuje, ale neříká to přímo, spíše se kriticky vyjadřuje ke své vlastní profesi, v níž by mohla její dcera možná pokračovat. Otec je vytížený prací, málokdy najde čas, aby si s Martinou o těchto věcech mohli v klidu promluvit.Terapeut chce vědět, zdali je v rodině ještě někdo další, s kým si může Martina popovídat, kdo do ní tolik „*nehusti*“. Využívá zároveň příležitosti, aby si s pomocí genogramu zmapoval společně s Martinou a jejími rodiči představu o širší rodině. Z genogramu vyplývá, že Martina má tři sourozence, o dva roky mladšího bratra, o jeden rok starší sestru, a o 14 let mladší sestru. Nejmladší sestra se narodila s genetickou vadou, je postižená, diagnóza je Downův syndrom.V širším příbuzenstvu na obou stranách dominuje jedna profese, ohledně výběru školy hodně Martina hovoří s tetou, sestrou otce. Je tady také Martiny přítel, ale ten jí v tomhle prý moc nepomůže, sám se rozmýšlí, ale svěřit se mu se svými obavami může. Terapeut se dozvídá, že matka Martiny pečuje o nejmladší dítě, které se narodilo s Downovým syndromem, snaží se jí maximálně věnovat, hodně cestují, jezdí na různé specializované pobyty. Matka Martiny dlouho nepracovala, víceméně byla na takzvané mateřské dovolené, nyní pečuje o nejmladšího potomka.Otec Martiny má soukromou firmu, je hodně vytížený, vše vybudoval od základů a snaží se, aby vše dobře fungovalo a zajistil rodinu.

Dále terapeut zjišťuje, jakou představu má každý člen rodiny účastníci se sezení o cíli spolupráce neboli co si každý zvlášť od rodinné terapie slibuje, co každý zúčastnění potřebuje. Otec i matka shodně uvádějí, že sami nic nepotřebují, jsou tady kvůli Martině, ta potřebuje pomoci. Otec ještě dodává, že by rád zjistil, co Martinu trápí, zdali netrpí nějakou duševní nemocí. Pokud ano, chtěl by jí zajistit adekvátní léčbu. Martina zmiňuje dvě věci: a) chtěla by zlepšit vztahy v rodině, b) chce si vyjasnit otázku výběru školy. V protikladu k prvnímu setkání v psychiatrické ambulanci nehovoří ani o úzkosti ani o depresi. Je domluveno pokračování psychoterapeutické spolupráce, dojednán termín dalšího sezení, terapeut děkuje všem za otevřenost a ochotu rodičů ke spolupráci a podpoře dcery.

Komentář:

Z hlediska představy o systematické psychoterapii (v tomto případě o rodinné terapii s narativními prvky) lze toto sezení považovat za první, přestože s otcem a dcerou se terapeut již setkal v jiném kontextu. Nyní ale dochází setkání s oběma rodiči a dcerou a proto bylo nutné přizpůsobit tempo i způsob vedení rozhovoru tomu členu rodiny, který se s terapeutem setkal poprvé. Během tohoto sezení nebyla aplikována žádná tzv. narativní technika, jako například externalizace či specifický způsob kladení otázek. Terapeut se především snažil i to, aby každý člen rodiny mohl během sezení vyjádřit svůj pohled na potíže Martiny, tzv. identifikovaného pacienta. Na základě předchozího setkání s Martinou a jejím otcem se terapeut domníval, že k porozumění potíží Martiny a následné terapii bude nezbytné **vyslechnout různé, možná i protichůdné „rodinné příběhy“**, které se týkají vyjasňování si vlastní identity ve vztahu k rodičům a hledání užitečných zdrojů v rodině v souvislosti s rozhodováním o další životní cestě. Z perspektivy rodinné terapie považoval terapeut za důležité nahlédnout na potíže a pocity vyjadřované Martinou v kontextu rodinné situace, povahy rodinných vztahů, a vývoje rodinného systému včetně všech významných příběhů, které vytvářejí základ historie a sdílené reality dané rodiny. Terapeut se snažil působit ve stylu dialogicko-narativním, aby mohly zaznít různé verze vnímání a chápání prezentovaných problémů a také různé **příběhy, které tvoří významné pozadí současné rodinné situace**.

2. Terapeutické sezení

Přichází Martina s rodiči, další sourozenci se dostavit nemohli, mladší bratr má nějaké mimoškolní aktivity, starší sestra studuje vysokou školu v jiném městě. Rodiči si navíc myslí, že není nutné, aby sem chodili, jsou tu kvůli Martině. Podle výrazu v obličeji se zdá, že Martina má na věc jiný názor, ale nic neříká. Terapeut se ptá ještě na nejmladšího sourozence. Mají zařízeno hlídání v rámci sociálních služeb, využívají to pravidelně, když je potřeba. Terapeut se zajímá, zdali mělo minulé sezení nějaké dozvuky, jestli se společně doma k něčemu vraceli. Podle Martiny nebyl moc čas, s čímž otec i matka souhlasí, o ničem spolu nehovořili.

Terapeut připomíná, co minule Martina označila z důležitá témata k rozhovoru a chce vědět, o čem by chtěla nejprve hovořit. Martina volí téma výběru školy, blíží se termín přihlášek, potřebuje se v tom vyznat, má více možnosti, ale nechce zvolit špatně, aby nebyla zklamaná, aby to zvládala a pak měla dobré uplatnění. Terapeut se snaží zjistit, k čemu Martina nejvíce tíhne, jaké zaměření jí láká, kdo jí v rodině v zájmech podporuje. Také se

znovu vyptává, s kým se radí o výběru a kdo má v rodině na výběr školy jaký názor. Zdá se, že otec je nad věcí, vyjadřuje pevné přesvědčení, že Martina je schopná, doposud měla dobré výsledky, o její volbu ani o její budoucnost nemá obavy. Podle otce si Martina dělá starosti na dvacet let dopředu, i kdyby si vybrala správně, stejně nemůže dopředu stoprocentně vědět, zdali v té oblasti pak bude působit, jestli najde vhodné místo. Podle otce výběr školy není tak zásadní, důležité je, aby jí to bavilo a nějakou školu vystudovala. Matka se svěřuje, že její názor není důležitý. Téměř dvacet let strávila na takzvané mateřské dovolené, dlouho svou profesi nedělala, má k ní spíše ambivalentní postoj, takže dceřin zájem o stejnou profesi příliš nevítá. Martina na to reaguje, že by potřebovala od matky slyšet, co jí na dané profesi vadí. Domnívá se, že zkušenosti matky by pro její rozhodování byly důležité, ale matka prý moc otevřeně nehovoří. Následuje krátká výměna mezi matkou a dcerou, během níž matka vysvětluje, v čem spočívá její zdrženlivý postoj k jedné z možných profesí. Poté terapeut s Martinou a její rodiči rozhovor prozkoumávají možnosti; jsou probírány jednotlivé varianty škol s jejich výhodami a nevýhodami. Na konci této části rozhovoru vyjadřuje spokojeno, potřebovala si o tom takto „pořádně“ promluvit jak s rodiči, tak s někým, kdo bude mít trochu „nestranný“ názor. Pak sděluje, že by se ráda věnovala ještě těm dalším „věcem“. Jedná se o narození nejmladšího sourozence, Terezy. „*Od té doby, co se Terezka narodila, tak je doma rodinná krize. Dlouho to vypadalo na rozvod rodičů*“, říká Martina. Atmosféra v terapeutické místnosti se rázem proměňuje, jako-bychom se dotkli Achillovi paty celé rodiny. Matka mlčí, uhýbá pohledem. Otec se dívá na dceru a po chvilce reaguje, nejdříve směrem k terapeutovi, poté k Martině. Viz následující úryvek krátké interakce:

Otec: *„Je pravda, že jsme měli rodinnou krizi. Děcka to asi všechno vnímali a taky si tím prošli.* Ale v*ždyť to už je za námi, co bys o tom chtěla ještě slyšet?*“

Martina: „*Ale pro mě je to hrozně důležitý. Strašně dlouho to byla taková nejistota, pořád to trvá, vůbec nejsme spolu.*

Terapeut: *„Hmm, moc tomu nerozumím, jak to myslíte, že nejste spolu Martino?“*

Martina: *„Prostě mi chybí takoví vědomí, jako že jsme pohromadě. A to trvá už dlouho, nějak to prostě nešlo.“*

Terapeut (obrací se na rodiče): *„Rozumíte tomu, jak to Martina myslí?“*

Otec: *„Asi ano, teda doufám, vono to dost souvisí s tou mojí prací...“*

Matka: *„To není jenom tím.“*

Terapeut: *„ Čím to ještě je?“*

Matka: *„Já nevím, jestli to má smysl rozebírat.“*
Terapeut (obrací se zpět k Martině): *„Co vám teda vlastně chybí?“*
Martina: *Já nevím, no asi takovej ten společnej čas, kterej společně strávíme, že se sejdeme doma, třeba aspoň večer, na chvilku…*
Terapeut: *„A dřív, před tou rodinou krizí, jak tomu říkáte, jak to vypadalo to společný trávení času?“*
Martina: *„Tak třeba jsme někam společně šli, nebo jsme si doma povídali. Ale to už je dlouho, táta pořád pracuje a máma se musí starat o Terezku, to je dost náročný…“*

Vzhledem k tomu, že se otevřelo nové, zřejmě závažné, téma a blížící se konec vymezeného času, terapeut navrhuje, že bychom i o tématu vneseném do rozhovoru Martinou popovídali příště. Všichni souhlasí, terapeut znovu děkuje za otevřenost a ochotu povídat si i o nepříjemných věcech. Ještě prosí rodiče a Martinu, aby se pokusili zamyslet nad tím, co na konci tohoto sezení zaznělo. Pokud si najdou čas, mohli by se domluvit, jak by bylo možné oživit způsoby společného trávení času, pokud to bude možné a shodnou se na tom.Všichni opět souhlasí, je domluven další termín.

3. Terapeutické sezení

Dostavuje se opět Martina s rodiči, pro krátkém úvodním povídání se terapeut ptá, jak se cítili po posledním setkání a zdali mělo nějaké dozvuky v podobě rodinných rozhovorů. Následuje ukázka rozhovoru, jak jej terapeut zaznamenal.

Terapeut: „*Tak jak se máte, jak jste se cítili po minulém setkání?“*
Martina: „*Dost mi pomohlo, jak jsme si tady minule promluvili o té škole, ale i o těch dalších věcech. Pak jsme o tom ještě mluvili doma.*“
Terapeut: *„O čem jste mluvili?“*
Martina: „*Jak to udělat, abychom se někdy potkali, abychom byli zase jako tým.“*
Terapeut: *„Přišli jste na něco?“*
Monika: „*Domluvili jsme se, že alespoň jednou za týden si prostě sednem všichni spolu, kdo bude doma. Aby se to hodilo, tak třeba v sobotu, to většinou doma všichni jsme….“*
Terapeut: *„A kdo se s kým domluvil?“*

Otec: *„Všichni jsme se domluvili, teda s Martinou a manželkou, že se pokusíme obnovit aktivity, co jsme dělali dřív…Když budou doma ostatní, tak se také připojí. Je pravda, že už dlouho se nám to nedařilo.“*

Terapeut: *„Hmm, a co to pro vás znamená?“*

Otec: *„Snad se nám to podaří dodržet, tu domluvu. Není to vždycky snadné to všechno skloubit.“*

Terapeut: *„Co vy na to?“* (obrací se na matku Martiny, která ještě během tohoto sezení nepromluvila)

Matka: *„Mě ta minulá návštěva strašně rozhodila. Nechci o tom vlastně ani moc mluvit. Bojím se, že když o tom budu mluvit, nic dobrýho to nepřinese. Minule se dostaly na světlo věci, o kterých sem si myslela, že jsou už vyřešený. Jenže oni nejsou a teď se dostali na povrch.“*

Terapeut: *„Aha, to mě mrzí, že vás to rozhodilo… .“*

Otec: *„Manželce prostě vadí, že jsme sice pospolu, ale vlastně vedle sebe.“*

Eliška: *„Jsou vedle sebe, vůbec ne pospolu. A pak jsou tu další věci.“*

Terapeut: *„Jaký další věci, teda pokud o nich chcete mluvit?“*

Eliška: *„Oni ví, o co jde, ale asi o tom mluvit nechtěj.“*

Terapeut: *„Možná o tom nechtějí mluvit před vámi…“*

Otec: *„Ale ne, dcera stejně ví, o co jde. Máme prostě s manželkou takový zásadní rozpor.“*

Matka: *„Těch rozporů je víc. My totiž žijeme jinak, než bych si já ten rodinnej život představovala.“*

Eliška: *„Myslím si to samý, co máma. Táta je pořád v práci, nedokáže si to vůbec porovnat, práci a rodinu. A to bylo už když jsem byla malá. On o tom asi vůbec neví, ale dost mi chyběl, a vlastně mi chybí pořád…“*

Táta*: „Ale vím…“*

Z rozhovoru je patrné, jak každý člen rodiny vnímal předchozí sezení odlišně. Zatímco Martina a vzhledem k předchozí zdrženlivosti překvapivě i její otec považují předchozí sezení za důležité a podnětné, pro matku představovala témata rozhovoru zřejmě ohrožení. Naznačuje, že ještě nebyla vyřčeno vše – jakoby v pozadí existoval rodinný příběh, jehož možné otevření očekává s napětím a obavami. V ukázce rozhovoru, který se odehrál v úvodní části tohoto sezení, vystupují do popředí příběhy dva. Hlavním vypravěčem jednoho příběhu je Martina, která vyjadřuje nespokojenost s tím, jak vypadá soužití v rodině. Upozorňuje na trávení společného času, frustrované potřebě rodinné soudržnosti a přiblížení se k otci. Druhý

příběh se zatím naplno nevyjevil, jeho existenci naznačuje ale matka i otec, jde o jakýsi rozpor mezi rodiči, o kterém zatím nebyla řeč. Příběh rozporu či konfliktu, který poznamenává současnou situaci a vztahy v rodině je postupně odkrýván v průběhu tohoto sezení.

Terapeut: *„Chcete mluvit o těch rozporech, které jste naznačili?*
Otec: *„Proč ne, jestli to k něčemu pomůže…*
Matka: *„Tak asi se nemůžeme pořád tvářit, jako že se nic neděje…“*
Otec: *„Jestli to pomůže Martině…“*
Terapeut: *„A chcete o tom mluvit teď, nebo byste raději přišli sami, bez Martiny.?“*
Martina: *„Já přece nejsem malá, můžou klidně mluvit, pro mě je to taky důležitý.“*
Matka: *„Mě to nevadí, můžem o tom mluvit, jestli ti to nevadí (obrací se tázavě na manžela, ten nic neříká, ale souhlasně přikyvuje).“*
Terapeut: „*Co vám teda brání se k sobě přiblížit?“*
Martina: *„Máma se s tátou prostě neshodnou v otázce víry.“*
Terapeut: *„Jak neshodnou?“*
Matka: *„Už to trvá dlouho, začalo to ještě před narozením Terezky. Další dítě jsme už nechtěli, bylo to takový neplánovaný těhotenství, mě v té době bylo už čtyřicet a u dítěte se zjistila vada. Já jsem to dítě chtěla, ale manžel ne.“*

Zápletka rodinného příběhu, který se odvíjí od rozdílného postoje rodičů ke změně (narození dítěte s chromosomální vadou) v rodině a způsobem adaptace na ni, se odkrývá. Parafrázujeme-li Whitea s Epstonem (1990), můžeme hovořit o „rozporem nasyceným rodinném příběhu“ (angl. *discord-saturated family story*). Zatímco matka Martiny odmítla interrupci a přála si donosit a porodit dítě i s vědomím, že půjde o dítě s Downovým syndromem, její manžel s dalším přírůstkem do rodiny nesouhlasil. Nesouhlasil především z toho důvodu, že další dítě, navíc postižené, vnímal jako další finanční zátěž pro již tak početnou rodinou, jíž byl hlavním živitelem. Kromě toho zazlíval manželce, že nechtěla podstoupit interrupci v době, kdy to ještě bylo možné. Jak doslova uvedl: „*Byl jsem pod šíleným tlakem, abych to naráz akceptoval, prostě jsem byl postaven před hotovou věc*.“

Oba manželé se shodli, že rozdílný postoj k narození dítěte znamenal zásadní rozkol, který ještě prohloubily jejich další reakce na tuto situaci. Manžel se ještě více zaměřil na svou firmu, veškerý čas věnoval práci, v rodinném dění se téměř přestal angažovat. Matka se snažila vypořádat s mužovým odmítavým postojem, zároveň hledala nějaký zdroj opory a

útěchy v očekávání narození postiženého dítěte, které se rozhodla přivést na svět. Začala se více scházet s příbuznou, která byla věřící. Víra se stala pro ní opěrným bodem, i smysluplným rámcem pro přijetí dítěte s postižením a péči o ně. Jak doslovně zmínila, „*byla jsem na to úplně sama, potřebovala jsem nějakou podporu*“. Pro jejího manžela to byla další nepochopitelná věc. Sám sebe v rozhovoru označil za racionálního člověka, ateistu, který pozoroval, jak se „manželka mění před očima, s níž není možná diskuse, protože je mezi nima stále silnější bariéra v podobě její iracionální víry.“ Kromě toho mu vadilo, že manželka začala vnášet víru do rodinného života a někdy měla snahu na víru obrátit i ostatní. Vyústění rodinného rozkolu v partnerské odcizení, emoční „rozvod“ a narušení soudržnosti na sebe nedalo dlouho čekat. Na tento stav zřejmě nejcitlivěji zareagovala právě Martina.

Terapeut se po celou dobu rozhovoru snažil podpořit oba partnery, aby mohli vyprávět svou verzi tohoto významného příběhu rodiny a vzájemně naslouchat jeden druhému. Martina do rozhovoru téměř nezasahovala, ale bylo na ní vidět, že i pro jsou tyto rodinné události významné. Rozdíly mezi manželi byly více než patrné, nezdálo se, že by bylo možné dosáhnout nějaké shody. Terapeut se přesto pokoušel podněcovat partnery v tom, aby prozkoumali své pocity, myšlenky a různé významy, které se týkaly rodinných událostí a jejich rozdílných způsobů vnímání a zvládání. V závěru sezení ocenil manžele za odvahu a ochotu svěřit se s „příběhem“, který má pokračování i v současnosti. Navrhl možnost oddělených sezení, zvlášť s Martinou (a rodiči, pokud budou všichni chtít) a zvlášť s manželi, pokud by se chtěli věnovat svému partnerskému vztahu. Rodiče Martiny si vyžádali čas na rozmyšlenou do dalšího sezení, na které by všichni i s Martinou chtěli ještě přijít.

Komentář:

Je obtížné v popisu tohoto sezení a v ukázkách rozhovoru demonstrovat narativní přístup, neboť terapeut neaplikoval žádnou konkrétní intervenci či techniku specificky „narativní“. Za narativní přístup při práci s rodinou lze přesto považovat několik aspektů terapeutova působení. Jedná se o terapeutovu otevřenost k vyprávění jednotlivých členů rodiny, jež obsahují jak významné události historie rodiny, tak jejich individuální zpracování každým členem rodiny zvlášť. Jedná se o příběhy, které spoluvytvářejí emoční klima rodiny. Terapeut **facilituje** jejich **převyprávění** s nadějí, že tento proces povede k vyjasnění nedorozumění, k vyjádření prožitků jednotlivých členů rodiny a k exploraci významů, které členové rodiny připisovali událostem a chování svých blízkých. Terapeut se domnívá, že **znovu-vyprávění** v tomto případě „**rozporem nasyceného rodinného příběhu**“ je nezbytným krokem k tomu, aby bylo možné společně hledat nové významy a porozumění,

které se stanou základem nového příběhu rodiny společně se změnu v emočním klimatu a kvalitě rodinných vztahů. Terapeut si všímá, že konkrétní událost může být vnímána jednotlivými členy rodiny vnímána různě – dochází ke vzniku různých příběhů, které se odvíjejí od stejné zápletky. Zároveň si terapeut uvědomuje, že o jeho pozornost obrazně řečeno „soupeří" různé příběhy vyprávěné jednotlivými členy rodiny. Je důležité, aby všechny příběhy mohli zaznít, aby terapeut vědomě či nevědomě nepodporoval hierarchizaci významů jednotlivých příběhů na úkor některých protagonistů.

4. Terapeutické sezení

Tentokrát přichází Martina sama. Sděluje, že rodiče přijdou, ale později, asi tak do půl hodiny. Takhle se domluvili, rodiče potřebovali něco zařídit. Také chtěli, aby měla čas si sama promluvit o tom, co jí trápí. Terapeut se ptá Martiny, jak se jí daří. Martina tvrdí, že se cítí dobře, nic moc jí teď netrápí. Pochlubí se, že má za sebou přijímací zkoušky na dvě vysoké školy. Měla velmi dobré výsledky, z čehož má velkou radost. Terapeuta zajímá, jestli mají radost i doma. Podle Martiny mají radost oba rodiče, ale popisuje, že každý z nich ji dává najevo jinak. Matka je podle ní více upřímná, nebo to prostě dá více najevo tu radost, jak to zvládla, že se snažila. Otec prý pogratuluje, ocení ten výsledek, ale také dá najevo, že „*to víceméně očekával, ale není tam ten prožitek*." A na příteli vždycky pozná, že má opravdu radost, usmívá se, i to řekne.

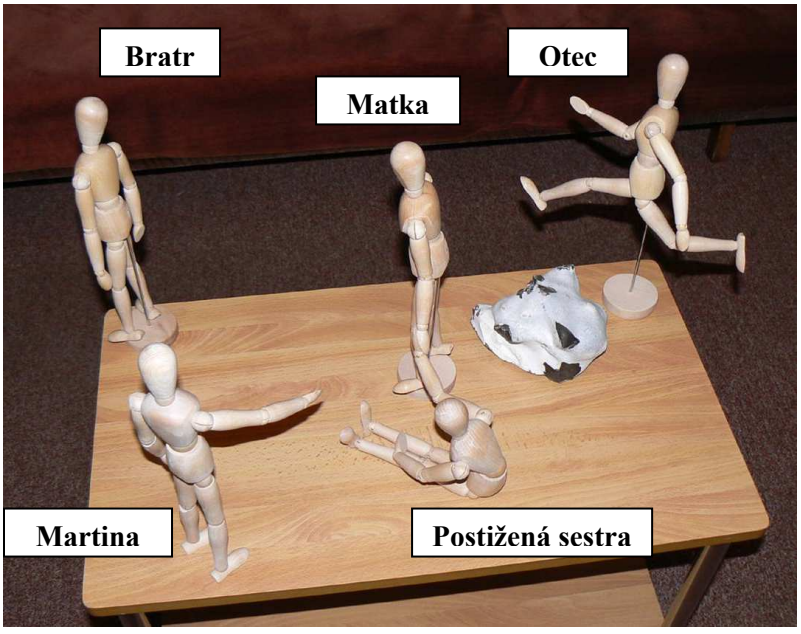
Terapeut se dále zajímá o to, jak vypadala situace doma v rodině po předchozím setkání a jak Martina popisuje, se snaží pravidelně sejít o víkendu, někdy sice někdo nedorazí, ale většinou se jim daří sejít i si popovídat. Občas jedou společně někam na výlet. Dále vypráví, že si povídali hodně otevřeně s matkou. Ta se jí svěřila, že jí doma chybí víc věcí a proto je podrážděná a někdy lítostivá. Chybí jí prý podpora, ocenění, tedy vlastně to samé, co jí samotné, přiznává Martina. „*Aby to dal někdo najevo*", říká Martina. Terapeut se ptá, jestli se někdy v minulosti při nějakých příležitostech stávalo, že dal někdo najevo radost, podporu, pochválil někoho. Podle Martiny se u nich doma moc nechválilo, otec byl spíše proti vyjadřování pocitů, nesmělo se dokonce ani křičet u hokeje. Čím si to vysvětluje, ptá se terapeut Martiny. Asi to bude výchovou, odpovídá Martina a dodává, že táta zastává takový názor, že „*kluci nebrečí a nedávají najevo své pocity*". Jeho rodiče jsou rozvedení, asi to neměl jednoduché, nerad o tom mluví. Doma u nich také nebylo obvyklé, aby se dávaly najevo emoce, sama Martina prý do devatenácti let raději nebrečela, když už to vypadalo na pláč, táta se tak podíval a řekl „*Nebreč*"!

Než může terapeut pokračovat s Martinou v rozhovoru, ozve se klepání a přicházejí rodiče Martiny. Po krátkém úvodním povídání se terapeut Martiny ptá, jestli by chtěla sama zrekapitulovat, o čem probíhal rozhovor, nebo zdali by raději, aby terapeut stručně shrnul, o čem byla řeč. Martina dává přednost tomu, aby předchozí povídání zrekapituloval terapeut. Ten nejprve připomene, o jakých změnách k lepšímu Martina v úvodu sezení mluvila. Dále zmíní její úspěch u přijímacích zkoušek a táže se, trochu provokativně, rodičů, zdali si toho všimli. Oba shodně zdůrazňují, že o tom samozřejmě ví, že mají oba radost a že to dceři řekli. Otec se trochu usmívá a sebekriticky dodá, že on je v otázce chválení zdrženlivější, ale to podle něj neznamená, že si úspěch dcery neuvědomuje a že z něj nemá radost. Na to reaguje Martina, čímž spustí názorovou výměnu mezi členy rodiny:

Martina: *„Když táta je prostě furt s něčím nespokojenej, mě a často i mámě dává někdy najevo, že by něco udělal jinak, nebo rychleji, nebo prostě líp.“*
Matka (ironicky poznamená): *„Dcera má postřeh…“*
Terapeut (ve snaze trochu otce podpořit): *„On to určitě myslí dobře.“*
Otec (trochu smířlivě): *„Snad to není tak hrozný, já to přece nemyslím zle.“*
Martina: *„Já myslím, že je, vždyť ty cokoli děláš, tak to musí být dokonalý. Jenže pak se k němu k tobě nikdo nemůže přiblížit, i můj přítel se tě bojí, aby byl dost dobrej.* „ (obrací se k terapeutovi) *„A přitom Pavel je jedinej, kdo tátu rozmluví, našli si společný téma, nejdřív takový ty věci okolo stavění, pak láska k horám a pak už to šlo samo. Když je u nás Pavel, tak je to i pro mě snazší, protože jinak je těžký spolu mluvit, jako by ani nebylo o čem…“*
Matka (přisadí si): *„A to má pořád u sebe notebook, dokonce už i u hokeje, bere si ho na zahradu, k jídlu, furt něco řeší, doma dělá do noci, nemá v tom hranice. Já už nevím, co s tím, někdy mě přepadne takovej vzek a lítost, ale nedávám to radši najevo.“*
Otec: (trochu zatvrzele, ale kontroluje se): *„To už tady bylo mockrát, tyhle diskuse, o tu firmu se přece musím starat, dobře víte, že to není dneska jednoduchý.“*
Terapeut (překvapen náhlou dynamikou vzájemné interakce mezi členy rodiny): *„Aha…, tak určitě to není jednoduchý skloubit, zodpovědnost v práci, velkou rodinu…“*
Martina: *„To já chápu, ale nemusí bejt mezi náma pořád taková bariéra, kterou mezi sebou máme. Už jsem to říkala, že když jsme byli děcka, tak byl furt v práci. Vždyť on mě vůbec nezná, ani nevím, jestli chce se mnou něco podnikat….“*
Terapeut: *„ Co přesně od táty potřebujete?“*
Martina: *„Asi takovou stálou přízeň, aby byl trochu lidskej a ne tak dokonalej.“*

Terapeut si všímá, že se opět vrací téma atmosféry v rodině a vztahu mezi dospívající dcerou s otcem, který se jí jeví nedostupný. Kromě toho pozoruje, že matka v této části stojí spíše stranou rozhovoru, byť v některých momentech jakoby některé rodinné záležitosti vnímala shodně a spoluvytvářela s dcerou ženskou koalici. Vzhledem k tomu, že se téma vrací v intenzivnější a naléhavější podobě, terapeut přichází s návrhem modelování rodinné situace s pomocí loutek, aby podpořil jinou neverbální formu vyprávění a zachycení situace vztahů v rodině. Zúčastnění s návrhem souhlasí, na Martině a otci je patrná zvědavost, matka se jeví trochu ostražitě. Terapeut oslovuje Martinu, zdali by s pomocí loutek a kamenů rozestavila na konferenčním stolku v terapeutické místnosti rodinu v situaci, kdy v rodině převažují diskutované problémy a bariéry (viz obrázek č. 1.) Poté jí žádá, aby rozestavila rodinnou, když v problémy a bariéry nemají takový vliv a situace se blíží optimálnímu stavu (viz obrázek č. 2.)

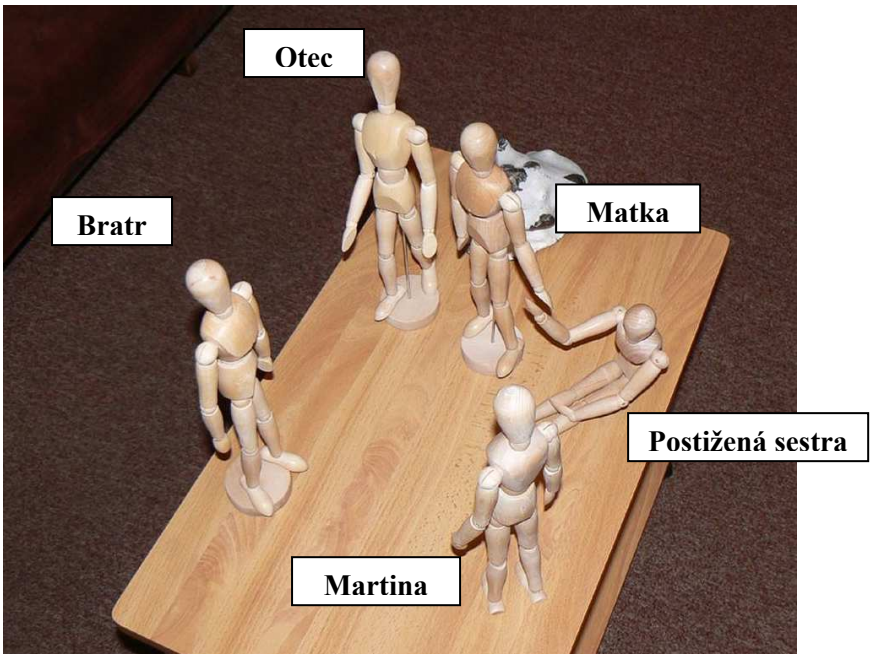
Poté, co Martina rozestaví obě varianty rodinné situace, dojde ke krátkému komentáři. Rodičům se moc nechce proběhlou ukázku komentovat. Otec pouze zmíní, že si je všeho vědom, a že by sám rád udělal nějaké změny, ale že to není možné provést ze dne na den.Matka je během tohoto sezení velmi zdrženlivá. Sděluje, že se nedozvěděla nic nového. Terapeut zjišťuje, která varianta by více vyhovovala, ve které by se členové rodiny cítili lépe. Martina samozřejmě uvádí variantu číslo dvě, rodiče se k ní bez výhrad přidávají. Terapeut se ještě ptá, jestli někdy rodina zažila situaci, který by se blížila optimální variantě rozestavěné symbolicky Martinou. Naposledy prý před dvěma lety na dovolené, kdy se podle Martiny táta dokázal uvolnit, ale to byla vzácná výjimka. Martina s odkazem na dvě varianty rodinné situace trochu obrazně naznačuje, že v 10% je u nich doma „Táta na dovolené“ a v 90% Táta, pracovitý, dokonalý, který se furt za něčím žene“.



Obrázek č.1.

„Když to doma neklape“

Kámen symbolizuje problémy v rodině – nesoulad mezi rodiči



Obrázek č.2.

„Optimální stav“

Terapeut má pocit, že toto sezení bylo velmi intenzivní a že velmi pravděpodobně v zúčastněných vyvolalo různé, i nepříjemné, emoce. Snaží se závěr sezení zklidnit a navrhuje, zdali by každý člen rodiny mohl popřemýšlet, jaké drobné krůčky bylo možné udělat směrem k té variantě rodiny, která jim přišla žádoucí. Poslední věcí je dojednání další návštěvy. Otec se nejdříve dotazuje terapeuta, zdali je podle něj Martina v pořádku. Po krátkém vyjasňování, co tím otec myslí a jak se cítí sama Martina, se terapeut vyjadřuje v tom smyslu, že neshledává u Martiny známky žádné duševní nemoci. Na otci i matce je patrná úleva. Poté oba rodiče naznačují, že příště se už možná nedostaví. Mají pocit, že už je to na nich, další terapii nepotřebují. Rádi by ale, kdyby Martina mohla dále pokračovat, pokud to bude potřebovat. Martina si přeje ještě jednu návštěvu. Terapeut rodičům navrhuje, aby si to ještě rozmysleli s tím, že bude připraven na obě varianty, jak na sezení se všemi, tak na sezení s Martinou.

5. Terapeutické sezení

Na páté sezení přichází Martina sama. Terapeut se zajímá, jestli spolu po poslední návštěvě mluvili a co rodiče vedlo k rozhodnutí, že nepřijdou. Martina sděluje, že rodiče se vyjádřili, že už nic nepotřebují. Prý se musí dát do pořádku ona. Vnímá to tak, že táta nemá moc čas a máma ty věci už moc nechce rozebírat. Bez dalšího terapeutova dotazování Martina spontánně pokračuje ve vyprávění o svých rodičích. Měla poslední dobou takový dojem, že manželství rodičů je jako takový obchod: máma je na to uklízení, vaření a domácnost a táta na

vydělávání peněz. Jako by si moc vyhranili mužskou a ženskou roli. K tomu s pochopením Martina dodává, že to asi nebylo s třemi dětmi a teď se čtyřmi moc jednoduché: „*Ani se o všem asi nedomluvili, prostě to tak všechno přijali, co je potřeba, teda co si mysleli, že je potřeba, a pak už to tak bylo pořád. Možná, že některý věci už jim pak ani nevyhovovaly, ale už na to byli zvyklí. Já bych to chtěla mít jinak.*“ Jak, táže se terapeut. „*Snažit se taky o společný zážitky*“, odvětí Martina. A hned dodává, že během posledního měsíce se ale rodiče snaží, aby to bylo trochu jiné, než dřív. Terapeut se ptá, jak to vypadá, když se rodiče snaží. Martina popisuje, že se jim daří dodržet společné setkání jednou týdně. Rodiče si taky snaží najít čas, aby byli spolu sami. Táta je sice pořád vytíženém, ale dokonce byli párkrát spolu sami na výletě. Terapeut se Martiny ptá, co tyto změny pro ní znamenají. „*Jsem ráda, že je doma jiná atmosféra. Taky je to pro mě důkaz, že když to člověk nevzdá, tak to k něčemu je.*“

V další části rozhovoru Martina vyjadřuje potřebu ještě prodiskutovat otázku dalšího studia. Zatím to vypadá, že jí přijali na dvě školy, takže teď se zase bude muset rozhodovat. Školy reprezentují dvě zcela odlišné oblasti poznání a činností, k oběma má ale Martina vztah, obě jí lákají. Terapeut jí vybízí, ať si zkusí představit, jak by mohl vypadat její život, kdyby se rozhodla pro jednu či druhou oblast. Jaké dovednosti, kterých si cení, by mohla rozvíjet? V které oblasti je větší šance, že by mohla poznat lidi, se kterými by si mohla rozumět? Co jí každá oblast přináší? V jaké oblasti si myslí, že nalezne snáze uplatnění? A která profese podle ní půjde lépe skloubit s rodinou, o níž také uvažovala? Rozhodování není jednoduché, pro Martinu jsou obě oblasti možného směřování i orientačními body při výběru symbolizovány dvěma atributy lidského života, které jsou často považovány za protipóly. Jedná se o rozum a cit. Terapeut si neodpustí poznámku, že je užitečné, když člověk může čerpat z obojího. Martina souhlasí, ale je jasné, že to jí výběr neusnadní. Naštěstí, jak sama uvádí, má ještě čas na rozmyšlenou, také to chce prodiskutovat s partnerem, který jí rozumí.

Když v závěru terapeut reflektuje dosavadní spolupráci, Martina vyjadřuje spokojenost. Říká, že je ráda, že „*mohla o mluvit o tom, co jí trápí, o situaci doma a o vztahu s tátou, potřebovala to ze sebe dostat*“. Co jí k tomu pomohlo, ptá se terapeut. Jiná atmosféra, podpora k tomu, aby se nebála říct, co cítí, o čem přemýšlí. Že se odvážila říct i to, co jí doma vadí. Kromě toho jí pomohlo, že se trochu zorientovala v otázce dalšího studia. Má radost, že atmosféra doma je lepší, i když podle ní nelze očekávat zásadní změnu. Sděluje, že zatím nepotřebuje pokračovat v terapii. V případě potíží se ozve a souhlasí s vyplněním dotazníku souhlasí.

Dotazník:

Dle domluvy na konci posledního terapeutického sezení byl klientce zaslán dotazník zaměřený na její subjektivní hodnocení proběhlé psychoterapeutické spolupráce. Formulář dotazníku bude uveden v příloze práce. V následující části je uveden doslovný přepis jejích odpovědí na otázky uvedené v dotazníku.

Důvod psychoterapeutické spolupráce: *Pocity úzkosti, pochybností, zdravotní problémy, těžkost rozhodnout se o vysoké škole, tápání v životě + problematika vztahů v rodině (hlavně mezi maminkou a tatínkem)*

1. Jak byste svými slovy popsal(a) psychoterapeutickou spolupráci v zařízení PRO-Story?

Já sama (pozn. individuální konzultace): *konzultace a povídání si o problémech, zvažování některých rozhodnutí, racionální pohled na pocity úzkosti a pochybnosti o sobě samé, vyvracení některých mylných a úzkostných představ.*

Setkání s rodiči: *povídání o problémech v rodině, o změnách, které nastaly po narození mentálně postižené sestřičky. Povídání o některých tehdejších nedorozuměních a problémech v komunikaci mezi rodiči. Načínání některých témat s možnosti promluvení si o nich, ujasnění a hledání nějakých řešení doma (ne vždy se tak doma stalo).*

2. Popište prosím svými vlastními slovy, jak jste vnímali působení psychoterapeuta?

Já sama: *Racionální člověk, který pohlíží na mé problémy, občas „popichuje" k zamyšlení nad určitými věcmi nebo mě vrací do („tvrdé") reality. Trochu „rozbíjí" skořápku úzkosti, kterou jsem si sama kolem sebe vytvořila.*

S rodiči: *Konzultant některých situací a vztahů, prostředník nebo člověk, který usnadní vyprávění a vyslovení přání vůči rodičům.*

3. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci považujete za přínosnou, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta nejvíce přispělo k porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejvíce prospěšné?)

Důležité ve vztahu k taťkovi pro mě bylo velmi důležité připustit a vyslovit, že se na něj vlastně zlobím. A to mi v podstatě pomohlo mu odpustit, vlastně už v tu chvíli, kdy jsem to vyslovila. To si myslím hodně pomohlo mému vztahu k němu, k uvolnění komunikace a jakýchsi zábran. Ve vztahu k rodině si myslím, že hodně pomohlo to sezení, kdy jsem měla za

úkol postavit dřevěné pohyblivé figurky jako naši rodinu a pozice a vztahy v ní. To bylo asi takové pojmenování vztahů, které mě trápilo a které bych asi neuměla (a bála se) říci. Vždyť oni se všichni snaží, tak proč by to nemělo být v pořádku? To pojmenování rodičům myslím nemohlo být příjemné, ale asi jim to taky něco dalo. Ve vztahu sama k sobě a k životu (rodiče, učitelé, okolí apod., často si to i protiřečí). Důležité je asi to, co vyhovuje mě, a co já si z okolních vlivů vezmu pro svůj život. A taky uvědomění si, že ačkoli jsme vypadali a stále vypadáme pro většinu okolí jako dokonalá rodina, tak to tak není, všichni jsem jenom lidi, co dělají chyby. A že si z rodiny do života můžu vzít jenom něco (nemusím všechno) a že můžu mít jiný život a najít si svou vlastní cestu.

4. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci za přínosnou nepovažujete, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta bránilo v porozumění či řešení Vašeho problému (Co bylo nejméně prospěšné?)

Občas mi přišlo, že na každém sezení musím hodně připomínat o co jde, kdo jsem, a co nás tíží.

5. Uveďte prosím, zdali se díky psychoterapeutické spolupráci něco změnilo (v celkovém pocitu pohody či zdravotním stavu, vztahu k sobě, k blízkým v rodině, v práci nebo v řešení problému apod.).

Cítím se určitě více v pohodě, uvolněněji, začala jsem více brát, že život nelze celý nalinkovat, že prostě pořád něco přináší. Odpustila jsem taťkovi, nebo spíš jsem se zbavila pocitu, že za problémy v rodině a mamčiny problémy může jenom on. Je to vztah obou rodičů, záleží na nich, jak se s tím vypořádají a jak se s tím vyrovnají a jak budou komunikovat oba. V době největších problémů a narození sestřičky jsem mluvila hlavně s mamkou (navíc chlapi o svých vnitřních problémech moc otevřeně nemluví, alespoň taťka se s tím chtěl vypořádat sám), takže jsem to viděla hodně jednostranně. Navíc si myslím, že jsem dříve cítila zodpovědnost, že s tím problémem mezi rodiči můžu něco udělat, pomoci jim a prostě mě tížilo, že to neumím.

Martina k vyplněnému dotazníku přiložila ještě dvoustránkový dopis, v němž doplňuje ještě několik důležitých údajů o sobě a situaci v rodině, které víceméně korespondují s tématy spolupráce a otázkami v dotazníku. Uvádíme ty části dopisu, které jsou relevantní k proběhlé psychoterapeutické spolupráci s vynecháním některých detailů, aby byla zachována anonymita klientky a její rodiny.

Postoj rodičů k dotazníku: *Rodiče se nakonec vyjádřili tak, že dotazník vyplňovat nechtějí. Respektive taťka nejdříve řekl, že na to stejně asi nebude mít čas, ale pochopila jsem z toho, že ani moc nechce. A mamka řekla, že je to pro ní bolestivé se k tomu vracet, takže jestli nemusí, tak to vyplňovat nebude.*

Zdravotní stav: *Mám se dobře, studuji, akorát mám stále zdravotní problémy. I přestože jsem byla dvakrát na drobném chirurgickém zákroku, opět jsem teď dostala zánět, takže už beru snad desátá antibiotika. Ale jinak se mám prostě fajn.*

Studium: *Měl jste pravdu, dostala jsem se na všechny vysoké školy, které jsem chtěla a nakonec jsem dost váhala mezi dvěma, o které jsem měla největší zájem. Nakonec jsem se ale rozhodla, porovnala jsem si ty možnosti a zatím se na škole cítím docela dobře. Takže jsem ráda za své rozhodnutí.*

Vztahy v rodině: *Myslím, že máme uvolněnější vztahy doma a máme k sobě o trochu blíž jako rodina. Vztah mamky s taťkou se podle mě příliš nezměnil. Z mamčiny strany mi přijde trochu rezignace, že se to někdy změní. A taťka pořád moc a moc pracuje. Z mého pohledu je těžké říct, jestli se mezi nimi něco změnilo.*

Závěrečný komentář:

V závěrečném komentáři shrneme opět prvky narativního přístupu aplikovaného v psychoterapeutické spolupráci s rodinou. Dále si dovolíme hypotetizovat o dění v rodině, jež bylo velmi pravděpodobně významným kontextem pro vznik příznaků o dospívajícího člena rodiny a navázání kontaktu s terapeutem.

Za **narativní prvky** terapeutické práce s rodinou lze považovat následující:

1. Umožnění všem členům rodiny, aby vyprávěli své verze „problematického příběhu“ tzv. *problem-saturated story* se zaměřením zprvu na potíže a životní dilemata dospívající dcery a posléze na problematické aspekty rodinného soužití a kvality rodinných vztah.
2. Podpora vyjádření těch narativních linií, které utvářely emoční klima v rodině; v tomto případě šlo o příběh přijetí či nepřijetí dalšího člena rodiny, adaptace na novou situaci a příběh rozkolu v partnerském vztahu rodičů, který citlivě vnímala dospívající dcera.

3. Podpora utváření nového příběhu (co rodinu spojuje, přiblížení otce a dcery, překonání konfliktních narativních linií) v němž by byly zohledněny potřeby jednotlivých členů rodiny, zejména dospívající dívky.
4. Podpora zvládání (angl. *personal agency*) dospívající dcery v jejím dilematu, jež se týkal důležitého rozhodování, včetně snaha o získání rodičů k adektávními zapojední do tohoto procesu.

V duchu narativní perspektivy a filozofie sociálního konstrukcionismu se terapeut snažil vyhnout patologizující interpretaci potíží dospívající dcery ve stylu „příběhů" tradiční psychiatrické nosologické klasifikace a rozvoji identity nemocného. Zároveň vnímal prezentované potíže tzv. identifikovaného pacienta nikoli jako projev individuální poruchy nebo jako symptom udržující rovnováhu v rodině, ale spíše jako „zprávu" o potřebách „pacienta" a rodinném kontextu. Terapeut se také snažil povzbudit členy rodiny k **vyjádření a vyjasnění rozdílných verzí rodinného příběhu**, v němž dominoval významná událost, jejíž odlišné způsoby zvládání rodičů vedl k partnerskému rozkolu a dlouhodobě napjaté rodinné atmosféře. Vyprávění mezi členy rodiny v terapeutickém kontextu, zvláště týká-li se problematických událostí rodinné historie, je odlišným konverzačním procesem, jenž může být příležitostí ke sdílení nových příběhů či různých způsobů vyprávění o rodinné situaci (Dallos, Draper, 2007). Rodinná terapie s narativními prvky může na první pohled vypadat jako prosté povídání o tom, co se stalo, ale také o tom, jak událostem jednotliví členové rodiny rozumějí, jaké mají tyto události pro ně význam. Jde o **vyprávění a převyprávění významných rodinných událostí stimulovaný terapeutem**, které je důležitým procesem reflexe, jehož význam stoupá právě v případě rodinných konfliktů, nedorozumění a dilemat.

Podle Dowlingové a Vetere (2005) je vyjádření a vyjasnění rozdílných verzí rodinného příběhu či tzv. narativních linií nezbytné pro větší porozumění mezi členy rodiny a k nastartování postupných změn, které mohou přinést zmírnění nepohody či trápení u jednotlivých členů rodiny. Dowlingová a Vetere (2005) upozorňují, že je důležité, aby terapeut podpořil vyjádření příběhů všech členů rodiny, aby žádný příběh či narativní verze nedominovala. V tomto případě se tento úkol zcela nezdařil. Dominoval spíše příběh dospívající dcery, která citlivě vnímala napjatou atmosféru v rodině, partnerský rozkol mezi rodiči a který vyjadřovala potřebu sblížení se svým otcem. Příběh partnerského nesouladu zůstal v pozadí a k jeho rozvíjení a posunu k méně konfliktními příběhu v průběhu terapie příliš nedošlo. Je také otázkou, zdali odkrytí konfliktního příběhu „partnerského rozkolu" bylo

ku prospěchu všem členům rodiny, zdali u některých z nich nedošlo spíš k oživení intenzivních emocí a retraumatizaci bez naděje na možnou změnu k lepšímu.

V této souvislosti je na místě zmínit, že rodinná situace odpovídá klinické zkušenosti Trapkové a Chvály (2004), kteří upozorňují na význam fáze citového „přiblížení" dospívající dívky k otci v průběhu diferencovaného procesu separace. Stejně tak tito autoři vyzdvihují význam partnerského vztahu mezi rodiči, jehož kvalitu dospívající jedince vnímá, a jenž „proudí k dětem skrze interakce jako přirozená (emoční) výživa" (Trapková, Chvála, 2004, str. 85). Podobě hovoří i empirické výzkumy zaměřené na rodinné vztahy v dospívání a potřeby dospívajících. Macek a Lacinová (2006) uvádějí, že celková atmosféra v rodině se více zrcadlí v pocitech dívek než chlapců. Dívky jsou citlivější na negativní impulsy, napětí konflikty a nepříznivou atmosféru, což přispívá k jejich nižšímu sebehodnocení. Naopak vyšší sebedůvěru dívky vykazují, pokud oba rodiče jsou otevření, emočně angažovaní, vstřícní a projevují o dceru zájem (Macek, Lacinová, 2006, str. 27).

Z vyplněného dotazníku a průvodního dopisu Martiny je patrné, že v průběhu psychoterapeutické spolupráce považovala některé narativní prvky za prospěšné („*Povídání o problémech v rodině, o změnách, které nastaly po narození mentálně postižené sestřičky. Povídání o některých tehdejších nedorozuměních a problémech v komunikaci mezi rodiči. Načínání některých témat s možnosti promluvení si o nich, ujasnění a hledání nějakých řešení doma.*"). V průběhu vyprávění a sdílení rodinných příběhů se jí daří zaujmout jinou pozici vůči otci, s nímž potřebuje navázat bližší vztah („*Důležité ve vztahu k taťkovi pro mě bylo velmi důležité připustit a vyslovit, že se na něj vlastně zlobím. A to mi v podstatě pomohlo mu odpustit, vlastně už v tu chvíli, kdy jsem to vyslovila. To si myslím hodně pomohlo mému vztahu k němu, k uvolnění komunikace a jakýchsi zábran. Odpustila jsem taťkovi, nebo spíš jsem se zbavila pocitu, že za problémy v rodině a mamčiny problémy může jenom on*."). Zdá se, že prospěšná byla intervence modelování rodiny s externalizovaným problémem, která spíše v neverbální podobě umožnila vyjádření problematického příběhu rodiny, ale i naznačení možného a žádoucího vývoje nového příběhu „zdravějšího" rodinného soužití („V*e vztahu k rodině si myslím, že hodně pomohlo to sezení, kdy jsem měla za úkol postavit dřevěné pohyblivé figurky jako naši rodinu a pozice a vztahy v ní. To bylo asi takové pojmenování vztahů, které mě trápilo a které bych asi neuměla (a bála se) říci.*") Dále Martina uvádí změny v rodinném systému („*máme uvolněnější vztahy doma a máme k sobě o trochu blíž jako rodina*"), i když si uvědomuje, že k některým důležitým změnám nedošlo („*Vztah mamky s taťkou se podle mě příliš nezměnil. Z mamčiny strany mi přijde trochu rezignace, že se to někdy změní. A taťka pořád moc a moc pracuje*".) K „příběhu" partnerského vztahu rodičů si

ale vytvořila odstup a vzdává se zodpovědnosti za jeho vývoj a kvalitu („*Je to vztah obou rodičů, záleží na nich, jak se s tím vypořádají a jak se s tím vyrovnají a jak budou komunikovat oba. Navíc si myslím, že jsem dříve cítila zodpovědnost, že s tím problémem mezi rodiči můžu něco udělat, pomoci jim a prostě mě tížilo, že to neumím*.“)

4. Diskuse

V aplikační části disertační práce si autor kladl za cíl demonstraci aplikace a přínos narativního přístupu v psychoterapii/rodinné terapii z pohledu terapeuta, ale i z pohledu klientů. K realizaci tohoto cíle zpracoval tři případové studie, jejichž součástí byla subjektivní zkušenost lidí – klientů, kteří narativně zaměřenou psychoterapii/rodinnou terapii absolvovali. Zohlednění jejich zkušenosti bylo umožněno s pomocí otevřeného dotazníku v němž klienti reflektovali průběh psychoterapeutické práce a zejména ty prvky, které považovali za prospěšné. Cílem nebylo posouzení účinnosti či výsledku narativně zaměřené terapie, byť aspekt výsledku nebylo možné zcela opominout. Pozornost byla soustředěná spíše na ukázku využití narativních prvků v psychoterapii s posouzením přínosu narativního konceptu (angl. *concept-validation* research). V rámci současného trendu spolupracujícího přístupu ve výzkumu (angl. *collaborative/emancipatory research; co-operative inquiry* dle Heron, 1996) byl nedílnou součástí této práce pohled klientů na proběhlou psychoterapii.

Vybrané případy (angl. *case studies*) mají několik společných rysů, které hrály zásadní roli ve výběru pro účely této práce. Jednalo se o příběhy z klinické praxe, v nichž se prezentovaný problém nebo potíže klientů nacházely na pomyslné hranici biomedicíny a psychologie. V prvním případě byly problémem tělesné projevy, které nebyly vysvětlené z hlediska biomedicínského pohledu (angl. *medically unexplained symptoms*) a projevy chování, které bylo možné chápat jako projev atypické poruchy příjmu potravy. Ve druhém případě se jednalo o behaviorální problémy v rámci duševní poruchy klasifikované dle MKN-10 jako lehká až středně těžká mentální retardace. Ve třetím případě šlo opět o kombinaci tělesných potíží, které se vymykaly jednoznačnému biomedicínskému vysvětlení, a duševních potíží, které mohly být klasifikovány jako projevy deprese. Ve všech třech případech se ukázaly významné psychosomatické souvislosti vzniku a rozvoje příznaků. V úzce zaměřené biomedicínské perspektivě, která je založena na určování diagnózy a následné specifické léčbě, by tyto psychosomatické okolnosti nebyly brány v potaz. V průběhu

psychoterapeutické spolupráce založené na narativní perspektivě však zohlednění těchto okolností bylo důležitou součástí psychoterapeutického procesu.

Jak již bylo řečeno, výběr případových studií byl veden s cílem poukázat na fakt, že samotné diagnostické zařazení v rámci nosologické klasifikace a případná farmakologická léčba nemusí být dostačující, a že pozornost věnovaná subjektivním příběhů klienta/rodiny je žádoucí s ohledem na příznivý výsledek spolupráce a prevenci možného chronického průběhu s medikalizací prezentovaného problému. Důležitým kritériem pro výběr případové studie bylo samozřejmě i to, zdali se jednalo o dokončenou spolupráci a zdali byli klienti ochotni tuto spolupráci reflektovat v dotazníku po určitém časovém odstupu. Ve snaze demonstrovat variabilitu možné aplikace narativního přístupu byly záměrně vybrány případové studie, v nichž se liší počet klientů, s nimiž terapeut věnoval: a) individuální terapie, b) terapie s matkou a synem, c) terapie s rodiči a dcerou. Výběr případů s ohledem na různou formu spolupráce, různé prezentované problémy i různý způsob aplikace narativního přístupu koresponduje s variabilitou narativně založené psychoterapie, jak o ní referují například Čermák (2004) nebo McLeod (1997).

S výběrem případových studií souvisí hlavní limity práce. Především je autor práce zároveň terapeutem, který s klienty pracoval. Nebylo tak možné zcela se oprostit od vlastní zaujatosti či předpojatosti (angl. *bias*) v souvislosti s výběrem studií. Autor nepochybně upřednostnil studie, v nichž bylo možné alespoň částečně ukázat využití narativního přístupu a v nichž byl výsledek psychoterapeutické spolupráce a zkušenost s terapeutovým přístupem klienty posouzen kladně v dotazníku. Předpojatost autora-terapeuta spočívá i v tom, že zvolil studie, v jejichž zpracování mohl nabídnout narativní přístup, kterým se snažil vyhnout v současnosti dominující medializační tendenci a důrazu na nosologickou klasifikaci v oblasti duševního zdraví. Zásadní zde je jeho klinická zkušenost, díky níž se domnívá, že biomedicínský pohled v současné medicíně obecně a v psychiatrii obzvláště je charakteristický trvalým opomíjením vlivu psychosociálních faktorů na zdraví člověka a způsob jeho stonání. Narativní přístup je pro autora jednou z možností jak nahlížet na člověka s jeho potížemi komplexněji ve smyslu biopsychosociální či psychosomatické perspektivy. Začlenění pohledu klientů do posouzení přínosu narativního konceptu bylo vedeno snahou autorovu předpojatost vyvážit.

V uvedených případových studiích lze identifikovat různé prvky narativního přístupu. V prvé řadě je to terapeutův důraz na samotný proces vyprávění klienta (příp.rodiny) jako subjektivní výpovědi o problémech, životních dilematech, emočně významných událostí či dění v rodinných nebo blízkých vztazích. Takové vyprávění v kontextu terapeutického vztahu

a systematické spolupráce je McAdamsem et al (2004) považováno v současnosti za základ psychoterapie. Vyprávění jako základ psychoterapie označuje dokonce McLeod (2004) jako možný „jednotící prvek“ různých zdánlivě soupeřících psychoterapeutických škol. Různým aspekty procesu vyprávění v psychoterapeutickém kontextu je pak věnována řada publikací (Dowling, Vetere, 2005; McLeod, Argus, 2004; McAdams, Lieblich, Josselson, 2004; Pennebaker, Niederhoffer, 2002) Stejně tak se objevuje snaha o integraci narativní perspektivy s jinými koncepty, např. se systemickou rodinnou terapií a poznatky z výzkumu citové vazby (Dallos, 2004, 2006). Kromě těchto obecnějších aspektů vyprávění v psychoterapii jsou v případových studiích patrné prvky narativně psychodynamického pojetí zpracované v konceptu CCRT Luborskym et al (1994, 1998) a narativní terapie vycházející z teorie sociálního konstrukcionismu, kterou rozpracovali White s Epstonem (1990), White (2007) a rozvíjeli ho další terapeuti (Payne, 2006; Marner, 2000; Freedman, Coombs, 1996; Parry, Doan, 1994) Z narativní terapie vycházející z teorie sociálního konstrukcionismu byly v průběhu psychoterapeutické spolupráce aplikovány následující prvky.

1. Podpora vyprávění tzv. problematického příběhu (angl. *problem-saturated story*) nebo v případě práce s rodinou podpora vyprávění různých verzí tzv. problematického příběhu a narativních linií, které spoluurčují emoční klima v rodině.
2. Externalizace problému vč. dotazování na vliv různých faktorů na existenci problému a problematické aspekty životního příběhu (angl. *relative influence questioning*)
3. Identifikace pozitivních momentů v tzv. problematickém příběhu (angl. *unique outcomes*) jako základ pro rozvoj alternativního příběhu, podpora utváření nového příběhu.
4. Podpora aktivního zvládání člověka (angl. *personal agency*) problematické nebo tíživé situace, posilování kompetence osob, kterých se problém týkal a kteří se účastnili terapie.
5. Využití terapeutického dopisu (angl. *therapeutic letter*) – posílení externalizace; potvrzení a ocenění dílčích úspěchů, užitečných zvládacích strategií a vzájemné opory rodině; hmatatelná rekapitulace/důkaz o proběhlé spolupráci a výsledcích, který může být v budoucnu užitečný.

Uvedené prvky narativního přístupu nebyly v jednotlivých případech vždy aplikovány stejně, ani všechny najednou. V každé případové studii byl narativní přístup ukotven v odlišném psychoterapeutickém rámci. V první případové studii se jednalo o narativní přístup v rámci psychodynamické perspektivy (Luborskeho koncept CCRT, teorie citové vazby). V druhém případě se jednalo o způsob práce vycházející z narativní terapie Whitea a Epstona (1990). Ve třetím případě pak šlo o narativní rodinnou terapii, v níž je patrný inspirační vliv konceptu sociální dělohy Chvály a Trapkové (2004). Tato variabilita odpovídá předpokladu, že je nutné respektovat odlišné příběhy a zápletky a nespoléhat na před-porozumění či předem vytvořené manuály. Za zřetelný jednotící narativním prvek lze považovat terapeutovo angažovaná podpora klientů ve vyjádření a sdílení sdílet subjektivně významných příběhů, které odrážejí jejich životní dilemata, zápasy s různými problémy či potřeby v blízkých vztazích. V této souvislosti je na místě připomenout názor Dallose (2006), který se sice k narativní perspektivě v psychoterapii hlásí, ale zároveň kriticky reflektuje její nedostatky. Podle něj je samotné vyprávění sice důležité, ale je potřeba, aby mělo nějaký směr, respektive aby podpora vyjádření problematických příběhů a rekonstrukce nových příběhů byla založena na určitých hodnotách (angl.*values*), které si terapeut musí uvědomovat a otevřeně je společně s klienty diskutovat. Dále upozorňuje na význam sociální a vývojové perspektivy ve smyslu souvislosti mezi životními událostmi v rodině/životě jedince a rozvojem různých příběhových linií, které pak mají vliv na další život jedince/rodiny. Například příběh, jehož zápletku tvoří vznik duševních potíží u člověka, nebo interpretace jeho chování jako projevů choroby, má výrazný dopad na to, jak sám na sebe nahlíží, jak ho vidí ostatní, jak se k němu chovají a jaké obavy, očekávání iči naděje ovlivňují představy o budoucnosti nebo o její absenci (Dallos, 2006, str.7).

Tím se dostáváme k přínosům narativního konceptu z pohledu terapeuta. Vezmeme-li vážně Dallosovi myšlenky, pak vnímavost k běžnému jazyku člověka a rodiny, s níž vypráví svůj příběh, včetně subjektivních hledisek a významů, které tvoří základ příběhu, je pro psychoterapeutickou spolupráci velmi podstatná. Svědčí o tom i probíhající debata, která na toto téma probíhá nejen mezi narativními terapeuty, ale i mezi terapeuty reprezentující jiné směry, v nichž není narativní koncept primárním východiskem (McLeod, 1997). Význam příběhu jako kontextu stonání člověka je vyzdvihován taktéž terapeuty různého teoretického zaměření (Trapková, Chvála, 2004; Asen et al, 2004; van Deurzen, 2002; Griffith, Griffith, 1994). Narativní koncept zahrnující kritiku „jazyka deficitu“ představuje způsob možného odstupu od patologizujícího diskurzu a odborných termínů, které nedostatečně a neúplně zachycují zkušenost lidí, kteří do terapie přicházejí (Gergen, 1999). Přílišné lpění na těchto

deskriptivních termínech navíc odvádí pozornost od důležitých aspektů životního příběhu člověka, ať už se týkají významných vztahů, vývojových potřeb či existenciálních, ale i existenčních dilemat.

Přínos narativního přístupu v uvedených případových studiích tak podle terapeuta spočívá v tom, že vyprávění a převyprávění významných příběhů v psychoterapeutickém kontextu je důležité s ohledem na respektování komplexní bio-psycho-sociální podstaty lidské existence. Tento předpoklad, který je též v pozadí současných snah o rozvoj psychosomatické medicíny, je zřejmým hodnotovým rozměrem aplikace narativního přístupu. Jde také o významnou předpojatost terapeuta, která již byla zmíněna. Dalším orientačním bodem či hodnotovým rozměrem narativně zaměřené práce, jak bylo zejména patrné v případové studii s rodinou, je předpoklad zdravého vývoje dítěte/dospívajícího v rodině a vztahových faktorů, které jsou pro tento vývoj významné. Teoretickým a výzkumným zázemím pro tento předpoklad je koncept sociální dělohy Trapkové a Chvály (2004), výzkumy Macka a kol. (2006) nebo současné interdisciplinární výzkumy na poli vývojové sociální psychologie a neurověd (Schore, 2001, Siegel, 2001). V této souvislosti narativní přístup v psychoterapii a zejména v rodinné terapii představuje podle terapeuta neobviňující způsob spolupráce s klienty a rodinou, jehož cílem není odstranění poruchy, osobnostních nedostatků, napravení chyb či přizpůsobení se utlačujícímu, společensky podmíněnému diktátu. Přínos narativního přístupu je patrný v tom, že umožňuje nejen vyjádření problematických aspektů životního příběhu v terapeutickém kontextu a zároveň nabízí příležitosti k posílení vzájemné opory, spojení sil v zápase s problémem a hledání uspokojivější formy vzájemných vztahů . Ne vždy se to daří a ne vždy je spolupráce s více členy rodiny možná. V individuální psychoterapii narativní přístup představuje způsob, jak posílit kompetence a schopnosti zvládání (angl. *personal agency*) a rozvoj identity nezatížené problémem či určitými „příběhy“, které sice poskytují pojmenování a někdy vysvětlení, ale mnohdy bez následné podpory zvládání.

Posouzení narativního konceptu z pohledu klientů, s nimiž psychoterapeut pracoval a z tohoto konceptu vycházel, už tak jednoznačné není. Nelze říci, že by klienti v dotaznících označili za přínosný právě narativní přístup, jehož byl terapeut příznivcem a jenž se snažil aplikovat a přizpůsobovat dané situaci a klientům. Žádný z klientů v dotazníku přímo neoznačil konkrétní narativní prvek či intervenci za prospěšnou. Z výpovědi klientky v druhé případové studii nicméně nepřímo vyplývá, že externalizace problematického chování jejího syna přispěla ke změně jejího přístupu a také dala podnět k postupnému zvládání problémů, které ze synova chování vyplývaly. Ve třetí případové studii zase dospívající dívka v dotazníku uvádí, že modelování rodiny s loutkami a externalizovaným problémem jí

pomohlo uvědomit si pocity, které chová ke svému otci, a změnit svůj postoj k němu ve smyslu odpuštění a smíření. Byť modelování rodiny není specifickou narativní „intervencí“, její aplikace korespondovala s narativním pojetím rodinné terapie. Tato spíše neverbální, prožitkově založená „intervence“ podpořila vyjádření příběhu dospívající dívky, jak vidí vlastní rodinu „obtěžkanou“ problémem – konfliktem mezi rodiči. Vedle toho pak přispěla k naznačení možné proměny rodiny směrem k novému příběhu rodinného sblížení, v němž by její potřeby ve vztahu k rodičům mohly být naplněny. Výpovědi klientů v dotaznících všech tří případových studií, jež odrážejí zkušenost s psychoterapií založenou na narativní perspektivě, se shodují v tom, jaký význam přikládají vyprávění ve formě vyjádření svého pohledu či prožitků, rozhovoru, domlouvání, vyjasňování, dorozumívání, probírání různých témat apod. Tato zkušenost podle jejich výpověď přispěla k porozumění, k různým krokům a změnám, bez ohledu na to, s jakým problémem navštívili psychoterapeuta a bez ohledu na případný diagnostický závěr.

Můžeme tvrdit, že jde o potvrzení předpokladu, podle kterého je možnost sdílet svůj příběh a dobírat se porozumění či možného řešení prostřednictvím vyprávění a převyprávění důležitou lidskou potřebou. Koresponduje to i s modelem psychoterapie Franka a Franka (1991) v němž autoři tvrdí, že lidé vyhledávají psychoterapii nikoli primárně pro dosažení úlevy od nějakých potíží, ale spíše pro pocit tzv. demoralizace, kterou zažívají v souvislosti s těmito potížemi. Psychoterapie dosahuje svých cílů tím, že se zabývá stavem demoralizace (a podporuje zvládání, pozn. autora) a pouze nepřímo „léčí“ příznaky (Frank, Frank, 1991).

5. Závěr

V závěru bychom rádi shrnuli některé základní teze detailně pojednané v teoretické části a také závěry z části aplikační. Zmíníme se o tom, jak zpracované téma disertační práce zapadá do kontextu současného zájmu o narativitu nejen v psychologii a psychoterapii, ale i v medicíně. Současně upozorníme na to, v čem je tento zájem ve zmíněných oblastech poznání opodstatněný s ohledem na doposud převažující, ale kritizované, trendy.

V teoretické části jsme uvedli, že příběhy a vyprávění jsou od nepaměti nedílnou a významnou součástí vývoje lidského druhu i lidských společenství. Mytologické příběhy přinášely pohled na veškeré jevy a děje, které zpočátku přesahovaly možnosti lidského poznání (Campbell, 1993). Mýty také pojednávaly o tom, co mají všichni lidé společné a

zároveň sloužily jako důležitý rámec pro naše hledání smyslu, pravdy a porozumění. Dotýkaly se vztahu jedince k širší komunitě, společnosti, a také systému hodnot, které jsou svým významem pro společenství nadřazené individuálním potřebám (Machovec, 1998).

V kontrastu s délkou existence lidského druhu se o příběh a vyprávění jako o základní metaforu vhodnou pro zkoumání různých psychologických a sociálních aspektů lidského života začali odborníci z oblasti společenských věd a psychologie zajímat teprve nedávno (Hevern, 2003). Příběh (angl. *story*) a vyprávění (angl. *narrative*) jsou dnes mnohými odborníky považovány za základní organizující principy jedince pro vnímání, chápání a sdílení vlastní zkušenosti (Sarbin, 1986). Ve formě příběhu lidé nejen koherentně organizují své zkušenosti, ale také se snaží tyto události propojit do smysluplného celku. Narativní „tónina" byla psychologii a sociálních vědách rozehrána v návaznosti na vývoj myšlení i v jiných disciplinách, zejména v literární teorii, filozofii a lingvistice (Čermák, 2003). Schopnost organizovat svoji zkušenost včetně různých životních událostí do souvislé příběhové struktury, tzv. narativní schopnost, není ale samozřejmostí. Ukazuje se, že spíše jde o dovednost, již si osvojujeme v průběhu vývoje pouze za určitých podmínek, kterým věnuje pozornost vývojová a sociální psychologie (Baerger, McAdams, 1999; Habermas, Bluck; 2000). Zde se ukazuje naprosto zásadní význam prožitku bezpečí, akceptace, vnímavé a přiměřeně podnětné péče v rámci citové vazby (angl. *secure attachment*). Z oblasti současných neuro-vědních disciplin přibývají v této souvislosti poznatky o významu prožitků v rámci citové vazby na vývoj a fungování neuronálních okruhů a oblastí mozku (Schore, 2001). Narativní koncept je tak užitečný i s ohledem na tzv. psychosomatické vztahy mezi psychickými prožitky a tělesnými projevy a způsoby zvládání rozmanitých náročných situací. Je k dispozici bohatý výzkum dokládající, že strukturování traumatizujících událostí a prožitků v narativní formu přispívá k integraci myšlenek a pocitů, jež jsou s těmito událostmi spojené. S tím souvisí i pozitivní vliv vyprávění, verbálního či v písemné formě, na duševní i tělesné zdraví (Pennebaker, Seagal, 1999; Pennebaker, Niedehoffer, 2002).

Je pochopitelné, že s těmito poznatky docházelo ruku v ruce ke vzrůstajícímu zájmu o narativní koncept i v oblasti psychoterapie. Narativita ve smyslu vyprávění, sdílení příběhů a jejich převyprávění, je neodmyslitelnou součástí psychoterapie jakékoli teoretické orientace a můžeme ji spolu s jinými odborníky považovat za jednotící či integrativní koncept (Argus, McLeod, 2004). Psychoterapie je „místem", kde se lidé snaží řešit své problémy, ale také usilují o dosažení usmíření nebo rovnováhy mezi věčnými protiklady života jako je rozum a cit, potřeba individuality a vztahovosti, zachování tradice a schopnost vývoje apod. Je místem řešení problémů, proměny vztahů k sobě či druhým, ale také místem hledání a utváření

smyslu. Člověk vyhledávající psychoterapeutickou pomoc pro rozmanité problémy nebo potíže je vypravěčem, který s menším či větším úsilím vypráví a rekonstruuje pro něj důležité příběhy. V tomto procesu se s pomocí terapeuta snaží sdělit něco o sobě, o své pozici v sociálním světě a o svém zápase s problematickými aspekty své existence ve snaze je integrovat ve srozumitelný, přijatelný a smysluplný příběh.

Přestože je narativní metafora považována za jednotící a všudypřítomný prvek všech psychoterapeutických přístupů, pouze v některých směrech je tomuto aspektu psychoterapeutického procesu věnována větší pozornost (Čermák, 2004; McLeod, 1997). Psychodynamická, existenciální, konstruktivistická psychoterapie a rodinná terapie přistupují k aplikaci narativní metafory odlišně s ohledem na vlastní základní teoretické předpoklady, kterým jsme se věnovali v teoretické části. Společným rysem těchto přístupů je to, že sice věnují zpočátku pozornost subjektivnímu vyprávění klienta, ale záhy terapeuti reprezentující tyto přístup přistupují ke sdílenému příběhu skrze optiku předpokladů o psychologických procesech a faktorech (nevědomá traumata, absence smysluplnosti, rigidní schémata, patologické komunikační vzorce apod.). Vedle tohoto tradičního pojetí se rozvíjí narativní terapie inspirovaná sociálním konstrukcionismem, která je označována McLeodem (2004) za post-psychologickou variantu psychoterapie. V této narativní terapii je člověk vyhledávající pomoc vnímán jako člen kultury a jeho potíže jsou primárně nazírány jako projevy problematického vztahu jedince se společností a kulturou, jíž je součástí (White, Epson, 1990; Payne, 2006). V post-psychologickém chápání je psychoterapie považována za sociální spíše než psychologický proces a narativní koncept je základním výchozím bodem. Narativní koncept zde zahrnuje personální dimenzi, neboť vždy se jedná o jedinečné životní příběhy, byť v nich lze někdy zahlédnout universální lidská témata. Zároveň zahrnuje dimenzi interpersonální a to ve dvojí podobě. Za prvé je to podoba, kterou vystihuje systemické *dictum* Gianfranca Cecchina, který říká: „Lidé žijí, hrají si a trpí vždy ve vztahu k někomu“. Druhou podobou interpersonální dimenze je fakt, že vyprávění má smysl pouze tehdy, existuje-li i posluchač. V psychoterapeutickém kontextu je obsah i struktura vyprávění trápícího se člověka spoluutvářena odezvou posluchače-terapeuta. Post-psychologická perspektiva narativní terapie též koresponduje se současnými dialogickými přístupy (Seikkula, Arnkill, 2006; Gergen, 2006) a spolupracujícím, emancipatorním trendem ve výzkumu (Vetere, Dallos, 2006; Foster, 2007)

V současné době jsme svědky snah o integraci, která se zdá být logickým vývojovým pokračování, jež musí následovat poté, co se různé psychoterapeutické přístupy snažily o vymezení se vůči ostatním. Narativní koncept se ukazuje jako slibná perspektiva, které

inspiruje reprezentanty různých psychoterapeutických přístupů i odborníky z naprosto odlišných disciplin ke výzkumné a teoretické spolupráci. Zájem o narativitu otevírá psychoterapii odborníkům z řad vývojových a sociálních psychologů, lingvistů, literárních vědců, antropologů a filozofů, odborníků na média i neurovědců a neuropsychiatrů (Angus, McLeod, 2004). Narativita je výchozím konceptem i ve výzkumu, ať již je zaměřen na vývojově či sociálně psychologické aspekty nebo na psychoterapii. I v medicíně je patrný zájem o narativitu, o čemž svědčí existence různých zahraničních vzdělávacích programů v tzv. *narrative-based medicine* a diskuse na toto téma v odborném tisku (Greenhalgh, Hurwitz, 1999).

V této práci byla vybrána metoda případové studie kombinovaná s dotazníkovou metodou. Případové studie byly vybrány na základě několika kriterií. Zásadní bylo dokončení psychoterapeutické spolupráce, spokojenost klientů s proběhlou spoluprací a jejich ochota tuto spolupráci reflektovat. Vzhledem k rozmanitým formám aplikace narativního přístupu v různých psychoterapeutických směrech byly vybrány tři případové studie, na nichž bylo možné tuto rozmanitost demonstrovat. Významný kriteriem výběru uvedených studií byl fakt, že se jednalo o příběhy z klinické praxe, v nichž se prezentovaný problém nebo potíže klientů nacházely na pomyslné hranici biomedicíny a psychologie. Ve dvou případech kontaktovali klienti terapeuta pro potíže duševní, jež bylo možné klasifikovat dle systému klasifikace duševních nemocí, i tělesné, jež bylo možné charakterizovat jako tzv. psychosomatické či tzv. lékařsky nevysvětlené (angl. *medically unexplained symptoms*). Ve třetím případě se jednalo o behaviorální potíže vymezené v rámci mezinárodní klasifikace nemocí. Ve všech třech případech se ukázaly významné psychosociální nebo tzv. psychosomatické souvislosti vzniku a rozvoje příznaků. Výběr případových studií byl též veden s cílem poukázat na fakt, že samotné diagnostické uchopení nemusí být dostačující, a že pozornost věnovaná subjektivním příběhů klienta/rodiny a psychosociálním souvislostem je žádoucí s ohledem na příznivý výsledek spolupráce a prevenci možného chronického průběhu s medikalizací prezentovaného problému. Uvedený výběr bylo tak proveden též s ohledem na doporučení Strausse a Corbinové (1998), aby případové studie byly něčím typické, zvláštní nebo zajímavé z teoretického hlediska.

Cílem práce byla demonstrace a posouzení aplikovaného narativního přístupu v průběhu psychoterapeutické spolupráce a subjektivní hodnocení této spolupráce klientem/klienty s pomocí otevřeného dotazníku. V současném kvalitativním výzkumu je patrný zájem o participaci účastníku a psychoterapeutickém výzkumu pak o subjektivní zkušenost klientů s proběhlou psychoterapií (Rennie, 1994; O´Connor, 1997; McLeod, 2001).

Proto byla součástí případových studií kombinace pohledu terapeuta a klienta/klientů na průběh a výsledek psychoterapeutické spolupráce. Metoda případové studie byla vybrána proto, že ztělesňuje několik klíčových rysů kvalitativního výzkumu v psychoterapii. Její užití vychází z předpokladu, že lidská zkušenost a chování musí být nahlížena v kontextu a v maximálním komplexitě. Tato metoda umožňuje bohatý popis nějakého fenoménu s vyjádřením vyjádřit perspektivy všech účastníků, např. poskytnutím kontextualizovaných doslovných výpovědí jednotlivých účastníků v terapii. Je zde důraz na subjektivitu a uznání určité jedinečnosti individuální zkušenosti a chování a také přijetí interpretativního postoje, jenž značí, že porozumění zahrnuje proces interpretace (Vetere, Dallos, 2006).

Z výsledků, které přineslo zpracování případových studií v aplikační části práce, je zřejmé, že narativní přístup v psychoterapii a rodinné terapii lze z terapeutického pohledu považovat za přínosný. Přínos je patrný především ve vybraných případech-příbězích, jejichž zápletky se odehrávají na pomezí psychologie a medicíny. Jde o případy, v nichž je důležité respektovat komplexní bio-psycho-sociální perspektivu při spolupráci s člověkem s tělesnými i duševními problémy. To platí jak v případě jasně diagnostikovatelných potíží, tak v případě tzv. lékařsky nevysvětlených potíží, jež jsou často označovány za psychosomatické. Právě v těchto případech je narativní koncept užitečný k zohlednění důležitých psychosociálních faktorů v průběhu psychoterapie, má-li směřovat ke zdraví. V této souvislosti se autor hlásí nejen k narativnímu pojetí psychoterapie a rodinné terapie, ale také k dalším odborným proudům, kteří se vyznačují kritikou jednostranného bio-medicínského modelu a dominantní biologické perspektivy v současné psychiatrii. Autorova práce koresponduje s „narativním obratem“ v psychoterapii, snahou o rozvíjení psychosomatické medicíny a také se současnými integrativními tendencemi v psychoterapii, jež například reprezentuje Dallos (2006) svým pojetím *attachment narrative therapy,* neboť z výzkumu i klinické zkušenosti jsou patrné limity jednotlivých psychoterapeutických přístupů.

Z výsledků aplikační části je nesporné to, že pro klienty je příležitost vyprávět své trápení, sdílet svůj příběh plný dilemat, problémů, rozporů, konfliktů a nenaplněných potřeb, důležitou součástí úsilí o prožití života ve zdraví a subjektivního pocitu pohody (angl. *well-being*). Výpovědi klientů v dotaznících všech tří případových studií reflektující zkušenost s „narativně založenou“ psychoterapií, se shodují v tom, jak posuzují význam vyprávění - vyjádření subjektivního pohledu či prožitků, rozhovoru, domlouvání, vyjasňování, dorozumívání, probírání různých témat apod. Tato zkušenost podle jejich výpovědi přispěla k porozumění, k různým životním krokům a změnám, bez ohledu na to, s jakým problémem navštívili psychoterapeuta a bez ohledu na případný diagnostický závěr. Jde o to, že

prezentované příznaky se mohou na první pohled jevit jako projevy existující nemoci, jež je nutné identifikovat a léčit. Z jiného pohledu, který se neobejde bez důkladného vyprávění a naslouchání, ale jít o projevy jedince-živého systému, prožívajícího různá životní dilemata, vztahové problémy, obtížnou adaptace na změny či zvládání traumatických událostí. Výpovědi klientů reflektujících psychoterapeutickou spolupráci zaznívají ve stejné tónině, jako názory odborníků, kteří zdůrazňují, že pro lidskou civilizaci jsou odnepaměti vyprávění, naslouchání, přerámování, katarze, interpretace a změna chování základními způsoby zvládání prožívaných životních problémů. S přihlédnutím k dosavadním poznatkům, i k výsledku této práce, je výrazem naprostého nepochopení výrok jednoho ze strůjců současné reformy zdravotnictví, který v rámci obhajoby regulačních poplatků uvedl, že je třeba zabránit tomu, aby si lidé chodili k lékaři jen popovídat.

Předkládaná práce potvrzuje předpokládaný přínos narativní metafory v tom, že vyprávění, sdílení příběhů a jejich společné převypravování je společným jmenovatelem různých psychoterapeutických přístupů, jejichž představitelé se vůči sobě až donedávna ostře vymezovali. Přitom narativní linie je naprosto zásadním prvkem psychoterapeutického procesu, ať už jeho vývoj a výsledek ovlivňujeme z jakékoli teoretické pozice. Způsob zpracování případových studií i s uvedenými limity koresponduje se současným trendem v psychoterapii, sociálních vědách a kvalitativním výzkumu, jenž Cooper (2008) označuje za pluralitní rámec, jehož základem je spolupracující a dialogický přístup (Gergen, 2006, Riikonen, 1999). V tomto současném trendu, jenž byl zastoupen i na letošní mezinárodní konferenci Společnosti pro psychoterapeutický výzkum, je zdůrazňováno, že je nutné brát v potaz subjektivní pohled klientů na proces a výsledek psychoterapeutické spolupráci a že pohled klientů a terapeutů se v této souvislosti zpravidla zásadně liší (Cooper, 2008; Shoemark et al, 2008; McLeod et al, 2008) Tento sílící trend také představuje snahu o vyvážení monologického přístupu v současném psychoterapeutickém výzkumu výsledku (angl. *outcome research*), v němž je za jediný ukazatel zlepšení považována změna v psychologických či psychiatrických symptomech.

Můžeme tak tvrdit, že práce věnuje pozornost tématu, které je aktuální a které je ve většině zdravotnických institucích marginální vzhledem k současnému důrazu na biotechnologický rozvoj a medicínu (a psychoterapii) přísně založenou na důkazech (angl. *evidence-based medicine*). Přitom není důvod pochybovat o tom, že možnost sdílení své zkušenosti a potřeba ji koherentně organizovat v rámci terapeutického vztahu je nutným aspektem klinické práce v pomáhajících profesích, včetně medicíny. Vzhledem k dynamickému vývoji v různých disciplinách, který se týká narativity, pluralismu ve

výzkumu a v terapii, dialogickým a spolupracujícím formám výzkumu, je žádoucí, aby i u nás tyto trendy měly výraznější zastoupení. Z dostupných poznatků je totiž evidentní, že snaha o dialog a spolupráci vedle respektu k vyprávěným příběhům ve lékařském a psychoterapeutickém kontextu významně ovlivňuje výsledek terapie a spokojenost klientů.

Literatura:

Andersen, T.: Reflections on Reflecting with Families. In: McNamee, S., Gergen, J.K.: *Therapy as Social Construction.* Sage Publications, London 1993. s.54-69.

Andersen, T.: Reflecting Processess; Acts of Informing and Forming: You Can Borrow My Eyes But You Must Not Take Them Away From Me! In: Friedman, S. (ed.): *The Reflecting Team in Action; Collaborative Practice in Family Therapy*. The Guilford Press 1995. s. 11-37.

Anderson, H.: *Conversation, Language and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. Basic Books, New York 1997.

Anderson, H., Gehart, D.: *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Routledge Publications, Hove 2007.

Anderson, H., Gergen, K., Hoffman, L.: Is Diagnosis a Disaster? A Constructionist Trialogue. In: Kaslow, F.W.: *The Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. Wiley and Sons, New York 1996. s. 102-118.

Anderson, H., Goolishian, H.: The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In: McNamee, S., Gergen, J.K.: *Therapy as Social Construction.* Sage Publications, New York 1993. s. 25-39.

Anderson, C., Huesmann, R., Berkowitz, L. (et al.): The influence of media violence on youth. *Psychological Science in the Public Interes 4*, 2003, s. 1-30.

Angus, E.L., Hardtke, K.: Narrative processess in psychotherapy. *Canadian Psychology 35*, 1994, s. 190-203.

Angus, E.L., Hardtke, K.: The narrative assessment interview: assessing self-change in psychotherapy. In: Angus, L., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 247-262.

Asen, E., Tomson, D., Young, V., Tomson, P.: *Ten minutes for the family; Systemic interventions in Primary Care*. Rougledge, Hove 2004.

Asen, E., Jones, E.: *Systemic Couple Therapy and Depression*. Karnac Books, London 2000.

Baerger, D.R., McAdams, D.P.: Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry* 9, 1999, 1, s. 69-96.

Barber, P. J., Wiseman, H.: The Core Conflictual Relationship Theme Approach to Relational Narratives: Interpersonal Themi in the Context of Intergenerational Communication of Trauma. In: Lieblich, A., McAdams, P.D., Josselson, R.: *Healing Plots: The Narrative Basis of Psychotherapy*. APA Publishing, Washington 2004. s. 151-170.

Bentall, R.: *Madness Explained; Psychosis and Human Nature*. Penguin Books, London 2004.

Berger, L.P., Luckman, T.: *Sociální konstrukce reality; Pojednání o sociologii vědění*. Centrum pro studium demokracie a kultury, Brno 2001.

Berlin, L.J., Cassidy, J.: Relations among relationships:contribution from attachment theory and research. In: Cassidy, J., Shaver, P. (eds.): *Handbook of attachment, theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press, New York 1999. s. 688-712.

Bialas, I., Craig, J.K.T.: „Need expressed" and offers of care"; an observational study of mothers with somatisation disorder and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 48*, 2006, s. 97-104.

Bloch, S., Reibtein, J., Crouch, E., Holroyd, P., Themen, J.: A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry 134*, 1979, s. 257-63.

Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., Corbella, S.: Working with narrative in psychotherapy; a relational constructivistic approach. In: Angus, L. E., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 119-136.

Bowlby, J.: The study and reduction of group tension in the family. *Human Relations 2*, 1949, s.123-128.

Bracken, P., Thomas, P.: Postpsychiatry; a new direction for mental health. *British Medical Journa*l *322*, 2001, s. 724-727.

Bremner, J.D., Vermetten, E.: Stress and development: behavior and biological consequences. *Development and Psychopathology 13*, 2001, s. 473-789.

Bretherton, K., Munholland, K.A.: Internal working models in relationships: a construct revisited. In: Cassidy, J., Shaver, J. (eds.): *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. The Guilford Press, New York 1999. s. 89-114.

Brown, G.W., Harris, T.: *The Social Origins of Depression*. Routledge Publications, London 1990.

Bruner, J.: *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard University Press, Cambridge 1987.

Bruner, J.: The Narrative Creation of Self. In: Angus, L., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 3-14.

Bruner, J.: The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry 18*, 1991, s. 1-21.

Byng-Hall, J.: *Rewriting Family Scripts*. The Guilford Press, New York 1998.

Campbell, J., Moyers, B.: *The Power of Myth*. Anchore Books, New York 1991.

Campbell, J.: *Myths to Live By*. Penguin Books, London 1993.

Campbell, D., Trowel, J.: Narrative perspectives on childhood and depression. In: Vetere, A., Dowling, E.(eds.): *Narrative Therapies with Children and Their Families; A practitioner´s guide to concepts and approaches*. Routledge Publications, Hove 2005.

Carr, A.: *Family Therapy; Concepts, Process and Practice.* Wiley and Sons, Chichester 2001.

Collins, N.L., Read, S.J.: Adult attachment, working models and relationships quality. *Journal of Personality and Social Psychology 58*, 1990, s. 644-663.

Cooper, M.: *Research into collaborative, pluralistically-oriented therapy processess; A practitioner-friendly narrative reveiw*. Předneseno na SPR International Meeting, 18-21.6.2008, Barcelona, Španělsko.

Coulehan, R., Friedlander, M. Heatherington, L.: Transforming Narratives: A Change Event in Constructivist Family Therapy. *Family Process 37*, 1998, s. 17-33.

Crittenden, P.: Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health 11*, 1990, s. 259-277.

Coulehan, R., Friedlander, M.I., Heatherington, L.: Transforming narratives: a change event in constructivist family therapy. *Family Process 37*, 1998, s. 17-33.

Craig, T.K.J., Cox, A.D., Klein, K.: Intergenerational transmission of somatisation behaviour: A study of chronic somatisers and their children. *Psychological Medicine 32*, 2002, s. 805-816.

Craig, T.K.J., Bialas, I., Hodson, S., Cox, A.: Intergenerational transmission of somatisation behaviour: 2.Observations of joint attention and bid for attention. *Psychological Medicine 34*, 2004, s.199-209.

Cozolino, L.: *The neuroscience of psychotherapy*. W.W. Norton, New York 2002.

Čermák, I.: Psychologie v narativní tónině se vynořila v souvislostech. *Československá Psychologie 47*, 2003, s. 513-532.

Čermák, I.: Narativní myšlení a skutečnost. *Československá psychologie 48*, 2004, s. 17-26.

Čermák, I.: Sigmund Freud a životní příběh. In: CEP: *Sborník č. 51/2006 "150 let od narození Sigmunda Freuda"*, září 2006.

Čermák, I.: Narativní terapie: mnohohlasý chór. In: Miovský, M., Čermák, I., Řehan, V.: *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.* 2004, s. 33-48.

Dallos, R.: Attachment Narrative Therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorder. *Journal of Family Therapy 26*, 2004, s. 40-65.

Dallos, R.: *Interacting Stories; Narratives, Family Beliefs and Therapy*. Karnac Books, London 1997.

Dallos, R.: *Attachment Narrative Therapy; Integrating Narrative, Systemic and Attachment Therapies*. Open University Press, Berkshire 2006.

Dallos, R., Draper, R.: *An Introduction to Family Therapy.* Open University Press, Berkshire 2007.

Dallos, R., Vetere, A.: *Researching Psychotherapy and Counselling*. Open University Press, Berkshire 2005.

Danečková, T.: Životní příběh a osobní identita na prahu dospělosti. In: Miovský, M., Čermák, I., Řehan, V.: *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.* 2004, s. 177-184.

Dimaggio, G., Semerari, A.: Disorganised Narratives; The Psychological Condition and Its Treatment. In: Angus, L. E., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004, s. 263-282.

Dowling, E., Vetere, A.: *Narrative Therapies with Children and their Families.* Routledge Publications, Hove 2005.

De Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G. (et al.): Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affecive Disorders 64*, 2001, s. 217-229.

Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z.a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada, Praha 1995.

Efran, J. S.: Mystery, abstraction, and narrative psychology. *Journal of Constructivist Psychology 7*, 1994, s. 219-227.

Epston, D., White, M.: Experience, contradiction, narrative and imagination. Dulwich Centre Publications, Adelaide 1992.

Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M, (et al.): Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner recognition. *Psychosomatics 40*, 1999, s. 330-338.

Flaskas, C.: *Family Therapy Beyond Postmodernism; Practice Challenges Theory*. Routledge Publications, Hove 2002.

Fonagy, P. (et al.): Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 35*, 1994, s. 231-257.

Fonagy, P., Target, M.: *Psychoanalytické teorie*. Portál, Praha 2005.

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M.: Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organisation of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development 62*, 1996, s. 891-905.

Fonagy, P. Roth, A.: *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. 2nd Edition, The Guilford Press, New York 2006.

Foster, J.L.H.: Media discussion of the Mental Health Act and representation of mental ill health. *Journal of Community and Applied Social Psychology 16*, 2006, s. 285-300.

Foster, J.L.H.: *Journeys through mental illness; Clients experiences and understandings of mental distress*. Palgrave Publications, Basingstoke 2007.

Francis, D.D., Caldji, C., Champagne a kol.: The role of corticotropine-releasing factor-norepinephrine systems in mediating the effects of early experience on the development of behavioral and endocrine response to stress. *Biological Psychiatry 46*, 1999, s. 1153-1166.

Frank, J.D., Frank, J.B.: *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore 1991.

Freedman, J., Coombs, G.: *Narrative therapy; Social construction of preferred realities*. W.W. Norton, New York 1996.

Gabbard, O.G. (Ed.): *Psychoanalysis and Film*. Karnac Books, London 2001.

Gergen, J. K.: The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist 40*, 1985, s. 266-275.

Gergen, J. K.: *Therapeutic Realities, Collaboration, Oppression and Relational Flow*. Taos Institute Publishing, Chargrin Falls 2006.

Gergen, J. K.: *An invitation to social construction*. Sage Publications, London 1999.

Goncalves, O., F.: From epistemological truth to existential meaning in cognitive narrative psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology 7*, 1994, s. 107-118.

Goncalves, F.O., Henriques, M.,R., Machado, P.P.: Nurturing nature; Cognitive narrative strategies. In: Angus, L.E., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 119-136.

Greenhalgh, T., Hurwitz, B.: Narrative-based Medicine; Why study narrative. *British Medical Journal 318*, 1999, s. 48-50.

Griffith, M., Griffith, J.: *The Body Speaks; Therapeutic dialogues for mind-body problems*. Basic Books, New York 1994.

Habermas, T., Bluck, S.: Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin 126*, 2000, s. 748-769.

Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum; základní metody a aplikace*. Portál, Praha 2005.

Herman, D., Jahn, M., Ryan M.L. (Eds.): *Routledge Encyclopedia of Narrative Therapy*. Routledge Publications, New York 2007.

Heron, J.: *Co-operative Inquiry; Research into the Human Condition*. Sage Publications, London 1996.

Hevern, W.V.: *Narrative Psychology; Internet and Resource Guide*, http://web.lemoyne.edu/~hevern/narpsych/narpsych.htmlwww. Vyhledáno 16.7.2007

Hiles, D.: *Establishing a participatory paradigm for the human sciences*. Přednáška na Masarykově Univerzitě, Fakultě sociálních studií, duben 2003.

Hodges, J., Tizard, B.: Social and family relationship of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 30*, 1989, s. 53-75.

Hofer, M.A.: Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Sciences 15*, 2006, s. 84-88.

Holmes, J.: Attachment theory and psychoanalysis: a raprochement. *British Journal of Psychotherapy 17*, 2000, s.157-180.

Hotopf, M., Nimuan, CH., Wessely, S.: Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research 51*, 2001, s. 361-367.

Howe, D.: Client experiences of counselling and treatment interventions: a qualitative study of family views of family therapy. *British Journal of Guidance and Counselling 24*, 1996, s. 367-376.

Howes, C.: Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy, J., Shaver, R.P. (Eds.): *The Handbook of Attachment*. The Guilford Press, New York 1999. s. 671-687.

Chrz, V.: Výzkum jako narativní rekonstrukce. In: Miovský, M., Čermák, I. (Eds.): *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. 2004. s 21-32.

Chrz, V., Čermák, I., Plachá, V.: Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie 50*, 2006, s. 507-521.

Chvála, V., Trapková, L.: Osm kroků externalizace v narativní terapii. *Konfrontace: Časopis pro psychoterapii 14*, 2003, s. 205-208.

Kelly, R.Ch., Grindband, J., Hirsch, R.: Repeated Exposure to Media Violence Is Associated with Diminished Response in an Inhibitory Frontolimbic Network. *PLoS ONE* 2(12): e1268. doi:10.1371/journal.pone.0001268, 2007, vyhledáno 24.1.2008

Kiecolt-Glaser, K.J., McGuire, L., Robles, T., Gaser, R.: Psychoneuroimunology and Psychosomatic Medicine; Back to the Future. *Psychosomatic Medicine 64*, 2002, s.15-28.

Kipling, R.: *Just So Stories*. Harper and Collins, New York 1996.

Kirmayer, L.J.: Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional stress. *Social Science and medicine 29*, 1989, s. 327-339.

Kleinman, A.: *The Illness Narratives; Suffering, Healing and Human Condition*. Basic Books, New York 1989.

Kobak, R.: The emotional dynamics of disruptions in attachment relationshios:implications for theory, research and clinical applications. In: Cassidy, J., Shaver, R.P. (Eds.): *The Handbook of Attachment*. The Guilford Press, New York 1999. s. 21-43.

Komárek, S. *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Mladá Fronta, Praha 2005.

Kratochvíl, S.: *Základy psychoterapie*. Portál, Praha 2006.

Lakoff, G., Johnson, M.: *Metafory, kterými žijeme*. Host, Brno 2002.

Lambert, M.: *Bergin and Garfield´s Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. Wiley and Sons, New York 2004.

Langmeier, J., Matějček, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Avicenum, Praha 1994.

Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L.: Attachment style and family functioning as disciminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy 24*, 2002, s. 581-599.

Le Doux, J.E.: Emotion: clues from the brain. *Annual Review of Psychology* 46, 1994, s.209-235.

Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G., Alexander, B. et al.: The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *The British Journal of Psychiatry 177*, 2000, s. 95-100.

Llewellyn, S.P., Elliot, R., Shapiro, D.A., Hardy, G., Firth-Cozens, J.: Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology 27*, 1988, s. 105-114.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., Zilber, T.: *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. Sage Publications, London 1998. s. 4.

Lieblich, A., McAdams, P.D., Josselson, R. (Eds.): *Healing Plots; The Narrative Basis of Psychotherapy*. American Psychological Association Publishing, Washington 2004.

Liessmann, K., Zenaty, G.:*O myšlení; úvod do filozofie*. Votobia, Olomouc 1994.

Lietaer, G.: Helping and hindering processess in client-centered/experiential psychotherapy: a content analysis of client and therapist postsession perceptions. In: Toukmanian, S.G., Rennie, D.L. (eds.): *Psychotherapy process research: paradigmatic and narrative approaches*. Sage Publications, London 1992, s. 53-59.

Luborsky, L., Barber, J.P., Diguer, L.: The meaning of narratives told during psychotherapy: the furits of a new observational unit. *Psychotherapy Research 2*, 1992, s. 277-290.

Lynch, G.A.: Words and Silence: Counselling and Psychotherapy after Wittgenstein. *Counselling 8*, 1997, s.126-128.

Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E., Mark, D.: The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research 4*, 1994, s. 172-183.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (Eds.): *Understanding Transferrence: The Core Conflictuqal Relationship Theme Metod* (2nd ed.). American Psychiatric Association, Washington 1998.

Macek, P., Lacinová, L.: *Vztahy v dospívání*. Barrister&Principal, Brno 2006.

Maddux, E.J.: Stopping the „Madness“: Positive Psychology and the Deconstruction of the Illness Ideology and the DSM. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J.: *The Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, Oxford 2002, s.13-25.

Machovec, M.: *Filozofie tváří v tvář zániku*. Nakladatelství Zvláštní vydání, Brno 1998.

Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J.: Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. I.část. *Československá psychologie 39*, 1995, str. 481-495.

Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J.: Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. II.část. *Československá psychologie 40*, 1996, str. 1-13.

Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J.: Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. III.část. *Československá psychologie 40*, 1996, str. 81-94.

Maturana, H., Poerksen, B.: *From Being to Doing; The Origins of the Biology of Cognition*. Carl-Auer Verlag, Heidelberg 2004.

Marner, T.: *Letters to Children in Family Therapy; A Narrative Approach*. Jessica Kingsley Publishers, London 2000.

McAdams, D.P.: *The Person; an integrated introduction to personality psychology.* (3rd ed.), Harcourt College Publishers, Orlando 2000.

McAdams, D.P.: *Power, intimacy and the life story; Personological inquiries into identity*. The Guilford Press, New York 1988.

McCarry, N., Partridge, K.: Systemic Practice and Psychosis; Diversity and Inclusion. *Context; The Magazine for Family Therapy and Systemic Practice 93*, 2007.

McCabe, A.: Attachment security and narrative elaboration. *International Journal of Behavioral Development 3*, 2006, s. 398-409.

McCabe, A., Peterson, C.(Eds.): Getting the story: a longitudinal study of parenting styles in eliciting narratives and developing narrative skills. In: McCabe, A., Peterson, C.: *Developing narrative structure*. Lawrence Erlbaum, Philadelphia 1991.

McGowan, L., Luker, K., Creed, F., Chew-Graham, C.A.: „How do you explain a pain that can´t be seen?“: The narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *British Journal of Health Psychology 12*, 2007, s. 261-274.

McLeod, J., Balamoutsou, S.: Representing narrative process in therapy: qualitative analysis of a single case. *Counselling Psychology Quaterly 9*, 1996, s. 61-77.

McLeod, J.: *Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 1997.

McLeod, J.: *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage Publications, London 2001.

McLeod, J.: *Doing counselling research.* Sage Publications, London 2003.

McLeod, J.: *Introduction to Counselling*. Open University Press, Berkshire 2003.

McLeod, J.: *Therapy outcome from the point of view of the client*. Předneseno na SPR International Meeting, 18-21.6.2008, Barcelona, Španělsko.

McLeod, J.: Social Construction, Narrative, and Psychotherapy. In: Angus, L., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 351-366.

McNamee, S., Gergen, K.J.: *Therapy as social construction*. Sage Publications, New York 1992.

McNamee, S., Gergen, K.J.: *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. Sage Publications, New York 1999.

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

Minuchin, S.: Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy 28*, 1998, s. 397-403.

Morgan, A.: What is Narrative Therapy? *An Easy-to-Read Introduction*. Dulwich Centre Publications, Adelaide 2000.

Moncrieff, J.: Are antidepressants over-rated? A review of methodological problems in antidepressants trial. *Journal of Nervous and Mental Disease 189*, 2001, s. 288-295.

Moncrieff, J.: Is psychiatry for sale? *Maudsley Discussion Paper*. Maudsley Publications, London 2003, 13.

Moncrieff, J., Kirsch, I.: Efficacy of antidepressants in adults. *The British Medical Journal 331*, 2005, s. 155-157.

Monk, G., Winslade, J., Crocket, K., Epston, D.: *Narrative therapy in practice:the archeology of hope*. Jossey-Bass Psychology Series, New Jersey 1996.

Monk, G., Gehart, R.D.: Sociopolitical activist or conversational partner? Distinguishing the position of the therapist in narrative and collaborative therapies: Theory and Practice. *Family Process 42*, 2003, s. 19-30.

Morgan, N.P, Graves, K.D., Poggi, E.A., Cheson, B.D.: Implementing an expressive writing study in a cancer clinic. *Oncologist 13*, 2008, s. 96-204.

Mosher, L. Read, J., Bentall, R.: *Modells of Maddness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizofrenia*. Routledge Publications, Hove 2004.

Narrative Medicine; http://www.narrativemedicine.org/, Vyhledáno 6.6.2008

Neubauer, Z.: *Do světa na zkušenou čili O cestách tam a zase zpátky*. Doporučená četba, Praha 1992.

O´Connor, T., Meakes, E., Pickering, M.R., Schuman, M.: On the right track; client experience of narrative therapy. *Contemporary Family Therapy 19*, 1997, s.479-494.

O´Connor, T., Meakes, E., Pickering, M.R., Schuman, M.: Narrative therapy using a reflecting team: An etnographic study of therapists´experiences. *Contemporary Family Therapy 26*, 2004, s.23-39.

Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds, D. J., Jr., Humphreys, C. L., Salvi, L. M., & Stiles, W. B.: Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In: Angus, L., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s.193-210.

Overcash, J.A.: Narrative research: a review of methodology and relevance to clinical practice. *Critical Reviews in Oncology/Hematology 48*, 2003, s.179-184.

Parker, I.: *Deconstructing Psychotherapy*. Sage Publications, London 1999.

Parry, A., Doan, E.R.: *Story Re-Visions; Narrative Therapy in the Postmodern World*. The Guilford Press, New York 1994.

Payne, M.: *Narrative therapy; an introduction for counsellors*. 2nd ed., Sage Publications, London 2006.

Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R.: Disclosure of traumas and immune function: health implication for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 56*, 1988, s. 239-245.

Pennebaker, J.W., Niederhoffer, K.G.: Sharing one´s story; On the benefits of writing or talking about emotional experience. In: Snyder, G., Polez, J.S. (eds.): *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, Oxford 2002.

Pennebaker, J.W., Seagal, J.D.: Forming a Story; Health Benefits of Narrative. *Journal of Clinical Psychology 55*, 1999, s. 1243-1254.

Pocock, D.: Feeling understood in family therapy. *Journal of Family Therapy 19*, 1997, s. 283-302.

Polkinghorn, D.: *Narrative Knowing and the Human Science*. State University of New York Press, New York 1988.

Polkinghorn, D.: Narrative Therapy and Postmodernism. In: Angus, L., McLeod, J.: *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Sage Publications, London 2004. s. 53-68.

Popp, C. et al.: *A CCRT Study of relationship between God and people in Bible*. Přednáška na mezinárodní konferenci Society for Psychotherapy Research, SPR 2005, 22-25. červen 2005, Montreal, Kanada

Prochaska, O.J., Norcross, C.J.: *Psychoterapeutické systémy; Průřez teoriemi*. Grada, Edice Psýché, Praha 1999.

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M.: Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal 322*, 2001, s. 767-769.

Rennie, D.L.: Storytelling in psychotherapy: the client´s subjective experience. *Psychotherapy 31*, 1994, s. 234-243.

Rennie, D.L.: Towards a representation of the client´s experience of the psychotherapy hour. In: Lietaer, G., Rombauts, J., VanBalen, R. (eds.): *Client-centered and experiential therapy in nineties*. Universiy of Leuven Press, Leuven 1990. s. 155-152.

Riikonen, E.: Inspiring dialogues and relational responsibility. In: Gergen, K.J., McNamee, S. and associates: *Relational Responsibility; Resources for Sustaineble Dialogue*. Sage Publications, New York 1999.

Roberts, G.A.: Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment 6*, 2000, s. 432-441.

Roth, A., Fonagy, P.: *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. 2nd ed., The Guilford Press, New York 2004.

Russell, R., Van Den Broek, P., Adams, S., Rosenberger, K., Essig, T.: Analyzing narratives in psychotherapy: a formal framework and empirical analyses. *Journal of Narrative and Life History 3*, 1993, s. 337-360.

Rustin, M.: Narratives and Fantasies. In: Vetere, A., Dowling, E. (Eds.): *Narrative Therapies with Children and Their Families; A practitioner´s guide to concepts and approaches*. Routledge Publications, Hove 2005.

Sarbin, T. R.: The narrative as root metaphor for psychology. In: Sarbin, T.R. (ed.): *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Praeger, New York 1986. s. 3-21.

Seikkula, J., Olson, M.: Open dialogue approach in acute psychosis; its poetics and micropolitics. *Family Process 42*, 2003, s. 403-418.

Seikkula, J., Arnkill, E.T.: *Dialogical Meetings in Social Networks*. Karnac Books, London 2006.

Shotter, J., Katz, M. A.: Creating Relational Realities; Responding to „Poetic“ Movements and Moments. In: McNamee, S., Gergen, K.J.: *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. Sage Publications, New York 1999. s. 151-162.

Shoemark, A.: *How clients use problem/goal conversations to inform thein participation in therapy*. Předneseno na SPR International Meeting, 18-21.6.2008, Barcelona, Španělsko

Schafer, R.: *Re-telling a life*. Basic Books, New York 1994.

Schaffer, H.R.: *Social development*. Wiley-Blackwell, Chichester 1996.

Schore, A.N.: Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal 22*, 2001, s.7-66.

Schore, A.: The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal 22*, 2001, s. 201-269.

Schweitzer, R., Vromans, L.: The QUT narrative therapy outcome study: the manualisation and outcome of narrative therapy. *Society of Psychotherapy Research International Conference*, University of Edinburgh, Skotsko, 21-24.června, 2006

Siegel, D.J.: Toward an Interpersonal Neurobiology of the Developing Mind: Attachment Relationships, „Mindsight“, and Neural Integration. *Infant Mental Health Journal 22*, 2001, s. 67-94.

Skorunka, F.: *Úvod do tvůrčího psaní*. Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice 2006.

Skorunka, D.: Stigma somatizujícího pacienta. *Praktický lékař 86*, 2006, s. 292-296.

Skorunka, D.: Somatizace v dětství a dospívání. *Praktický lékař 87*, 2007, s. 283-288.

Slife, B.D.: Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research:The Constraint of Naturalism. In: Lambert, M.: *Bergin and Garfield´s Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. Wiley and Sons, New York 2004. s. 44-84.

Smith, E.R., Murphy, J., Coates, S.: Attachment to groups:theory and management. *Journal of Personality and Social Psychology 77*, 1999, s. 94-110.

Smyth, J.M., True, N., Souto, J.: Effects of writing about traumatic experience:the necessity for narrative structuring. *Journal of Social and Clinical Psychology* 20, 2001, 2, s.161-172.

Smyth, J.M. Stone, A.A., Hurewitz, A., Kaell, A.: Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patiens with astma or rheumatoid arthritis; A randomized trial. *JAMA 281*, 1999, s.1304-1309.

Spence, D.: *Narrative Truth and Historical Truth*. W.W.Norton, New York 1984.

Stainton, R.W.: *Explaining Health and Illness; an Exploration of Diversity*. Harvester Wheatsheaf, New York 1991.
Stainton R.W.: *Social Psychology; Experimental and Critical Approaches.* Open University Press, Berkshire 2003.

Steele, H.: State of the art: Attachment. *The Psychologist 15*, 2002, s. 518-522.

Stern, D.: *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Karnac Books, London 1998.

Stern, D.: *How do infants create their human worlds*. Keynote speech. V. European Congress for Family therapy and Systemic practice, Berlín, 29.9.- 2.10.2004

Strauss, A., Corbin, J.: *Basics of qualitative research: techniques and proceudres for developing grounded theory*. Sage Publications, New York 1998.

Strupp, H.H., Binder, J.L.: *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books, New York 1984.

St James O´Connor, T., Meakes, E., Ruth Pickering, M., Schuman, M.: On the right track: client experience of narrative therapy. *Contemporary Family Therapy 19*, 1997, s. 479-494.

Timuĺák, L.: *Současný výzkum psychoterapie*. Triton, Praha 2005.

Tomm, K.: Interventive Interviewing: Intending to Ask Lineal, Circular or Reflexive or Strategic Questions? *Family Process 27*, 1988, s. 1-15.

Tomm, K.: A Critique of the DSM. *Dulwich Centre Newsletter Pty Ltd 3*, 1990, s. 5-8.

Trapková, L., Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, Praha 2004.

Van Deurzen, E.: *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. Sage Publications, London 2002.

Van Ijzendoorn, M.H., Scheungel, C., Bakermanns-Kranneburg, M.J.: Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequealae. *Development and psychopathology 11*, 1999, s. 225-249.

Van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Belsky, J., Pederson, D., Bakermanns-Kranneburg, M.J.: The similarity of siblings attachments to their mothers. *Child Development 71*, 2000, s.1086-1089.

Van Praag, H. M.: Why has the antidepressants era not whown a significant drop in suicide rates? *Crisis 23*, 2002, s.77-82.

Vetere, A., Dowling, E.(eds.): *Narrative Therapies with Children and Their Families; A practitioner´s guide to concepts and approaches.* Routledge Publications, Hove 2005.

Vetere, A., Dallos, R.: *Researching Psychotherapy and Counselling*. Open University Press, Berkshire 2006.

Von Schlippe, A., Schweitzer, J.: *Systemická terapie a poradenství*. Cesta, Brno 2006.

Von Schlippe, A.: Talking about asthma: the semantic environment of physical disease. *Families, Systems and Health 19*, 2001, s. 251-262.

Vromans, P.L.: A Narrative Approach to Therapy: Guiding Principles and Practice. Unpublished manuscript: *School of Psychology and Counselling*. Queensland University of Technology, 2005.

Vymětal, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd., Grada, Praha 2007.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., Treasure, J.: Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology 74*, 2001, s. 497-505.

Weingarten, K.: Witnessing, wonder and hope. *Family Process* 39, 2000, 4, s. 389-402.

Whaley, S., Pinto, A., Sigman, M.: Characteristic interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 67*, 1999, s. 826-836.

White, M., Epston, D.: *Narrative means to therapeutic ends*. W.W. Norton, New York 1990.

White, M.: *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton, New York 2007.

Yalom, I. *Love´s executioner and other tales of psychotherapy*. Harper Perennial, New York 2000.

Yalom, I.: *Lži na pohovce*. Portál, Praha 2006.

Yin, R.K.: *Case study research: design and methods*. Sage Publications, London 2002.

Yovell, Y.: *Láska a jiné nemoci*. Portál, Praha 2007.

Příloha: Dotazník

Subjektivní posouzení psychoterapeutické spolupráce

Vážená paní, pane, dostáváte do rukou krátký dotazník zaměřený na Vaši zkušenost a posouzení přínosu terapeutické spolupráce v zařízení PRO-Story. Cílem dotazníku je dozvědět se více o tom, jak zpětně nahlížíte na terapeutické konzultace a přístup terapeuta. Vyplněním dotazníku nám poskytnete důležité informace, na jejichž základě můžeme zlepšit naši práci.

Dotazník je zároveň součástí kvalitativního výzkumu v rámci postgraduálního studia terapeuta. Zpracování dotazníku proběhne za přísného zachování anonymity a závěry budou součástí disertační práce.

Prosím vyplňte základní údaje a poté se pokuste svými slovy co nejpodrobněji zodpovědět následující otázky. K odpovědím můžete využít volného listu papíru. Pokud se terapie účastnilo více členů Vaší rodiny, je důležité, aby dotazník vyplnil každý člen zvlášť, bez předchozí vzájemné domluvy o odpovědích.

Věk: Pohlaví:

Důvod psychoterapeutické spolupráce:

1. Jak byste svými slovy popsali psychoterapeutickou spolupráci v zařízení PRO-Story?

2. Popište prosím svými vlastními slovy, jak jste vnímali působení psychoterapeuta?

3. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci považujete za přínosnou, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či v přístupu terapeuta nejvíce přispělo k porozumění či řešení Vašeho problému? (*Co bylo nejvíce prospěšné?*)

4. Pokud proběhlou psychoterapeutickou spolupráci za přínosnou nepovažujete, uveďte prosím konkrétně, co během konzultací či přístupu terapeuta bránilo v porozumění či řešení Vašeho problému? (*Co bylo nejméně prospěšné?)*

5. Uveďte prosím, zdali se díky psychoterapeutické spolupráci něco změnilo (v celkovém pocitu pohody či zdravotním stavu, vztahu k sobě, k blízkým v rodině, v práci nebo v řešení problému apod.).

Děkujeme Vám za Váš čas a též za odeslání dotazníku na adresu uvedenou na přiložené obálce!