

SOCIÁLNÍ KONSTRUKCIONISMUS A PSYCHOTERAPIE

David Skorunka

ABSTRAKT:

Článek pojednává o sociálním konstrukcionismu – filozoficko teoretické platformě, v níž našli inspiraci mnozí rodinní terapeuti a psychoterapeuti. Článek nejprve stručně uvádí teoretický pohled na proces sociální konstrukce poznání. Dále věnuje pozornost v současnosti dominujícímu diskurzu deficitu a všímá si společenských důsledků tohoto trendu. V závěru nahlíží psychoterapii a současný důraz na výzkum z pohledu tohoto filozofického směru.

Klíčová slova: sociální konstrukcionismus, jazyk deficitu, psychoterapie, filozofie přírodních věd

ABSTRAKT:

The article draws attention to social constructionism, a theoretical and philosophical framework that inspired psychotherapists and family therapists. In the beginning, the article focuses on the process of social construction of knowledge. Then it deals with dominant discourse of deficit in current society and takes note of the consequences of such trend. In the end, the article view psychotherapy and current emphasis on research from the social constructionist viewpoint.

Keywords: theory of social construction, language of deficit, psychotherapy, naturalism

ÚVOD

Teorie sociálního konstrukcionismu je významným myšlenkovým proudem v sociálních a humanitních vědách včetně psychoterapie. Základní principy rozpracovali Berger a Luckman (1967), Gergen (1985, 1999, 2006), ale mnohé z kořenů tohoto

směru najdeme v Gadamerově hermeneutice (Liessmann, Zenaty, 1994), literární teorii Bachtina či postmoderní filozofii v pojetí Michela Foucaulta. Sociální konstrukcionismus bývá často zaměňován za konstruktivismus. Představitelé sociálního konstrukcionismu upozorňují, že naše poznání různých aspektů lidské existence (např. aspekty rodinného života, vzorce chování a role ztělesňované jednotlivými členy rodiny) jsou determinovány společenskými strukturami a ideologiemi, které utvářejí náš život a naše chápání vztahů těchto aspektů. Podle *konstrukcionistů* je skutečnost tak, jak ji chápeme, utvářena v komunikaci, v interakcích, v jazyce. Nepopírají, že existují určité danosti, ale že význam těchto daností se mění zejména v důsledku společenských vlivů. Naproti tomu reprezentanti *konstruktivismu*, zejména ti radikální, zdůrazňují to, že lidé aktivně utvářejí reprezentace světa na základě svých systémů přesvědčení a kognitivních struktur, aniž by brali v potaz vliv společensko-kulturních faktorů a diskurzů na tento proces.

SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE SDÍLENÉ REALITY A POZNÁNÍ

Ve vývoji teorie sociálního konstrukcionismu je podle Stainton-Rogersové (2003) klíčovým textem *The Social Construction of Reality* Bergera s Luckmanem (1967; český překlad 2001). Tito autoři popsali tři způsoby, jakými je v jednání a interakcích konstruována sociální realita. Jedná se o externalizaci, objektivizaci a internalizaci. Externalizací se různá společenství a sociální skupiny snaží porozumět světu kolem nás (pochopit jeho smysl), čímž vlastně smysl vytvářejí. Tento proces zahrnuje celou řadu aktivit institucí ve společnosti a také využívání různých konstruktů. Objektivizací jsou

tyto konstrukty a aktivity sociálních institucí představovány a vnímány jako skutečné, reálné. Tento proces bývá též nazýván jako zvěčnění či zhmotnění (angl. *reification*). Internalizace je proces, v němž je „objektivizovaný“ vnější svět považován člověkem za poznáný, pochopený a také přijatý jako „skutečnost“ prostřednictvím socializace a začlenění do dané kultury, například prostřednictvím internalizovaných příběhů, diskurzů apod. Tyto tři procesy jsou v neustálé souhře a propojení. Reprezentanti sociálního konstrukcionismu sdílejí důraz na sociální a kulturní kontext ovlivňující lidskou zkušenost a prožívání. Za hlavní prostředek konstituování lidské reality považují jazyk. K tomuto uvažování se hlásí řada sociálních vědců, psychoterapeutů a rodinných terapeutů (Anderson, Goolishian, 1993; Hoffmanová, 1993; McNamee, Gergen, 1993; McNamee, Gergen, 1999; Andersen, 1993, 1995; Freedman, Coombs, 1996; Seikkula, Arnill, 2006; McLeod, 2004; Anderson, Gehart, 2006). U nás se o východiska sociálního konstrukcionismu zajímají například rodinní terapeuti Gjuríčová a Kubička (2009), Skorunka (2002, 2010) a v psychologii Čermák (2004) a Vybíral (2006).

Hlavní principy sociálního konstrukcionismu
(upraveno a zkráceno dle Gergen (1985, 1999))

- Kritický postoj k tradičním předpokladům týkajícím se sociálního světa, které považujeme za samozřejmé (angl. *taken-for-granted assumptions*) a které 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).

- Tvrzení, 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.

Tento pohled na proces poznání, tolik odlišný od představy „objevování“ objektivní reality „tam venku“, je pochopitelně kritizován, podle Gergena ale na základě nesprávného chápání jím akcentovaných předpokladů. Například „západní“ vědecká medicína nám poskytuje řadu užitečných poznatků a „pravd“, kterých by se většina z nás 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 atp. Nejde o to vzdát se současné lékařské vědy natož výsledků bádání, ale chápat ji jako kulturní tradici, jako jednu z mnoha kulturních tradic. A také vedle vědecké metody nezapomínat na význam komunikace a vztahových aspektů v procesu léčby. Totéž platí i pro svět psychoterapie, jehož současnou podobu a zejména výzkum výrazně ovlivňuje právě medicínský model.

V procesu utváření a prosazování určitého poznání poukazuje Gergen (1999, 2006) na politické důsledky. Ne vždy si totiž uvědomujeme, co se stane, upřednostníme-li konkrétní perspektivu. 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. V návaznosti na Wittgensteina Gergen vyzdvihuje konstitutivní vlastnosti jazyka jako fenoménu ne-

jen dorozumívání, ale přímo spoluvytváření našeho poznání, porozumění a samozřejmě i podněcování změny. Zkušenost jedince a významy, které jsou jí přikládány, nejsou utvářeny pouze jedincem, ale jsou zakotveny v dané kultuře a touto kulturou jsou spoluvytvořeny. Gergen se v této souvislosti kriticky vymezuje k přehnané individualistické ideologii, která má podle něj 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 sebeuspokojení a individuální potřeby jsou za těchto okolností zcela pochopitelné, ostatní mohou být brzy vnímáni 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 naivoty, závazek je známkou slabosti a snahy o zachování lidských práv nejsou víc než pouhým politickým trikem*“ (Gergen, 2006, str.16).

KRITIKA JAZYKA DEFICITU

Součástí sociálně konstrukcionistického pohledu na 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 v psychiatrii, psychologii i psychoterapii a prostupuje každodenní řeč. Gergen (1999) patří k významným a často citovaným kritikům diskurzu deficitu. Upozorňuje na dramatický nárůst kategorií duševních poruch, což má podle něj mnohé důsledky pro jedince i společnost. Profesionální tradice zaměřené na vytváření definic poruchy a rozšiřování této klasifikace přispívají k tomu, že stále více problémů každodenního života se stává „nemocí“, nedostatkem či poruchou, jejichž „lčba“ je odkázána do rukou specialistů. Kritické hlasy přicházejí i z jiných

oblastí poznání např. kritické psychiatrie (Moncrieff, 2003), kritické a diskurzivní psychologie (Parker, 1999), pozitivní psychologie (Maddux, 2002), systemické terapie (Hoffman, 1993; Tomm, 1990), narativní terapie (White, Epston, 1990; Payne, 2006), ale také ze současné existenciální psychoterapie (van Deurzen, 1996). Podle některých reprezentantů uvedených disciplin vede expanze psychiatrických diagnóz a odborné terminologie a zejména jejich aplikace v každodenním životě k tomu, že vysvětlení komplexních problémů je zúženo na individuální úroveň. Zároveň snadněji dochází 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 a 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 diagnostických systémů v oblasti duševního zdraví se podílí na vytváření a udržování ochranné iluze, že psychiatrickí pacienti jsou jiní než my. Přesvědčení, že duševní nemoci jsou něco jako „přírodní druhy“, které lze jednoduše klasifikovat s pomocí diagnostických systémů posiluje pesimistický pohled, odmítání, strach z neznámého a neovladatelného a též přispívá k stereotypním představám a stigmatizaci (Mosher, Read, Bentall, 2004).

Na druhou stranu je pro některé psychiatrické pacienty 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 pomocí diagnostických nálepek má pro další vývoj člověka nepříznivé dů-

sledky, v jiných případech stanovení a sdělení diagnózy může přispět k tomu, že potíže a jejich příčiny budou pro člověka srozumitelné, pochopitelné, zvladatelné a že nedojde k rozvoji pocitů viny za jejich vznik. Např. pro některé pacienty s diagnózou psychotického onemocnění je chápání prožitků jako projevu nemoci osvobozující a uklidňující (McCarry, Partridge, 2007; Foster, 2007). Zvláště u dlouhodobých, v medicínské terminologii tzv. chronických potíží se nevyplatí zpochybňovat chápání vlastních problémů a prožitků 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 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 rozšiřovat v rámci možností a ve spolupráci s pacientem v jeho prospěch.

Další ze současných reprezentantů sociálního konstrukcionismu Shotter (1999) upozorňuje na dobře známé "napětí" mezi tzv. 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 tzv. 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*. Objektivní rovina stonání a jazyk biomedicíny koexistují spolu s vyprávěním pacienta a subjektivním popisem obtíží. Ale objektivnímu biomedicínskému nálezu bývá obvykle přisuzována větší váha, zatímco subjektivní sdělení je v mnoha případech bagatelizováno. Nejen Shotter si klade otázku, jak postupovat a zejména jak komu-

nikovat s nemocným, aby oba světy, svět biomedicínského poznání i pacientův životní příběh, mohly propojeně existovat zároveň jako cenné zdroje, aniž by muselo respektováním jednoho dojít k ignorování druhého. Tyto světy totiž propojené jsou a mají svou validitu, to různí odborníci si je rozdělili a začali popisovat různými jazyky. V případě diagnostikovaného onemocnění (např. epilepsie, anorexie nebo cukrovky) záleží na tom, co a jak o něm sděluje lékař, jak tomu rozumí pacient a jeho rodina a jak následně o nemoci všichni komunikují nebo jak se tento pojem stane součástí komunikačních vzorců. Jak upozorňuje von Schlippe (2001) v odkaze na německého sociologa Nicolase Luhmana, tělesné procesy a sémantické procesy (rozhovory např. o astmatu) se v čase postupně vyvíjejí a po určité době je obtížné si představit jedno bez druhého. Sémantické procesy jsou zdrojem významů a ovlivňují chování, což spoluovlivňuje procesy tělesné, neboli jak von Schlippe (2001, str. 256) píše, „jakmile začneme něco popisovat, vždy zároveň zasahujeme do procesů, které popisujeme“.

V této souvislosti jsou stále podnětné práce Lakoffa a Johnsona (1980) o významu metafory v jazyce pro lidské chápání světa a jednání. Tito autoři 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 určité aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat (Lakoff, Johnson, 1980). Podobně každý termín implikuje určitý pohled nebo perspektivu na svět a danou problematiku. Zároveň je tato perspektiva omezením našeho pohledu a porozumění. Další možné výklady a z nich vyplývající postupy nás jednoduše nemusí napadnout, zvláště pokud nekorespondují s námi preferovaným pohledem na věc. 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 způsobem léčby je antidepressivní medikace předepsaná specialistou. Ta je v mnoha případech vhodným léčebným postupem a bylo by chybou popírat její efekt nejen v případě afektivních poruch. Užitečnost novějších generací antidepressiv (SSRI, IV. generace) je zřejmá nejen v mnoha studiích, ale především v každodenní praxi, byť některé studie ukazují, že terapeutický vztah s psychiatrem a jeho působení ovlivňuje výsledek léčby více než samotná medikace (McKay, Imel, Wampold, 2006). Vzhledem k dominantní pozornosti věnované biologické rovině duševních nemocí a farmakologické léčbě a v současné psychiatrii nadměrné používání termínu deprese společně s masivní kampaní většinou nezahrnuje možnost či vhodnost jiného než farmakologického postupu. Přitom existují výzkumy poukazující na účinnost různých psychoterapeutických přístupů (např. interpersonální, kognitivní, experienciální, systemická párová terapie). Stejně tak další výzkumy dokládají, že nejúčinnější je právě kombinace farmakoterapie a psychoterapie. 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 zdůrazňující psychologickou a sociální rovinu duševní nemoci jsou odsunuty na okraj zájmu akademické psychiatrie (Moncrieff, 2003). Komplexní léčba zahrnující psychoterapeutický či komplexnější přístup založený na týmové spolupráci bývá v důsledku těchto okolností hůře dostupná a důvodem není jen nedostatek finančních prostředků. Platí to dvojnásob pro skupinu pacientů, jejichž potíže nejsou snadno vysvětlitelné a zařaditelné v rámci současné klasifikace nemocí (např. tzv. psychosomatické potíže).

PSYCHOTERAPIE V OPTICE SOCIÁLNÍHO KONSTRUKCIONISMU

Psychoterapeuti a rodinní terapeuti hlásící se k teorii sociálního konstrukcionismu sdílejí důraz na sociální a kulturní kontext ovlivňující lidskou zkušenost a prožívání, a také důraz na jazyk jako hlavní prostředek konstituování lidské reality. Nezaměřují se na údajné „vnitřní“ psychologické procesy. Nepátrají po pudových silách či nevědomých tématech uložených v hlubinách psyché, ani se nepokoušejí o dosažení změny nápravou a rekonstrukcí kognitivních map. Zaměřují 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, 2006). Z pohledu sociálního konstrukcionismu nelze hovořit o jednoznačně oddělených, nezávislých psychických procesech, neboť vždy jsou tyto procesy součástí nějakých vztahů a také kulturního prostředí. Jedinec je chápán 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 totiž 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 (gender otázky – role muže a ženy ve vztahu a společnosti, různé odlišnosti od obecně přijatých norem, lidská práva, životní hodnoty apod.). Z perspektivy sociálního konstrukcionismu lze psychoterapii považovat za kulturní fenomén (*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 zvládnání (McLeod, 2004).

Sociálně konstrukcionistické myšlení od konce 20. století významně ovlivnilo především rodinnou terapii a systemickou praxi. V současnosti je za systemickou terapii považována jakákoli psychoterapie, která „nahlíží chování a psychické projevy v kontextu sociálních systémů..., soustředí pozornost na interpersonální interakce, vzájemná očekávání, sociální konstrukci reality a rekurzivní povahu kauzality mezi symptomy a interakcemi...“ (von Sydow, 2009). Bylo by tedy na místě současné systemické pojetí zařadit do skupiny tzv. post-psychologických terapií, kam McLeod (2004) řadí ekologický přístup Williho (1999) a narativní terapii (White, Epston, 1990; Parry, Doan, 1994; Freedman, Coombs, 1996). To samé by mohlo platit o dialogických (Seikkula, Arnkill, 2006) a spolupracujících přístupech v psychoterapii (*collaborative approaches*; Anderson, 2009; Anderson, Gehart, 2006). Psychoterapeutické přístupy zařazené nebo potenciálně zařaditelné do „škatulky“ post-psychologických terapií spojuje pozornost primárně soustředěná na vzájemný vztah člověka a společnosti a utvářená v jazyce, dialogu a jednání. Je to právě problematický vztah člověka se společností, respektive určitou kulturou, co stojí v pozadí prezentovaných potíží u psychoterapeuta (McLeod, 2004). Z tohoto pohledu nemůže jít o prostou změnu psychických fenoménů v relativně bezpečném prostředí terapeutické místnosti, ale o širší kontext. Klient či pacient se totiž po sezení vrací do „vnějšího“ světa, v němž se ani zdaleka neseťkává výhradně s empatickým porozuměním, respektem a dalšími podpůrnými fenomény, které v tom lepším případě zažívá ve vztahu s terapeutem. Současný svět je totiž nadále světem nesmiřitelných konfliktů, diskurzu polarizace a různých forem útlaku a diskriminace. Popularitu Michaela Whitea, jednoho z iniciátorů narativního obratu v psychoterapii, lze vy-

světlit mimo jiné právě tím, že si těchto problematických fenoménů kriticky všiml a snažil se je ve svém pojetí terapie zohlednit. Právě v narativní komunitě se o sociálním kontextu potíží klienta a přiměřené odpovědi psychoterapeuta diskutovalo a diskutuje, nicméně ani dnes nelze jednoduše odpovědět na otázku, nakolik má být terapeut „pouhým“ odborníkem na „léčivou“ konverzaci nebo společenským aktivistou (Monk, 2003).

Sociální konstrukcionismus není radikálním pokusem o destrukci stávajícího poznání a existujících tradic. Svou užitečnost prokazuje především jako meta-pozice nutná k reflexi lidského počínání, jako snahu o rozšíření možností, které jsou k dispozici a zároveň k upozornění na limity dosavadních tradic a dostupných forem poznání. Podrobnou analýzu způsobu „konstruování“ poznání v psychoterapii nabízí například Slife (2004), profesor na *Brigham Young University* v Utahu¹. Upozorňuje na nedostatečnou reflexi základních předpokladů současného výzkumu a praxe psychoterapie a kritizuje aktuální trend, kdy „ekonomický a medicínský ocas vrtí psychoterapeutickým psem“ (Slife, 2004, s. 44). Dominantní trend v psychoterapii, v němž stále více převažuje medicínský model výzkumu i klinické praxe (design podobný zkoumání farmak, manualizované techniky, standardizované diagnózy apod.), podle Slifea plyne z nedostatečně uvědomovaných předpokladů filozofie tzv. naturalismu. Podle této filozofie veškeré přírodní fenomény včetně procesů našeho těla, chování a mysli řídí tzv. přírodní zákony, které objektivně existují a jsou také poznatelné. Základními pilíři naturalismu jsou: a) objektivismus – víra v možné dosažení objektivitu v procesu zkoumání; b) materialismus – větší hodnota a význam je přisuzován hmotným entitám; c) hedonis-

¹Na této univerzitě působí další přední současní výzkumníci psychoterapie, např. Michael Lambert, autor dotazníku OQ-45 a hlavní proponent kvantitativního zkoumání výsledku, resp. účinnosti, psychoterapie.

mus – potěšení, požitek, pocit štěstí a vlastní prospěch jako základy dobrého života; d) atomismus – svět se skládá z různých „samostatných“ částic (*self-contained*) s určitými charakteristickými vlastnostmi a kvalitami; e) universalismus – přesvědčení, že existují univerzální, „přírodní/přirozené“ fenomény napříč časoprostorem. Slife (2004) tyto pilíře radikálně nezavrhuje, ale důkladně analyzuje důsledky jejich aplikace v procesu poznání a v psychologickém výzkumu i praxi včetně jejich omezení (např. mizející pluralita v současné psychoterapii jako následek příklonu oboru k přírodním vědám a medicíně). Důslednější uvědomění si výchozích předpokladů je nutné k tomu, aby zůstaly „pouhými“ možnými úhly pohledu (a možnými organizujícími principy v klinické praxi a výzkumu) a nikoli rigidními, nezpochybnitelnými „pravdami“.

I když se Slife (2004) k teorii sociálního konstrukcionismu nehlásí, jeho pojednání s některými východisky tohoto filozofického směru koresponduje. Především jde o jeden z přibývajících velmi cenných příspěvků do diskuse nad dalším směřováním a podobou psychoterapie – etablované a velmi rozvinuté oblasti poznání, jejímž posláním by nemělo být jen uspokojení ideologických, institucionálních či ekonomických požadavků, ale především nabízení kvalifikované pomoci lidem s ohledem na jejich potřeby a rozmanité obtíže. Například význam plurality v praxi i výzkumu vyzdvihují různí psychoterapeuti (Evans, 2009; McLeod, Cooper, 2007) a její potřebnost hájí i Gergen (2006, s. 53), který tvrdí, že „...existence mnoha terapeutických škol není příznakem rozpaků či neznalosti, nebo snad indicie předvědeckého statutu našeho oboru. Vzhledem k nesmírné proměnlivosti a variabilitám v kultuře (a její historii), z níž klienti přicházejí, musíme přestat uvažovat v termínech „mistrovské konverzace“ vhodné pro všechny...“

ZÁVĚR:

Můžeme souhlasit s Dallosem a Draperovou (2006), že sociální konstrukcionismus je důležitou metapozicí umožňující kriticky nahlížet, jak se psychologické teorie vyvíjejí a jak jsou konstruovány a využívány v praxi. Ale budeme-li důslední, pak i pohled sociálních konstrukcionistů lze považovat za důležitou konstrukci, která má své limity. Na ty poukázali mimo jiné někteří rodinní terapeuti. Problémy a potíže, pro něž vyhledávají lidé psychoterapeuta, jsou zejména pro ně něčím víc než sociální konstrukcí. Je třeba rozlišovat mezi realitou (*reality*), tak jak o ní hovoří sociální konstrukcionisté, a reálností (*realness*), která v mnoha případech znamená tělesné prožitky a bolest, nepříznivé a obtížně změnitelné životní podmínky (Flaskas, 2002). I když je pohled sociálního konstrukcionismu užitečný pro porozumění procesu poznání nejen v psychoterapii, jeho důsledné zachování není tak jednoduché. Protože jsme součástí historie a kultury, není snadné vidět různé fenomény jako konstruovaný, mnohostranný a mnohohlasý sociální svět, neboť jak píše Marková (2007, s. 15), „lidské tradice, často vedené politickými a teritoriálními zájmy, omezují naše myšlenky svěřací kazkou úzce vymezených disciplín, což nám znemožňuje vidět sociální fenomény z různých perspektiv a v mnohovrstevnatých skutečnostech, jichž jsou součástí.“ O to více je reflektující meta-pozice jakou nabízí sociální konstrukcionismus potřebná, neboť psychoterapie není, respektive by neměla být, jen mechanickým nástrojem ke změně člověka. Má také svůj obecně lidský a etický rozměr týkající se mimo jiné vztahu člověka a společnosti. Není snad troufalé tvrdit, že v dnešním rozporuplném a rychle se měnícím světě s mizejícími či proměnlivými orientačními body je etický rozměr rozmanitých lidských aktivit včetně psychoterapie to poslední, co si můžeme dovolit postrádat.

LITERATURA:

- Andersen, T. (1993). Reflections on Reflecting with Families. In: McNamee, S., Gergen, J. K.: *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications, s.54-69.
- Andersen, T.(1995). Reflecting Processes; 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*. New York: The Guilford Press, s.11-37.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Hove: Routledge Publications.
- Anderson, H., Gergen, K., Hoffman, L. (1996). Is Diagnosis a Disaster? A Constructionist Dialogue. In Kaslow, F.W.: *The Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: Wiley and Sons, s. 102-118.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1993). The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In: McNamee, S., Gergen, J. K.: *Therapy as Social Construction*. New York: Sage Publication., s. 25-39
- Asen, E., Jones, E. (2000). *Systemic Couple Therapy and Depression*. London: Karnac Books.
- Berger, L.P., Luckman, T. (2001). *Sociální konstrukce reality; Pojednání o sociologii věděni*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Cooper, M., McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*. 7(3): s.135-143.
- Čermák, I. (2004). Narativní terapie: mnohohlasý chór. In: Miovský, M., Čermák, I., Řehan, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého. s. 33-48.
- Dallos, R., Draper, R. (2007). *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice*. Berkshire: Open University Press. 2nd Edition.
- Evans, R. K. (2009). Praxe založená na důkazech nebo důkazy podložené praxí: integrativní perspektiva ve výzkumu psychoterapie. *Psychoterapie*.3:2, s. 95-107.
- Foster, J. L. H. (2007). *Journeys through mental illness; Clients experiences and understandings of mental distress*. Basingstoke: Palgrave Publications.
- Freedman, J., Coombs, G. (1996). *Narrative therapy; Social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton.
- Gergen, J. K. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist* 40, s. 266-275.
- Gergen, J. K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage Publications.
- Gergen, J. K. (2006). *Therapeutic Realities, Collaboration, Oppression and Relational Flow*. Chargin Falls: Taos Institute Publishing.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie; systemické a narativní přístupy*; 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada.
- Hoffman, L. (1993) A reflexive stance for family therapy. In McNamee, S., Gergen, K. J. *Therapy as social construction*. New York: Sage Publications. str. 7-24
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Liessmann, K., Zenaty, G. (1994). *O myšlení; úvod do filozofie*. Olomouc: Votobia.
- Maddux, E. J. (2002) 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: Oxford University Press, s.13-25.
- Marková, I. (2007). *Dialogičnost a sociální reprezentace*. Praha: Akademia
- McCarry, N., Partridge, K. (2007). Systemic Practice and Psychosis; Diversity and Inclusion. *Context; The Magazine for Family Therapy and Systemic Practice* 93.
- McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist's effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, s. 287-290.
- McLeod, J. (2004). Social Construction, Narrative, and Psychotherapy. In: Angus, L., McLeod, J. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. New York: Sage Publications.
- McNamee, S., Gergen, K. J. (1993). *Therapy as social construction*. New York: Sage Publications.

TEORIE

- McNamee, S., Gergen, K. J. (1999). *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. New York: Sage Publications.
- Moncrieff, J. (2003). Is psychiatry for sale? *Maudsley Discussion Paper No.13*. London: Maudsley Publications.
- Monk, G., Gehart, D. (2003). Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*. Vol.42:1, str.19-30.
- Mosher, L. Read, J., Bentall, R. (2004). *Models of Madness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove: Routledge Publications.
- Parker, I. (1999). *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy; an introduction for counsellors*. 2nd ed., London: Sage Publications.
- Seikkula, J., Arnkill, E. T.(2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac Books.
- Shotter, J., Katz, M. A.(1999). Creating Relational Realities; Responding to „Poetic“ Movements and Moments. In: McNamee, S., Gergen, K. J.: *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. New York: Sage Publications, s. 151-162.
- Skorunka, D. (2002). Východiska sociální opory poskytované rodinám a dospívajícím v náročné životní situaci. In J.Mareš a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, s. 136-144.
- Skorunka, D. (2010) Narativita a psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. *Současná psychoterapie* (v tisku).
- Slife, B. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In M.J.Lambert (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 5th Ed. New York: Wiley and Sons.s. 44-83.
- Stainton R. W. (2003). *Social Psychology; Experimental and Critical Approaches*. Berkshire: Open University Press.
- Tomm, K. (1990). A Critique of the DSM. *Dulwich Centre Newsletter Pty Ltd 3*, s. 5-8.
- Van Deurzen, E. (2002). *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage Publications.
- Van Praag, H. M. (2002). Why has the antidepressants era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis 23*, s.77-82.
- Vybíral, Z. (2006). *Psychologie jinak; soudobá kritická psychologie*. Brno: Academia.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W.Norton.
- Willi, J. (1999). *Ecological psychotherapy: developing by shaping the personal niche*. Seattle: Hogrefe&Huber.
- Došlo do redakce: 2. 9. 2009. K publikaci přijat 16. 9. 2009.*