

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**PŘÍBĚHY ZMĚNY V SKUPINOVÉ
PSYCHOTERAPII: NARATIVNÍ ANALÝZA**

**STORIES OF CHANGE IN GROUP
PSYCHOTHERAPY: NARRATIVE ANALYSIS**



Disertační práce

**AUTORKA:
ŠKOLITEL:**

Mgr. Ing. Eva Dubovská
prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

Olomouc
2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma: „*Příběhy změny v skupinové psychoterapii: narativní analýza*“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne 29. 8. 2019

Podpis

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidenci údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

PODĚKOVÁNÍ

Za laskavou pomoc a podporu děkuji především svému školiteli Petrovi Tavelovi. Velké poděkování patří i Vladimírovi Chrzovi za odborné konzultace a mnohé cenné rady a vhledy. Práce by nemohla být zrealizována bez podpory vedení Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET v Praze, kde byly realizovány výzkumné rozhovory. Tímto děkuji za pomoc také všem terapeutům a psychiatrickým sestřám, které pomáhaly s nábořem klientů. A především, velké díky patří samotným participantům za to, že souhlasili s účastí na výzkumu a v rozhovorech se nebáli jít i do těžkých, osobních témat.

Speciální poděkování patří mým blízkým, za jejich podporu, trpělivost a pochopení. Děkuji!

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 VÝZKUM PROCESU ZMĚNY A SPOLEČNÉ FAKTORY PSYCHOTERAPIE.....	8
1.1 Výzkum procesu změny v psychoterapii.....	8
1.2 Společné faktory psychoterapie.....	9
1.3 Účinné faktory v skupinové psychoterapii.....	10
2 KLIENT JAKO ÚČINNÝ FAKTOR PSYCHOTERAPIE	16
2.1 Reflexivita a aktérství klienta: výzkumy Davida Rennieho.....	17
2.2 Jak podpořit aktérství klienta.....	20
2.3 Strategie a přesvědčení klientů ohledně průběhu terapie	22
2.4 Motivace ke změně	23
2.5 Pomáhající anebo důležité momenty v terapii očima klientů	26
3 NARATIVNÍ PŘÍSTUP VE VÝZKUMU ZMĚNY V PSYCHOTERAPII	30
3.1 Funkce narativu a narativity z pohledu psychoterapie	31
3.2 Hlavní trendy narativního přístupu ve výzkumu psychoterapie	33
3.3 Narativní výzkumy Davida Rennieho a Heidi Levittové s použitím Interpersonal Process Recall.....	34
3.4 Analýza žánru vyprávění o psychoterapii.....	37
3.5 Práce s konceptem sebe-definujících vzpomínek	39
3.6 JAKOB systém narativní analýzy (JAKOB narrative analysis system)	40
3.7 Analýza narativních pozic (positioning analysis).....	41
3.8 Narrative Assessment Interview (NAI).....	42
3.9 Narativní skórování ve výzkumu procesu změny v psychoterapii	44
3.9.1 Kódovací systém narativního procesu – Narrative Process Coding System (NPCS) 45	
3.9.2 Kódovací systém narativně-emočního procesu - Narrative-emotion process coding system (N-EPCS)	48
3.9.3 Kódovací systém inovativních momentů – Innovative Moments Coding Systém (IMCS) 52	
3.9.4 Kódovací systém ambivalence (Ambivalence Coding System)	55
3.9.3 Jádrové konfliktní vztahové téma – Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) 56	
3.9.5 Další studie procesu změny v psychoterapii využívající narativní skórování	57
4 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH A NARATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ TĚŽKÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ	60

4.1	Životní příběh	60
4.2	Autobiografické zdůvodňování	61
4.3	Negativní zkušenosti a jejich narativní zpracování	63
5	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	66
5.1	Výzkumný cíl a výzkumné otázky	66
5.2	Metody	66
5.3	Výběr výzkumného vzorku	67
5.4	Etika.....	68
5.5	Průběh rozhovorů	68
5.6	Reflexe vlastní zkušenosti a důvěryhodnost výzkumu	69
6	STUDIE I	71
6.1	Metody	73
6.2	Zjištění	74
6.3	Diskuse	87
7	STUDIE II	89
7.1	Metody	91
7.2	Zjištění	93
7.3	Diskuse	106
8	STUDIE III	108
8.1	Metody	109
8.2	Zjištění	111
8.2.1	Postavila jsem se za sebe	111
8.2.2	Neuměla jsem si přiznat, že je toho na mě moc, teď se to učím	125
8.2.3	Štěstí přeje připraveným	137
8.2.4	Mám to strašně těžký a nejde to změnit.....	142
8.3	Diskuse	152
9	DISKUSE	155
10	SOUHRN	159
11	SEZNAM LITERATURY	163
12	SEZNAM TABULEK	185
13	SEZNAM PŘÍLOH.....	186
14	PŘÍLOHA 1	187
15	PŘÍLOHA 2	189

ÚVOD

O tom, že psychoterapie funguje, dnes již v odborné obci nejsou pochybnosti. Avšak stále ještě nepanuje shoda na tom, jaká je podstata procesů, které pomáhají většině klientů k dosažení změny. Mnozí autoři se shodují na tom, že základem pro úspěch psychoterapie je takzvaný faktor klienta. Pokud tedy chceme pochopit, jak psychoterapie funguje, je potřeba se podívat na to, co se odehrává v průběhu léčby na straně klientů, jak tomu všemu rozumí, jak si to vysvětlují, co je pohání, anebo co jim naopak brání ve změně. Takové pochopení může zprostředkovat narativní přístup, který chápe narativní konstrukci jako základní princip strukturace lidské zkušenosti.

Tato práce se věnuje specifikům vytváření příběhů o změně v psychoterapii a dívá se na tento proces perspektivou analýzy příběhů. Její součástí jsou tři narativně orientované kvalitativní studie, které si kladou za cíl osvětlit tři výzkumné otázky. První studie je zaměřena na klienty, kteří dosáhli výrazného zlepšení v psychoterapii, a na charakteristiky jejich příběhů o změně. Druhá studie je detailní sondou do procesu změny u tří participantů, kteří byli společně v jedné skupině, a zaměřuje se především na roli konfliktu při dosažení změny a narativní rekonstrukci. Třetí studie zas představuje nalezené čtyři typy příběhů změny.

Výsledky této studie mohou napomoci lepšímu porozumění procesům, které z pohledu narativní psychologie probíhají u klienta a přispívají k úspěšnosti skupinové psychoterapie.

1 VÝZKUM PROCESU ZMĚNY A SPOLEČNÉ FAKTORY PSYCHOTERAPIE

1.1 Výzkum procesu změny v psychoterapii

O tom, že psychoterapie funguje, dnes již v odborné obci nejsou pochybnosti (Lambert, 2013). Velké množství studií odkazuje na stabilně pozitivní vliv psychoterapie na různé typy psychologických problémů a diagnóz a je evidentní, že psychoterapie pomáhá většině klientů při méně závažných i vážnějších problémech (Fuertes & Williams, 2017). Nicméně, i při obrovském množství studií stále ještě nepanuje shoda na tom, jak psychoterapie funguje a co ji dělá efektivní (Kazdin, 2009).

Tuto otázku se snaží zodpovědět výzkum procesu změny v psychoterapii (change process research, CPR), prosazovaný například Robertem Elliottem a Leslie Greenbergem, kteří zdůrazňují potřebu studovat procesy, které vedou ke změně, a to včetně procesů, které vedou k dočasným změnám v psychoterapii (Elliott, 2010; Greenberg, 1986), (Elliott 2012). Donedávna byl proces změny v psychoterapii zkoumán hlavně metodami kvantitativního výzkumu v tzv. process-outcome studiích, jejichž metodologická omezení dle Eliotta (2012) nedovolují dostat se k podstatě zkoumaného problému a produkují zjednodušující výsledky. Pro doplnění tohoto přístupu jsou vhodné právě kvalitativní metody (Elliott, 2010; Fuertes & Williams, 2017).

Výzkum procesu změny v psychoterapii si klade ústřední otázku – jak dochází při určité psychoterapeutické intervenci ke změně? Tato otázka otevírá možnosti dalším výzkumným otázkám, ze kterých se postupně vytvořily různé oblasti CPR:

- Co se odehrává v důležitých epizodách terapie? (výzkum významných momentů)
- Které faktory jsou nositelem změny? (výzkum terapeutických faktorů)
- Jaké procesy u klienta a jaké intervence u terapeuta a jaké podmínky přinášejí změnu? (mikro-analytický sekvenčně konverzační výzkum)

Všechny tyto přístupy k CPR budou postupně v této práci představeny, nejdříve v této a další kapitole se budu věnovat účinným faktorům psychoterapie a

v kapitole 2 zejména faktoru klienta. Součástí kapitoly 2 je také popis výzkumů významných momentů psychoterapie. Velká část kapitoly 3 zas popisuje mikro-analytický sekvenčně konverzační výzkum pomocí narativního kódování.

1.2 Společné faktory psychoterapie

Již v roce 1936 jako první pojmenoval srovnatelnou účinnost různých druhů psychoterapie americký psycholog S. Rosenzweig (1936) a přirovnal ji k tzv. Dodo Bird verdict¹. Ve svém období porovnával zejména psychoanalýzu, křesťanské poradenství a behaviorální terapii a dospěl k závěru, že jednotlivé terapie jsou účinné díky společným faktorům, které jsou pro všechny terapeutické směry stejné.²

Od té doby byly identifikovány také další faktory, společné mnoha terapeutickým přístupům a v literatuře byly označovány jako „společné faktory“, „léčebné faktory“, „účinné faktory“, „nespecifické faktory“ anebo „základní principy“ (Lambert, 2005) (Frank & Frank, 1991; Lambert, 2005). V jednom z nejznámějších rozdělení M. Lambert a B. Ogles (2004) pojmenovali tři skupiny společných faktorů, a to:

1. Podpůrné faktory: katarze, identifikace s terapeutem, odstranění izolace, vztah s terapeutem, dodání naděje, uvolnění napětí, strukturovanost, vlastnosti terapeuta – srdečnost, respekt, empatie, akceptace, upřímnost, důvěra.

2. Faktory učení: rady, zakoušení různých emocí, zpracování problematických zážitků, kognitivní učení, korektivní emoční zkušenost, zpětná vazba, vhled, nahlédnutí vnitřních referenčních rámců, změny očekávání ohledně vlastního výkonu.

3. Faktory akční: regulace chování, zlepšení kognice, podpora schopností: postavit se strachu, akceptovat riziko, modelování a procvičování situací, testování reality, prožití úspěchu (Lambert & Ogles, 2004, s. 173).

Tyto tři skupiny faktorů se vhodně doplňují. Podpůrné faktory vytvářejí základ pro změnu v klientových kognitivních vzorcích (učení) a předcházejí také změně chování (akce).

¹ Pták Dodo (v českém překladu Blboun) z Alenky v říši divů od Lewise Carrola řekl: „Všichni vyhráli a všichni musí dostat ceny“.

² Rosenzweig označuje především tyto společné faktory: 1. terapeutický vztah, který umožňuje změnu chování, 2. katarze, 3. efekt osobnosti terapeuta, zejména když je terapeut stimulující a inspirující, 4. interpretace, které naruší dočasnou rovnováhu klienta a vedou ke změně.

Teorie společných faktorů je dodnes jednou z nejvíce diskutovaných teorií terapeutického procesu, hlavně v kontrastu k hlavnímu proudu výzkumu psychoterapie, kterým je v současnosti perspektiva léčby založené na důkazech (Evidence Based Treatments) (McHugh & Barlow, 2010). Významná část studií vnímá teorii společných faktorů jako spolehlivý a dostatečně výzkumem podpořený přístup k porozumění tomu, jak psychoterapie funguje (Laska, Gurman, & Wampold, 2014), (Lambert & Ogles, 2014). Podle některých autorů by tento přístup dokonce měl sloužit jako rámec pro trénink a praxi terapeutů, a to bez ohledu na jejich teoretické zaměření (Castonguay, Eubanks, Goldfried, Muran, & Lutz, 2015; Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

Odhady ohledně příspěvku jednotlivých faktorů k výsledku terapie se různí. Lambert (1992) uvádí 40% podíl tzv. extra-terapeutických faktorů (faktor klienta a dění v jeho životě), dále 30% podíl přisuzuje společným faktorům (jako například terapeutické spojení), 15% technikám a 15% placebo efektu. O téměř dvě dekády později již Norcross a Lambert (2011) odhadují, že 40 % výsledku psychoterapie je nevysvětlených, dalších 30 % způsobuje faktor klienta a 30 % všechny další faktory.

1.3 Účinné faktory v skupinové psychoterapii

Společné faktory ve skupinové psychoterapii poprvé zkoumali Corsini a Rosenberg (1955). Tento směr bádání byl dále rozvinut v známé a doposud nejpoužívanější teorii jedenácti účinných faktorů skupinové psychoterapie I. Yaloma a M. Leszcz (1995), u nás se mu věnoval Stanislav Kratochvíl (2009).

Yalom a Leszcz jmenují tyto faktory:

1. Dodávání naděje

Dodávání naděje a pozitivní očekávání má velmi silný vliv na výsledek léčby. „Víra ve způsob léčby je sama o sobě terapeuticky účinná“ (Yalom & Leszcz, 2007, s. 24). Dokazuje to i relativní úspěšnost placebo léčby, dodávání naděje se uplatňuje mimo jiné u svépomocných skupin, například Anonymních alkoholiků. Pro členy skupiny je velmi důležité pozorovat zlepšení u jiných členů, o to víc uvěří v možnost svého vyléčení.

2. Univerzalita

Členům skupiny pomáhá, když si uvědomí, že i další lidé mají podobné problémy, pomáhá jim to zapadnout do dění skupiny a přijmout svůj úděl. S. Kratochvíl tento faktor

nazývá 'Členství ve skupině': „Někteří pacienti přistupují k léčení s představou, že mají zcela zvláštní problémy a že se nemohou se svými myšlenkami a fantaziemi svěřit. Když na skupině vidí, jak jiní členové projevují obavy podobné jejich vlastním, když zjišťují, že jiní mají podobné problémy jako oni sami, cítí se ‚mezi svými‘. Pocit jednoty a přináležitosti ke kolektivu, pocit že ‚jsme na tom podobně, jsme na jedné lodi‘, se uplatňuje v terapii jako podpůrný faktor.“ (Kratochvíl, 2009, s. 158).

3. Poskytování informací

Tento faktor zahrnuje didaktické instrukce poskytované zejména psychoterapeutem, dále informace ohledně řešení specifických problémů a situací (například jak zvládnout panický záchvat, jak relaxovat a podobně). Poskytování informací je do jisté míry přítomno v každé skupině, více se využívá v KBT a v kognitivní terapii a také u homogenních skupin, zaměřených na řešení specifického problému nebo životních krizí (jsou to například skupiny obětí domácího násilí, znásilnění, pozůstalých, skupiny zaměřené na zvládání agresivity, panických poruch a fobií, závislostí, svépomocné skupiny příbuzných závislých osob atd.).

4. Altruismus

„V terapeutických skupinách klienti dostávají tím, že sami dávají“ (Yalom & Leszcz, 2007, s. 32). Nežřídkou jsou členové skupiny příjemně překvapeni až dojati tím, že někomu dokázali pomoci a tento zážitek je otevírá novým formám vztahování. „Faktor, který lze také označit jako altruismus, pomáhá překonat chorobnou zaměřenost na sebe, zvyšuje pocit sounáležitosti s druhými i pocit vlastní ceny a moci.“ (Kratochvíl, 2009, s.160).

Pomoc ve skupině je vzájemná, členové jednou dávají, jindy přijímají. Oceňují i to, že druzí s nimi sdílejí jejich problémy a emočně je podporují. Altruismus ve skupině podporuje rovněž rozvoj pro-sociálního chování v životě klienta mimo skupinu. Je také základním stavebním kamenem skupinové koheze.

5. Korektivní rekapitulace primární rodiny

Většina členů skupiny si s sebou přináší negativní zážitky z minulosti, především z dětství v původní rodině, jež omezují jejich vztahové možnosti, a proto se k terapeutům a případně k některým členům skupiny můžou vztahovat podobně jako k důležitým osobám ve svém životě v minulosti. Na skupině se vztahová patologie neposiluje, ale naopak

pojmenuje a nastává korektivní emoční zkušenost – klient má příležitost pochopit mnohé příčiny svých problémů a získat náhled.

6. Rozvoj sociálních dovedností

Nejde zde jenom o nácvik nových anebo těžkých situací (používá se například v KBT), ale také o získání důležité zpětné vazby na styl chování, komunikace a vůbec bytí s druhými, tato zpětná vazba může mít pro některé členy výrazně objevný a prospěšný charakter, například když zjistí, že si některé ze svých problémů v mezilidských vztazích způsobují sami naučeným vzorcem chování, který si ani pořádně neuvědomují.

S. Kratochvíl (2009) tento faktor nazývá „Zpětná vazba, konfrontace“ a vysvětluje jej pomocí fenoménu slepé skvrny: „Ti, co jsou mimo nás, mohou být významným zdrojem řady informací o nás, které nám nejsou přímo dostupné, jsou jakoby v oblasti ‚slepé skvrny‘ našeho vnímání... zatímco při sebeodhalení jedinec odkrývá něco sám ze své tajné skrývané oblasti, při zpětné vazbě se dovídá něco od ostatních ze své slepé oblasti, co sám nevidí a co na něm vidí jiní. Tím se jeho slepá oblast zmenšuje.“ (Kratochvíl, 2009, s. 162).

7. Napodobující chování

Zejména v raných fázích terapie může členovi skupiny pomoci identifikace s jinými členy, kteří dle jeho mínění své problémy zvládají lépe. Členové skupiny se také často identifikují s psychoterapeuty. Napodobení reakcí jiného člena skupiny může klientům umožnit vyzkoušet si jiné role, aby pak mohli najít tu, která jim nejlépe sedí: „Zjistí, kdo nejsou, což je krokem k tomu, aby zjistili, kdo jsou.“ (Yalom & Leszcz, 2007, s. 37).

8. Interpersonální učení

Už ze samotné povahy skupinové psychoterapie plyne, že základ skupinové práce spočívá v interakcích mezi členy skupiny. Zde si každý klient může prožít a uvědomit, jaké jsou jeho typické reakce na druhé lidi, čím ho někteří například rozčilují anebo přivádějí do úzkosti. Klienti sledují a hodnotí vztahy dalších členů skupiny mezi sebou a samozřejmě také vztahy těchto členů s terapeutem.

Po čase si klient možná všimne, že některé jeho postoje k druhým lidem nesedí, anebo přímo odporují postojům zbytku skupiny. Pokud je atmosféra ve skupině bezpečná a

podporující (skupinová koheze), má příležitost toto své vztahování prozkoumat. Uvědomění si, že postoje k druhým členům skupiny můžou být ovlivněné zážitky z minulosti, může být pro člena skupiny zdrojem uvolnění. Když po otevřeném vyjádření pocitů k druhému člověku ve skupině nenásleduje reakce, na kterou je klient navyklý, otevírá se prostor pro korektivní emoční zkušenost.

Konflikty ve skupině jsou velmi důležité, fungují totiž jako katalyzátor interpersonálního učení: „Když tedy vidím dva členy skupiny v konfliktu, věřím, že vznikla výtečná možnost, že se jeden pro druhého stanou v průběhu terapie velmi důležitými.“ (Yalom & Leszcz, 2007, s. 48).

9. Skupinová soudržnost

Soudržnost (koheze) skupiny má pro fungování skupinové psychoterapie podobný význam, jako má terapeutický vztah pro individuální psychoterapii. Vytváří rámec, ve kterém se teprve mohou realizovat ostatní terapeutické faktory, vytváří bezpečnou půdu k tomu, aby se klienti otevřeli, experimentovali, riskovali, připustili druhé k sobě blíž, „zapadli“ do skupiny. Je to vlastně individuální přitažlivost skupiny pro její členy. Běžně se skupinová soudržnost také měří jako součet jednotlivých individuálních přitažlivostí, společně s hodnocením skupinové atmosféry. Skupina, která má dobrou soudržnost, pracuje mnohem efektivněji: má lepší docházku, hlídá si skupinové normy a má „skupinového ducha“.

10. Katarze

Katarze pracuje ve prospěch jak skupinové, tak i individuální psychoterapie. Pro klienty je úlevou, když můžou uvolnit své emoce, odreagovat se, zkrátka „vypustit to ven“. Katarze je vysoce nápomocná například při zpracování zážitků z těžkých životních situací. Také pro faktor katarze platí, že podmínkou, aby proběhla, je bezpečná, přijímající atmosféra skupiny.

11. Existenciální faktory

I. Yalom je známým příznivcem existenciálního přístupu v psychoterapii, asi i proto na závěr svého seznamu faktorů (a přiznává, že dodatečně) zařadil také existenciální faktory. Teoreticky zde čerpá z filozofie M. Heideggera, S. Kierkegaard, J. P. Sartra, A. Camusa a dalších existencialistů.

Autoři zdůrazňují, že zmíněné terapeutické faktory je stále nutno vnímat jako teoretické konstrukty, které byly vytvořeny na základě klinického pozorování, diskusí s mnohými odborníky a potvrzovány průběžně systematickým výzkumem. Tyto faktory nemohou působit odděleně a jejich důležitost se liší v závislosti na intra-skupinových a intra-individuálních charakteristikách. Pořadí faktorů závisí například i na fázi vývoje skupiny (Yalom, & Leszcz, 1995).

Na teorii jedenácti faktorů navázalo mnoho dalších autorů (Bloch, & Crouch, 1985, Fuhriman et al., 1986; Lese, & MacNair-Semands, 2000). Někteří se pokusili vytvořit svůj vlastní seznam faktorů (Kivlingan at al, 1996; Dierick & Lietaer, 2008), jiní ověřovali Yalomovu teorii v různých podmínkách praxe skupinové psychoterapie. U nás se teorii účinných faktorů ve skupinové psychoterapii věnoval Stanislav Kratochvíl (2010) a popsal deset faktorů: členství ve skupině; emoční podpora; pomáhání jiným; sebe-explorace a sebe-projevení; odreagování; zpětná vazba, konfrontace; náhled; korektivní emoční zkušenost; zkoušení a nácvik nového chování a získávání nových informací a sociálních dovedností. Podrobný přehled všech rozdělení účinných faktorů skupinové psychoterapie zpracoval Jániš (2010).

Přístupy ke zjišťování anebo měření terapeutických faktorů jsou v zásadě trojího druhu: Yalomovo původní Q-třídění, analýza významných momentů (Bloch & Crouch, 1985; Kivlighan, Multon, & Brossart, 1996; Timulak, 2010) a dotazníky založené na metodě Q-třídění (Joyce, MacNair-Semands, Tasca, & Orgodniczuk, 2011; Lese & MacNair-Semands, 2000; MacNair-Semands, Orgodniczuk, & Joyce, 2010). Jelikož stále neexistuje konsenzus ohledně počtu a přesné povahy účinných faktorů ve skupinové psychoterapii, několik výzkumných projektů se snažilo je definovat a zredukovat na menší, použitelnější počet (Dierick & Lietaer, 2008).

Z těchto předpokladů vychází také výzkum autorů Dotazníku terapeutických faktorů (Therapeutic Factors Inventory, TFI) (Joyce at al., 2011; Lese & MacNair-Semands, 2000; MacNair-Semands at al., 2010). Nejpoužívanější verze dotazníku TFI-S (Joyce et al., 2011) má 19 položek a měří tyto základní faktory:

1. Získávání naděje (*Instillation of Hope*)

Tento faktor reprezentuje určitou motivaci ke zlepšení, pocit „může mi být líp“. Mnohokrát bylo dokázáno, že naděje má mohutnou léčivou sílu. Dle autorů se tento faktor projevuje hlavně v začátcích psychoterapie. Nejde jenom o Yalomovo dodávání naděje,

faktor kombinuje také položky z původního faktoru univerzality. Uvědomění si toho, že je klient na tom stejně jako ostatní, může výrazně zvýšit jeho pozitivní očekávání, a tak přispět ke zlepšení.

2. Bezpečné vyjádření emocí (*Secure Emotional Expression*)

Podstatou fungování tohoto faktoru je katarze, ale nutnou podmínkou, aby katarze mohla proběhnout, je ustavení bezpečného a přijímajícího klimatu ve skupině. Faktor je kombinací položek katarze, skupinové soudržnosti a altruizmu. „Bezpečné vyjádření emocí odráží pocit propojení s dalšími členy skupiny a může být indikátorem komfortu ve skupině. Nalezení bezpečí prostřednictvím tohoto pocitu přinášení ke skupině může dopomoci větší otevřenosti a upřímnosti.“ (MacNair-Semands, 2010, s. 269).

3. Uvědomění si vlivu vztahů (*Awareness of Relational Impact*)

Člen skupiny si uvědomuje, jaký vliv má jeho vysílaná i přijímaná komunikace. Tento faktor obsahuje Yalomovo interpersonální učení, ale také porozumění vlivu rodiny na jeho současné vztahy ve skupině i mimo ní. Je to faktor učení, který v podstatě odráží získávání vhledu.

4. Sociální učení (*Social Learning*)

Čtvrtý faktor je také faktorem učení, prezentuje dovednosti, které člen skupiny získal v sociálním mikrokosmu skupiny. Pomocí procesů jako sledování a napodobování ostatních, uvědomění si podobnosti se vztahy venku, mimo skupinu, a procvičování, jak vyjádřit svoje pocity a myšlenky, se členové skupiny učí efektivním strategiím sociálních interakcí. Tento faktor je ukazatelem toho, že klient se již přesouvá od učení k akci, ke zlepšení vztahů ve svém životě.

Dotazník TFI-S má uspokojivou konstruktovou i predikční validitu (MacNair-Semands et al., 2010; Joyce et al., 2011) a byl přeložen a validován v Německu, Japonsku a nedávno také v České republice (Dubovská, Furstová, Růžička & Tavel, 2019).

2 KLIENT JAKO ÚČINNÝ FAKTOR PSYCHOTERAPIE

Podle mnohých autorů se ve výzkumu psychoterapie opomíná nejdůležitější faktor – faktor klienta (Bohart & Wade, 2013; Bohart & Tallman, 2010; Levitt, Pomerville, Surace, & Grabowski, 2017; Tallman & Bohart, 1999). A přitom právě takzvaný faktor klienta má ze všech terapeutických faktorů na úspěšnosti psychoterapie největší podíl, vysvětluje ze všech pojmenovaných účinných faktorů největší část variance v efektu psychoterapie. Například Assay a Lambert (1999) přisuzují faktoru klienta 40% podíl na výsledku terapie, zatímco v posledním vydání publikace „Bergin & Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change“ (2013) má faktor „klient / život“ 40% a faktor očekávání dalších 15% podíl. Faktor „klient / život“ dle autorů zahrnuje kromě faktoru klienta také všechny externí vlivy na terapii.

Podle některých autorů je kontribuce klienta k efektu terapie tak velká, že vlastně z velké části vysvětluje tzv. „Dodo bird verdict“ ohledně srovnatelné účinnosti všech terapeutických směrů (Bohart & Wade, 2013; Fuertes & Williams, 2017).

Faktor klienta je zastřešujícím pojmem pro více fenoménů, osobnostních proměnných, psychických funkcí a schopností, které byly pojmenovány různými autory jako přispívající na straně klienta k lepšímu výsledku psychoterapie. Bohart a Tallman (2010) uvádějí na prvním místě sebeléčitelské schopnosti člověka, které jsou prezentovány častým úkazem spontánní remise – lidé se někdy dokážou vyléčit sami dokonce i z tak náročných podmínek, jako jsou posttraumatická stresová porucha či hraniční porucha osobnosti (Bohart & Tallman, 2010). Dalším střípkem do mozaiky tendence k samouzdravení u lidí je například resilience a posttraumatický růst – v obou případech dochází po náročné epizodě v životě člověka k osobnímu růstu a zlepšení osobní pohody. Jako součást faktoru klienta se udávají také očekávání a placebo efekt. Opakovaně se ukázalo, že očekávání klienta má vliv jak na výsledek psychoterapie, tak na její průběh (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006).

Největší důraz ale literatura dává na vlastní aktivní zapojení se klienta do procesu psychoterapie, protože klientova vlastní aktivní práce v rámci terapeutického sezení či skupiny a také jeho reflexivní práce mimo psychoterapii je to, co ve skutečnosti změnu

„dělá“. Jinými slovy účinná psychoterapie vytváří podmínky pro to, aby se klient mohl změnit sám.

V této souvislosti mnozí autoři vyjadřují údiv nad tím, jak malá část výzkumu psychoterapie se věnuje právě faktoru klienta v nepoměru k obrovskému počtu studií, které neustále srovnávají mezi sebou jednotlivé terapeutické školy a typy intervencí, i když bylo opakovaně prokázáno, že mají v podstatě srovnatelnou účinnost (Fuertes & Williams, 2017; Lambert, 2005).

Je to dáno hlavně tím, že v psychoterapii stále ještě převažuje tzv. medicínský model (Bohart & Tallman, 2010; Řiháček, 2017), který používá tzv. léčebnou metaforu (treatment metaphor): psychoterapie je léčba patologické potíže anebo diagnózy a psychoterapeutické techniky jsou jako léky. Terapeut je expert, který diagnostikuje příčinu klientova dysfunkčního chování a předepisuje potřebnou dávku terapie. Efekt bude maximalizován, když se starostlivě vybere správný druh léčby pro danou poruchu (Bohart & Tallman, 2010). A jak autoři tuto stať významně uzavírají: „Nadešel čas konečně říct tento příběh pravdivě a dát do centra pozornosti nejúčinnější a také nejzanedbávanější faktor: klienta.“ (Bohart & Tallman, 2010 s. 84).

V dalších řádcích budou představeny některé studie, které významně přispěly k poznání toho, jak faktor klienta funguje a co z pohledu klientů v psychoterapii nejvíc pomáhá.

2.1 Reflexivita a aktérství klienta: výzkumy Davida Rennieho

Čestné místo ve výčtu studií faktoru klienta si jednoznačně zaslouží studie profesora a na osobu zaměřeného terapeuta Davida L. Rennieho, které se věnovaly vnitřním procesům na straně klienta. Rennie si jako metodu sběru dat zvolil Interpersonal Process Recall (IPR) (Elliott, 1986). Dle této metody se klientům pustila audio- anebo videonahrávka sezení, které právě proběhlo, a klienti byli instruováni nahrávku zastavit vždy v momentech, kdy v sezení probíhalo podle nich něco smysluplného. Následně se o daných situacích s klientem vedl hloubkový rozhovor. Studie se účastnilo 14 klientů, kteří podstoupili individuální psychoterapii, výzkumné rozhovory běžně trvaly kolem dvou hodin, následně byly přepisy rozhovorů analyzovány metodou zakotvené teorie (Strauss, & Corbin, 1990; Rennie, & Brewer, 1987).

Z analýzy vystoupila jako ústřední kategorie reflexivita klienta, ukázalo se totiž, že klienti nejčastěji zastavovali nahrávku v momentech, když byli v sezení v tzv. reflexivním

módu, a tedy si něco uvědomovali, o něčem přemýšleli. Rennie reflexivitu chápe jako uvědomování si sebe sama, které zahrnuje i aktérství³. Vychází z filozofie Johna Searla a doplňuje tím předchozí definice reflexivity, jako obrácení se k samému sobě, o dimenzi intencionality.⁴

V první publikované studii (Rennie, 1990) byly představeny tři analytické kategorie: 1. klientův vztah k osobnímu významu; 2. klientovo chápání vztahu s terapeutem; 3. uvědomění si výsledků terapie. Výsledky ukázaly, že terapeutické sezení klientům poskytuje možnost soustředit se na sebe, přičemž si reflexivně „prohlíží“ své pocity a uvědomují si související „zóny tenze“. Pokud si některou zónu tenze klienti vyberou, začínají se jí intenzivně zabývat a mají pocit, jako kdyby byli ve vleku myšlenek (train of thought) a na určité myšlenkové cestě (client's path). Klienti se pak rozhodují, jestli ohrožující téma otevřou, minimalizují, pozmění anebo odloží napříště. V tomto případě klienti preferují, když terapeut jenom podporuje jejich myšlenkovou cestu a neruší je (Rennie, 1990).

Zajímavé také je, kolik se toho děje v mysli klienta, zatímco „normálně“ interaguje s terapeutem, vnitřní dialog se podle všeho odehrává většinu času sezení. Výhodou toho, že klienti nemusí (ani nemůžou) říkat všechno, co jim při terapii „běží hlavou“, je například to, že si klienti mohou pohrávat se svými myšlenkami. Nemusí tak riskovat, že by měli sáhodlouze vysvětlovat nějakou nehotovou vynořující se myšlenku, u které ještě sami nevědí, jestli se jí chtějí víc věnovat.

Ve vztahu k terapeutům se ukázalo, že klienti si uvědomují, že terapeuti nejsou vždy na stejné vlně anebo na stejné myšlenkové „stezce“ jako klienti. Reakce terapeutů, které jsou v rozporu s tím, co právě probíhá na straně klienta, vytrhnou klienta z jeho myšlenkové

³ Pavel Říčan používá anglický výraz agency, ale uvádí jako možný i když „toporný“ český překlad tohoto pojmu jako „působitelství“ (Říčan, 2010). Roman Janoušek (1992) navrhuje překlad „činnostní působení“. Jelikož existuje větší množství realizovaných narativních studií, které běžně používají pojem aktérství (Chrz 2007, Chrz, Čermák, 2015), bude v této práci použit také tento český překlad.

⁴ Srov. Většina současných autorů v oboru výzkumu psychoterapie používá konstrukt aktérství (agency) odděleně od reflexivity, chápe jej spíše ve smyslu definice A. Bandury. Bandura popisuje aktérství jako kapacitu uplatnit kontrolu nad svým myšlenkovým procesem, motivací a akcí (Bandura, 1989), chovat se agenticky znamená vědomě ovlivňovat svoje fungování a životní okolnosti. Hlavní vlastnosti aktérství jsou intencionalita, uvážlivost anebo schopnost dívat se dopředu (forethought); sebe-reaktivita a sebe-reflexe (Bandura, 2006).

cesty a klient se začne intenzivně zabývat tím, co terapeut právě řekl. Pokud klient celkově přijímá směr, kterým se ubírá jeho terapie, dokáže tolerovat občasné neporozumění, a to tak, že buď ignoruje terapeuta v jeho rušivé poznámce a pokračuje ve své myšlenkové cestě, anebo se přizpůsobí terapeutovi a pokračuje v jeho cestě. Klienti si uvědomují, že povaha psychoterapie je velmi komplexní, a proto neočekávají, že budou terapeuti pokaždé přesně reagovat, jinými slovy určitý „zabitý čas“ v sezení je tolerován.

Pokud se ale rušivá reakce terapeuta vyskytne v situaci, kdy má klient zároveň pochybnosti o terapeutickém plánu jako takovém, spouští intenzivní vlnu ambivalentních myšlenek. Klienti takové momenty popisují jako vrchol ledovce, jedna reakce terapeuta vlastně v dané chvíli prezentuje pro klienta celý problematický terapeutický postup. Klienti se můžou cítit omezení a pod tlakem, snaží se pochopit terapeutův referenční rámec, který vedl k takové reakci, zároveň ale přemýšlejí o pozitivních aspektech terapeutického vztahu. Může se stát, že klienti následkem jedné rušivé reakce ze strany terapeuta o tomto přemýšlejí po celý zbytek sezení (Rennie, 1990).

V dalších studiích se David Rennie věnoval analýze stejných dat, ale vždy z jiných úhlů pohledu. Ve studii „The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy“ (2001) se zaměřil na to, jak klienti vědomě ovlivňují směr terapie.

Kromě jiného se zde ukázalo, že někteří klienti dokážou terapeuty manipulovat k takovým reakcím, jaké potřebují. Zajímavý je případ klientky, která si vymyslela sen jenom pro to, aby se vyhnula případnému rozhovoru o plnění domácího úkolu, který jí terapeutka zadala na předchozím sezení. Sen vymyslela záměrně takový, aby v něm působila jako radostná a neproblémová, protože měla dlouhodobě pocit, že terapeutka jí pokládá za neurotickou. Jiná klientka zas dotlačila terapeuta k tomu, aby jí sdělil, co by dělal na jejím místě v určitých situacích, a tak se jí povedlo upevnit si důvěru ve vlastní sociální schopnosti (Rennie, 2001).

V další studii se Rennie věnoval fenoménu, který lze popsat jako opakované přizpůsobování se klienta terapeutovi z důvodu úcty k němu (deference) (Rennie, 1994). Deference se dá popsat jako podřízení se názorům, pravidlům, vědomostem atd. další osoby, z důvodu, že tyto názory, vědomosti pokládá člověk za nadřazené. Deference se vynořila v datech jako významná analytická kategorie zahrnující pocity klientů v případech, kdy nějakým způsobem nesouhlasili s terapeutem.

V analýze se ukázalo, že pokud klienti s terapeutem nesouhlasili ohledně použitých metod anebo směru terapie, málokdy to dali najevo, a to z různých důvodů. Jednak nechtěli ranit terapeutovy city, někteří měli také pocit, že kritizovat terapeuta není slušné. Někdy též měli pocit, že terapeut je odborník, který asi ví, co dělá, a tak, i když se jim to nelíbilo, snažili se pochopit terapeutův referenční rámec. Autor dále interpretuje výsledky tak, že klienti se prostě cítili být v roli pacienta, který dostává léčbu a nemá ji zpochybňovat. To ale neznamená, že úplně vymizelo jejich aktérství, to se skrytě projevovalo právě pochybnostmi, anebo tím, že řekli jednu věc a mysleli si druhou. Případně z toho, co terapeut říkal, si vybírali selektivně, o co se budou zajímat a co budou ignorovat (Rennie, 1994).

Studie Davida Rennieho jsou dodnes často citovány jako doklad o tom, že klienti jsou vysoce reflexivní aktéři, kteří se zapojují do terapeutického procesu. Jeho dalším velkým přispěním k výzkumu psychoterapie jsou i úspěchy jeho studentů, jako například Heidi Levittové a Lynne Angusové, což jsou dnes jedny z nejcitovanějších výzkumnic v oboru.⁵

2.2 Jak podpořit aktérství klienta

Dnes panuje obecně shoda na tom, že aktérství je jednou z nejdůležitějších ingrediencí faktoru klienta a že v procesu psychoterapie je potřebné vytvořit podmínky pro to, aby se aktérství u klientů mohlo posilovat (Adler, 2012; A. C. Bohart & Tallman, 2010; Coleman & Neimeyer, 2015; Williams & Levitt, 2007). Zde budou představeny dvě výrazné studie, které se vydaly tímto směrem zkoumání.

Williams a Levitt (2007) uskutečnili studii zaměřenou na otázku, jak co nejlépe podpořit aktérství klienta. Realizovali rozhovory na toto téma se 14 uznávanými psychoterapeuty různých směrů, mezi participanty studie najdeme jména jako Arthur Bohart, Donald Spence, David Rennie, Les Greenberg, Robert Neymeier a další. Data byla analyzována metodou zakotvené teorie a výsledkem byly tři hlavní kategorie:

⁵ Další, narativně laděné studie D. Rennieho a Heidi Lewittové s použitím IPR budou popsány v kapitole 3, podobně i studie L. Angusové, soustředěné hlavně na narativní kódování.

1. Pomáhat klientům k většímu aktérství formou posilování dovedností vlastního rozhodování, přebírání odpovědnosti za to, co se odehrává v terapii, větší introspekci a angažování se v řešení svého problému.
2. Akceptace anebo posunutí limitů – objevit, co je a co není změnitelné: klienti se potřebují naučit rozeznat interní a externí překážky, které jim brání uskutečňovat změny, mohou to být například omezující přesvědčení, návyky.
3. Případné obstrukce procesu terapie na straně klienta⁶ využít na posilování uvědomování a objevování, v momentech konfliktu se koncentrovat na potřeby klienta. Dle některých participantů je užitečné také konfrontovat klienty ohledně chování, které jim způsobuje problémy v životě (Williams & Levitt, 2007).

Další studie hledala odpověď na otázku, jaké terapeutické strategie na začátku léčby nejvíce pomůžou v posílení aktérství u klientů, kteří mají nízkou úroveň aktérství (Lippe & Oddli, 2019). Autoři studovali nahrávky terapeutických sezení dvou skupin klientů s nízkým aktérstvím. Zatímco první skupina klientů dosáhla klinicky významného zlepšení, druhá skupina se nezlepšila vůbec. Data byla analyzována metodou zakotvené teorie.

Výsledkem studie je popis terapeutických strategií, které podporují změnu u klientů s nízkým aktérstvím:

1. Zaměření se na tady a teď a na emočně silné momenty – doptávání se na specifické epizody, pokud klient mluví obecně; prozkoumávání emočně laděných témat; zaměřování se na momentální pocity.
2. Citlivost k perspektivě klienta – validace a reflektování zkušenosti klienta; zájem o to, jak klient sám věcem rozumí; dvojitá kontrola, jestli terapeut klientovi správně porozuměl; citlivost pro ambivalenci anebo nesouhlas.
3. Podpora společné kooperace, zdůraznění „týmové práce“, například i používáním záměn „my“, namísto „vy“. Terapeuti podporují možný vliv klienta na průběh dialogu i tím, že formulují svoje dotazy hypoteticky, zeptají se na dovolu klienta přerušit, vždy se snaží vysvětlit důvod své otázky, vyhýbají se expertní pozici.

⁶ Někteří, zejména psychodynamicky orientovaní participanté studie tematizovali práci s odporem.

4. Podpora klientova aktivního zapojení se – terapeuti předpokládají, že klient bude rozhodovat o tom, co se bude v terapii dít, a to si neustále ověřují, poukazují na klientovy úspěchy v kontrastu k jeho sebe-snižování, předjímají další práci, do které klienta zapojují (například „přemýšlejte o tom do příště“).

Naopak ve skupině klientů, kterým léčba nepomohla, byly identifikovány terapeutické strategie odrazující klienta od aktivního zapojení se do práce na změně. Byla to především dominance terapeuta ve vedení dialogu, necitlivost k náznakům ambivalence ze strany klienta, orientace na obecné informace, symptomy apod., namísto emočně silných témat klienta, často i ignorování emočně silných témat, slabá snaha porozumět klientovi, přerušování klienta (Lippe & Oddli, 2019).

2.3 Strategie a přesvědčení klientů ohledně průběhu terapie

Originální studie Mackrilla (2008) se věnovala klientským strategiím a přesvědčením ohledně změny v terapii, a mapovala proces vývoje těchto strategií v průběhu terapie. Cenné na této studii je kromě jiného to, že dává do kontrastu perspektivu klienta s perspektivou terapeuta (podobně jako studie Levittové (2004) popsána v kapitole 3).

Jednalo se o humanisticko-existenciální terapii pro dospělé děti alkoholiků v délce 8 až 12 sezení. Od klientů i od terapeutů byly před každým sezením sbírány deníky, zadání pro psaní deníků bylo zaměřit se na důležité aspekty sezení, důležité situace v životě klienta mimo sezení a reflexe o průběhu terapie a terapeutického vztahu.

Prezentovány jsou tři případy klientů, všichni přicházeli do terapie s vlastní představou o změně, s vlastní strategií. První klient věřil, že cestou k jeho změně bude, když se naučí myslet pozitivně, další klientka si zas umínila, že bude upřímná ku všem členům rodiny a vyčte jim všechno, co se stalo v minulosti, třetí klientka měla velmi pasivní strategii ve smyslu, že má mnoho chyb, že je příliš smutná a že ji má terapie „opravit“.

Terapeutka prvního klienta si jen stěží uvědomovala důležitost zvolené strategie pro svého klienta, ale i tak v průběhu léčby přispěla k tomu, že klient strategii přesměřoval, neviděl svět už jenom v černobílé dichotomii pozitivní/negativní. Terapeutka ve druhém případě strategii klientky (upřímnost) podporovala, často o ní společně diskutovaly a pomohla jí ji uskutečnit přijatelným způsobem. Třetí terapeut naopak klientce strategii vyvrátil, a to tím, že jí kromě jiného pomohl k uvědomění, že její emoce jsou odůvodněné

a souvisí se situacemi v jejím životě. Klientka se tedy vzdala své strategie a přijala strategii nabízenou terapeutem.

Tato studie znovu potvrdila, že klienti si do terapie přinášejí „ingredience“, které jsou zásadní pro jejich porozumění terapeutickému procesu. Autorka zdůrazňuje, že bez toho, aby výzkum procesu psychoterapie bral do úvahy pohled klienta, bude vždy ochuzen o tuto zásadní součást terapeutického procesu.

Kuhnleinová (1999) provedla rozhovory s 49 klienty, kteří se léčili na pobytové klinice převážně s depresemi a úzkostmi. Jednalo se o KBT terapii, která trvala 12 týdnů, rozhovory se konaly 2 roky po ukončení léčby.

Rozhovory byly narativní, zaměřené na celkový životní příběh od dětství, prostor byl dán také tomu, aby klienti vysvětlili svou teorii, jak a proč onemocněli a jak probíhala léčba. Ukázalo se, že pro mnohé klienty bylo důležité, že jim terapie umožnila pochopit svou nemoc a integrovat ji do svého životního příběhu. Proces změny zdaleka nekončil tím, že byli propuštěni z kliniky, efekty psychoterapie pokračovaly dlouho poté.

Autorka identifikovala čtyři základní typy klientů, kteří měli shodné charakteristiky v tom, jak vnímali důvod své nemoci a proces terapie, jak konceptualizovali svou nemoc a perspektivy do budoucnosti (Kühnlein, 1999)⁷.

2.4 Motivace ke změně

Předpokladem k dosažení změny v psychoterapii je to, že klient se na změně aktivně podílí a bere změnu „za svou“. Součástí tohoto ideálního postoje klienta ke změně je i jeho motivace. Motivace klienta v psychoterapii úzce souvisí s dobrým výsledkem terapie, i když autoři Bohart a Wade zdůrazňují, že je třeba rozlišovat mezi motivací a očekáváním od psychoterapie, případně nadějí na změnu, co jsou odlišné konstrukty. Autoři dále zdůrazňují, že v souvislosti s motivací je důležitá úroveň připravenosti ke změně. Zde vycházejí z trans-teoretického modelu změny v psychoterapii (Prochaska, Norcross, 1999), kde například ve stadiu pre-kontemplace je v podstatě nulová připravenost ke změně, a tedy i mizivá motivace, zatímco ve fázi přípravy a akce už je motivace vysoká (Bohart & Wade, 2013).

⁷ V podstatě se jedná o přístup podobný narativní analýze typu narativní konfigurace, i některé výsledky této studie jsou podobné výsledkům studie 3, která je prezentovaná ve výzkumné části práce.

Do odborné diskuse o motivaci klientů v psychoterapii se zapojili i autoři dnes jedné z nejuznávanějších teorií motivace – teorie sebedeterminace (self-determination theory, SDT) (Ryan & Deci, 2008; Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). Zejména ve druhé jmenované studii podávají podrobnou analýzu přístupů k motivaci u jednotlivých terapeutických směrů a také svá doporučení k další práci s motivací klienta.

Podstata teorie SDT je velmi jednoduchá a dala by se shrnout tak, že když člověk dělá to, k čemu se rozhodl sám od sebe, dělá to radši a líp. Autoři rozlišují několik typů motivace na ose externí–interní, a to 1. amotivaci, tedy nepřítomnost motivace; 2. extrinsickou motivaci – má několik stupňů podle úrovně identifikace až integrace cílového chování; 3. intrinsickou motivaci – nejvyšší stupeň zvnitřněné motivace, která již není zaměřená na cíl, ale na potěšení z činnosti samotné (Ryan & Deci, 2000).

Autoři upozorňují, že ve skutečnosti se do psychoterapie dostávají i klienti, kteří mají velmi nízkou motivaci ke změně, někteří jsou do vstupu do terapie donuceni svými blízkými anebo institucemi, jiní můžou být motivováni „uměle“ a v procesu terapie se aktivně brání vůči změně svých dlouhodobých vzorců prožívání a chování, další typ klientů může chtít jenom vyhovět přáním svých blízkých, ale ve skutečnosti vnitřně motivován není (Ryan et al., 2011). Vzhledem k významu motivace pro dosažení dobrého výsledku terapie je proto stěžejní, aby terapeuti konceptům motivace rozuměli a pracovali s ní. Autoři zároveň dodávají, že většina terapeutů „doufá, že klient je motivován k terapii a především k dosažení změny, a že tato touha vychází „z nitra“ (Ryan et al., 2011). Pokud ale motivace klienta není dostatečná, v některých typech terapie, zejména takových, které jsou zaměřeny primárně na dosažení výsledku, se toto pokládá za nedostatek připravenosti ke změně a spolupráce s klientem může být přerušena. Zatímco v jiných terapeutických přístupech, primárně zaměřených na proces, se práce s motivací a její posílení pokládá za jeden z hlavních úkolů terapeuta. Jinými slovy, autoři vidí rozdíl v přístupech, které kladou důraz na aktivní přesvědčování, formování, odměňování a trénink klienta, zde se jedná o více externí motivaci, kdežto terapeutické přístupy, které akcentují podporu, facilitaci anebo posílení vnitřního procesu změny u klienta, pracují více s interní motivací. Externí motivace je často vnímaná jako kontrolující a může u klientů navodit externě vnímaný bod příčinnosti (locus of causality) (Ryan et al., 2011; Scheel, 2011).

Autoři teorie SDT identifikovali tři základní lidské potřeby, jejichž naplnění napomáhá dosažení větší interní motivace, a to pocit autonomie, kompetence a vztahovosti. V kontextu psychoterapie považují za důležité podporovat všechny tři tyto potřeby, i když největší důraz kladou na posilování pocitu autonomie klienta. Z intervencí, které autonomii posilují a byly výzkumně ověřeny při studiích aplikace teorie SDT, autoři doporučují zejména porozumění a uznání perspektivy klienta a jeho vnitřních referenčních rámců, poskytnutí nepodmíněného pozitivního přijetí (zcela v souladu s teoriemi C. Rogerse), podpora vlastního rozhodování klienta, minimalizace tlaku a kontroly, a poskytnutí smysluplného vysvětlení pro všechny terapeutické akce a techniky (Ryan & Deci, 2008). Podpora autonomie často působí i na naplnění dalších potřeb, a tedy posiluje u klienta pocity vlastní kompetence a také zlepšuje vztah s terapeutem i jiné vztahy klienta s jeho okolím. Autoři ještě vyzdvihují, že je důležité vytvořit takové prostředí, aby se klienti mohli identifikovat se způsobem vedení terapie a také integrovat své nově nabyté způsoby vnímání, chování a vztahování.

Význam podpory autonomie v motivaci klientů byl výzkumně ověřen například ve studii s 95 pacienty s depresí, kteří po třetím sezení vyplnili kromě klasických měření symptomů, terapeutické aliance a dotazníku motivace také hodnocení toho, v jaké míře vnímají podporu autonomie od svých terapeutů. Následně byly stejné ukazatele měřeny i na konci celé léčby po 12 sezeních. Dle očekávání byla nalezena významná souvislost mezi vnímanou podporou autonomie na začátku léčby a vlastní vnitřní motivací a terapeutickou aliancí na konci léčby. Vnitřní motivace zas predikovala odeznění příznaků deprese (Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride, & Bagby, 2012; Zuroff et al., 2007).

Podpora autonomní motivace ve smyslu teorie SDT se ukazuje jako důležitá také v léčbě poruch příjmu potravy (PPP), kde bylo na toto téma provedeno několik studií. V longitudinální studii se 84 internovaným pacientkám specializovaného PPP oddělení na začátku, uprostřed a na konci léčby dal vyplnit dotazník ohledně toho, jak vnímají podporu autonomie ze strany rodičů, zaměstnanců kliniky a dalších pacientů. Dále se měřilo BMI a motivace k léčbě. Výsledky ukázaly, že na začátku léčby souvisela podpora autonomie ze strany rodičů s vyšší vnitřní motivací, a dále uprostřed léčby podpora autonomie ze strany zaměstnanců kliniky a dalších pacientek souvisela s vyšší vnitřní motivací uprostřed a na konci léčby, což vedlo u pod-skupiny pacientek s diagnózou anorexia nervosa ke zvýšení BMI (u bulimie se souvislost nepotvrdila) (Koop-Deeder et

al., 2014). V další studii zase změna příjmové strategie na oddělení pro léčbu PPP ve smyslu větší podpory autonomie (klientky se mohly svobodně rozhodnout, jestli a jakou formu terapie si zvolí, nikdo nerozhodoval za ně, s výjimkou případů ohrožení života) vedla k značné redukci předčasného přerušení terapie (drop-out) ze strany klientek (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

2.5 Pomáhající anebo důležité momenty v terapii očima klientů

Mnozí autoři se shodli na tom, že ve výzkumu procesu psychoterapie je klíčové dívat se na tento proces pohledem klienta (Arthur C Bohart & Tallman, 2010; Fuertes & Williams, 2017; Levitt et al., 2017). Ve stati z posledního vydání významné publikace Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change považují Bohart & Wade (2013) lze považovat rostoucí tendenci zkoumat proces psychoterapie z perspektivy klienta za jakousi změnu paradigmatu – klienti nejsou pasivními příjemci intervencí, stupeň jejich zapojení silně ovlivňuje výsledek terapie (Bohart 2010, s. 89). Klient je totiž ten, kdo vytváří změnu, „vybírá si“ z nabízených intervencí to, co je pro něj subjektivně užitečné, co mu dává smysl. Z tohoto předpokladu vycházejí i kvalitativní studie výzkumu účinných faktorů, které se orientují převážně na rozhovory s klienty o tom, co jim v terapii pomáhá.

Moertl a Wietersheim (2007) realizovali studii zaměřenou na účinné faktory psychoterapie v denním stacionáři na klinice v Ulmu. Denní stacionář je rozdělen na dvě skupiny, a to psychodynamickou a KBT. Pacienti s depresemi, úzkostnými a psychosomatickými problémy docházeli do stacionáře každý pracovní den a jejich léčba spočívala v kombinaci individuální a skupinové psychoterapie, plus byly zařazeny prvky arteterapie, relaxace a podobně. Rozhovory byly realizovány s 26 pacienty, opakovaně ve třech časových obdobích v průběhu léčby, a byly orientovány na pomocné faktory psychoterapie, tedy pacienti byli dotázáni na to, co jim v terapii pomáhá, jaké byly nejdůležitější momenty apod.

Výsledky byly analyzovány metodou zakotvené teorie a jednotlivé významové jednotky byly kódovány navíc ještě podle stadia asimilace problému (Stiles et al., 1990) s použitím škály Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES) (Stiles, 2006). Výsledky jsou prezentovány ve formě osmi hlavních kategorií pomáhajících faktorů psychoterapie:

1. Tzv. skupinové faktory – autoři sem zařadili vše, co pomáhalo vlivem přítomnosti ostatních pacientů ve skupině, tedy kohezi, univerzalitu, sociální učení, pochopení vztahů, které se udály v rodině díky vztahům ve skupině atd., v podstatě všechny Yalomovy účinné faktory skupinové psychoterapie.
2. Faktory akce – jít do rizika, aktivně uchopit negativní afekt, aktivně zkusit nové chování (autoři to sice v článku nepojmenovali, ale jedná se zjevně o koncept aktérství).
3. Faktor převodu (transfer) – tento faktor je specifický pro prostředí denního stacionáře. Jelikož život klientů se odehrává na dvou místech, doma a v stacionáři, tento pohyb mezi dvěma prostředími umožňuje například zkoušení nového chování doma, zhodnocení domácí situace bezprostředně poté na skupině apod.
4. Faktory reflexe – objevování nových významů, vhléd.
5. Vztah s terapeutem – pocit, že terapeuti pomáhají, že jsou oporou.
6. Faktory prostředí – možnost vrátit se domů, podpora rodiny, domov jako bezpečné prostředí, kde je možné si vydechnout a nabrat síly po terapii.
7. Bezpečný rámec – stacionář jako zdroj pocitů bezpečí, stacionář jako zdroj řádu.
8. Motivace – úspěch přináší další sílu řešit problém, dokázat druhým, že to jde, vůle nikdy opětovně neupadnout do nemoci (Moertl & Von Wietersheim, 2008).

Další přidanou hodnotou této studie je kombinace se škálou asimilace problematických zkušeností APES. Když autoři porovnali nalezené pomocné faktory a stadia změny dle APES, ukázalo se, že zatímco skupinové faktory „fungovaly“ ve všech stadiích asimilace, bezpečný rámec byl zmiňován hlavně v prvním stadiu asimilace (nechtěné myšlenky) a důležitost faktorů akce, čili aktérství, byla výraznější s postupující změnou, tedy ve vyšších stadiích asimilace (řešení problému).

Další podobně zaměřenou studii realizovala Heidi Levittová (2006) s klienty individuální psychoterapie. Studie se účastnilo 27 klientů, kteří minimálně 2 měsíce před rozhovorem ukončili terapii. Hlavním zadáním rozhovoru bylo popsat cokoli důležitého nebo významného (bez ohledu na to, jestli to bylo pozitivní, anebo negativní), co se událo v jejich léčbě a ve vztahu s terapeutem (H. Levitt, Butler, & Hill, 2006). Výsledky byly opět analyzovány pomocí zakotvené teorie.

Jako centrální z analýzy vystoupila kategorie: *„Klienti potřebují jenom určitou úroveň struktury, která podpoří jejich reflexivitu, zatímco se potřebují cítit dostatečně speciální,*

aby mohli riskovat sebeodhalení a nechat se poznat“. Již samotný název kategorie obsahuje velmi silné sdělení, a to, že speciální intervence a techniky nejsou až tak důležité, že psychoterapie by primárně měla klientovi poskytnout prostor pro jeho vlastní práci, která je z velké části založena na reflexi. Požadavek cítit se speciální v očích terapeuta zas odkazuje na potřebu starostlivého přístupu ze strany terapeuta, který vytvoří bezpečný rámec pro vyjádření klientových nejhlubších obav, studu, viny a podobně, aby zmíněná reflexe mohla úspěšně pokračovat.

Tato zjištění jsou do velké míry v souladu s výsledky studií D. Rennieho, poukazují na sílu a význam reflexe a na důležitost toho že je potřeba klientovi vytvořit správné podmínky k jeho vlastní práci na změně. Klienti zde také mluví o těžkých momentech v terapii, kdy se jim nechtělo pouštět do příliš nebezpečného materiálu, mnozí ale díky pocitu bezpečí dokázali sami sebe přimět k tomu, aby se odvážili explarovat svoje myšlenky a pocity dál. To opět poukazuje k velkému významu aktérství a potřebě posilovat tuto kapacitu k jednání v rámci procesu psychoterapie.

Ladislav Timuřák (2007) provedl kvalitativní meta-syntézu sedmi kvalitativních studií, zaměřených na momenty v psychoterapii, které z pohledu klienta pomáhají (helpful events). Výsledkem analýzy bylo devět hlavních kategorií:

1. Získání vhledu – uvědomění si souvislostí jednotlivých situací, případně i autobiografických souvislostí.
2. Změna chování / vyřešení problému – vytvoření nové strategie dosahování cílů.
3. Zmocnění (empowerment) – klient získává nový pocit osobní síly zvládat problémy, má pocit že se vyvíjí, zažívá ocenění.
4. Úleva – díky pocitu bezpečí v terapii klient zažívá uvolnění.
5. Prozkoumávání pocitů, emoční zažívání – prožívání nových emocí anebo prožívání emocí novým způsobem.
6. Pocit pochopení – klient se cítí být hluboce pochopen terapeutem.
7. Klientova účast – klient aktivně participuje na procesu terapie, sám určuje, co je důležité.
8. Ujistění, podpora, bezpečí – klient se cítí být akceptován, přijímán.
9. Osobní kontakt s terapeutem – klient cítí propojení s terapeutem na osobní úrovni (Timulak, 2007).

V roce 2010 Timulák provedl další meta-analýzu zaměřenou na významné momenty v terapii (significant events), tentokrát bylo do analýzy zahrnuto 41 studií a přístup k meta-analýze byl odlišný, sdružoval studie dle jejich zaměření (například dle typu situací, typu psychoterapie, prevalence významných momentů apod.). Výsledky přinesly podobná zjištění jako první studie – jako nejdůležitější se ukázaly dosahování vhledu (insight) a vyřešení problémů. Studie ale přinesla i některá nová zjištění: názor na to, co je v terapii nejdůležitější nebo co nejvíc funguje, se výrazně lišil mezi klienty a terapeuty, jejich pohledy se překrývaly jenom z 30–40 %. Dle výsledků terapeuti dávají obecně větší důraz na momenty tzv. kognitivních přínosů terapie, například když dochází k dosažení vhledu, zatímco klienti víc upřednostňují emoční a vztahové momenty, například ty, kdy dochází k ujištění. Další zajímavý výsledek vzešel ze studie párové psychoterapie, kde se ukázalo, že i v rámci jednoho páru mohou mít klienti různé názory na to, co bylo důležité anebo nápomocné v terapeutickém sezení (Timulak, 2010).

A konečně Heidi Levittová zrealizovala důležitou meta-analýzu 106 kvalitativních studií, které zkoumaly proces psychoterapie z pohledu klienta (Levitt et al., 2017). Centrální kategorie analýzy byla formulována jako: „*pocit, že je klient poznán a že má o něj terapeut starost, podporuje jeho schopnost aktivně rozeznávat své obstrukční prožitkové vzorce a oslovit svoje neuspokojené, zranitelné potřeby*“. (s. 821). Ukázalo se, že identifikace neuspokojených zranitelných potřeb je ústředním procesem bez ohledu na terapeutickou orientaci a hlavním úkolem terapie je vytvořit prostředí pro to, aby tento proces mohl být realizován. Naplnění tohoto úkolu je nejlépe podpořeno ve vztazích, kdy se klienti cítí pochopeni a také cítí péči ze strany terapeuta.

Závěrem studie autorka dodává, že klienti přicházejí do terapie již s předpokladem, že se aktivně zapojí do léčebného procesu, a když terapeut stimuluje jejich zvědavost, rádi se pustí do sebereflexe. Když terapeuti projeví autentickou starost a akceptaci klienta, klienti se cítí bezpečně a mohou prozkoumávat i ohrožující témata. Terapeuti by měli tento potenciál rozpoznat a konstruovat svou terapeutickou roli takovým způsobem, aby podporovala aktérství klienta.

3 NARATIVNÍ PŘÍSTUP VE VÝZKUMU ZMĚNY V PSYCHOTERAPII

Narativní přístup ve vědách o člověku se rozšířil především následkem tzv. „narativního obratu“ (Bruner, 1986; McAdams, 1993; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986)⁸ z literárně teoretických kruhů do různých oblastí humanitních věd, včetně psychologie a psychoterapie, kde vyvolal rostoucí zájem o „metaforu životního příběhu“ (Sarbin, 1986)⁹. Základním předpokladem narativního přístupu je chápání narativní konstrukce jako principu strukturace zkušenosti. Skrze svoji narativní strukturu dostává život tvar, směřování i smysl (Chrz & Čermák, 2007, 2015). Lidské bytosti myslí, vnímají, představují si a dělají morální rozhodnutí dle narativních struktur (Sarbin, 1986, s. 8).

Dle klasika narativní psychologie Jerome Brunera existují dvě formy vědění: paradigmatické a narativní. Zatímco paradigmatické vědění, které ovládá přírodní vědy a dodnes i velkou část věd o člověku, je založeno na logicko-vědeckém myšlení a prezentuje svět skrze abstraktně propoziční znalosti, narativní vědění je organizováno za pomoci příběhů, které lidi vyprávějí o svých zkušenostech. Bruner (1990) považuje oba způsoby za důležitou součást lidského poznání, prozatím menší porozumění narativnímu způsobu vědění připisuje tomu, že paradigmatický mód převládá téměř ve všech vědních oborech.

Bruner (1990) představuje hlavní vlastnosti narativity, tedy lidské schopnosti vyprávět příběhy a rozumět jim, v kontextu tzv. lidové psychologie (folk psychology). Jeho argumentem je, že vědný obor psychologie potřebuje opět začít komunikovat s lidovou psychologií, tedy i začít se zajímat o narativní vědění¹⁰. Podobně to reflektuje McLeod (1997), a tedy že teorie psychoterapie se výzkumně vzdálila psychoterapeutické praxi, která je ve své podstatě stále založena na vyprávění příběhů – donedávna ale tento fakt nebyl ve výzkumu psychoterapie nijak výrazně reflektován. Ve všech typech

⁸ Vyčerpávající přehled o narativním obratu v psychologii podává Ivo Čermák (2003, 2004a).

⁹ Sarbin použil Pepperovu tzv. „základní metaforu (root metaphor)“. Předchozí metafory v psychologii byly mechanicismus, organicismus, formismus a kontextualismus. (Chrz, 2007).

¹⁰ Vnímám to jakou součástí širší diskuse o psychologii jako přírodní vědě versus vědě o člověku.

psychoterapie, nezávisle na teoretické orientaci, klienti vyprávějí a převyprávějí své příběhy a s těmito příběhy pak terapeuti dále pracují v kontextu diskurzu svého teoretického zaměření. Integrativní potenciál narativního přístupu v psychoterapii by proto mohl spočívat ve vytvoření trans-teoretického modelu fungování narativity v psychoterapii.

3.1 Funkce narativu a narativity z pohledu psychoterapie

Proč by tedy práce s příběhy měla být důležitá pro psychoterapii, a to bez ohledu na teoretické zaměření? Lidé strukturují svou zkušenost v narativní formě, příběhy jsou nositeli významu (Bruner, 1990), proto pokud je jedním ze základních předpokladů účinné psychoterapie porozumění klientovi, nejlepším zdrojem dosažení porozumění je naslouchání jeho příběhům. To souvisí i se sociální funkcí příběhu: příběhy umožňují lidem, aby se poznávali, vyprávění není jenom předávání informací, ale také samo o sobě je určitým druhem jednání (McLeod, 1997; Epston, White, & Murray, 1992).

Příběh nám říká mnohé o vyprávějícím, nese většinou více než jeden explicitní význam: v příbězích se konstruuje subjektivní chápání kauzality, důvodů pro různé jednání postav vystupujících v příběhu, hodnocení tohoto jednání (které vyjadřuje určité morální přesvědčení vyprávějího) (Bruner, 1990; McLeod, 1997, Čermák, 2002, Hiles, & Čermák, 2008). Příběhy často napoví mnohé i ohledně sociálního statusu a příslušnosti k sociálním skupinám, identifikaci s různými meta-narativy (typy diskurzu) atd.

Sdílení self-narativů klienty a jejich empatické vyslechnutí terapeutů nejenže podporuje terapeutický vztah, ale klient, který vypráví příběh, si také buduje svoji sociální identitu. Mnozí klienti trpí sociální izolací a pro tyto klienty už jenom zážitek z toho, že jejich vyprávění je hodné naslouchání, může znamenat velký posun v sebepojetí. Příběhy, které klienti vytvoří při terapeutickém sezení, můžou být jimi dále použity v běžném světě a rozšířit jejich vztahové možnosti (McLeod, 1997). Dokonce i opětovné převyprávění téhož příběhu v sobě nese terapeutický potenciál, protože převyprávěný příběh není nikdy stejný (jelikož i vypravěč se mezitím vyvinul v čase). Každé převyprávění je příležitostí pro re-autorizaci příběhu (Epston, White, & Murray, 1992).

Další, neméně důležitou funkcí vyprávění příběhu je jeho potenciál pro reflexi a nové uchopení anebo porozumění vyřešení potíže. Potíž je odchylkou od normálního,

očekávatelného a dle Brunera (1996) je základním prvkem narativu, tím co „pohání“ příběh, bez potíže by příběh nebyl hodný vyprávění, nebyl by zajímavý. Vyprávění příběhu umožňuje klientovi potíže uchopit znovu a jinak, umožňuje vyřešit dilemata a různé tenze, jinak řečeno umožňuje klientovi svoje příběhy lépe pochopit, případně i přepsat, podívat se na ně z jiných perspektiv, uvědomit si například intence postav, přehodnotit kauzální souvislosti, hodnocení a podobně. Z praxe víme, že klienti v psychoterapii často začnou vyprávět příběh, který ještě není ucelený, respektive konstruuje se až v situaci vyprávění, a to je jeden z rozdílů oproti běžnému sociálnímu vyprávění příběhů, kde příběh musí mít jasné vyústění. Vyústění příběhu anebo „moral point“ klient nachází buďto sám v průběhu vyprávění, případně spolu-konstruuje v dialogu s terapeutem. Na to, aby klient sám sobě „dovolil“ začít vyprávět příběh bez jasného vyústění, je potřeba vysoké úrovně důvěry a dobrý vztah s terapeutem (H. Levitt, Butler, & Hill, 2006; Heidi M. Levitt, Pomerville, & Surace, 2016).

Konstrukce příběhů a jejich sdílení má samo o sobě terapeutický potenciál, jak opakovaně ověřili Pennebaker a Seagal při studii psaných narativů (1999). Vyprávění může dále pomoci zpracovat chaotické anebo neuchopitelné zkušenosti, nepochopitelné reakce sebe nebo okolí. Tím, že se události uspořádají do kauzální sekvence, dostane popisovaný zážitek smysl a význam a může dopomoci klientovi k pochopení, proč se věci odehrály právě takovým způsobem. Příběhy pomáhají při rozumění svým emocím a lepší emoční regulaci, což dokazuje celá větev výzkumů Lynne Angusové a Lese Greenberga o významu narativního zpracování v terapii zaměřené na emoce (EFT) (Angus, & Greenberg, 2011). Další autoři mluví také o emocích, zejména o zvládnání strachu a hněvu (Pasupathi, Wainryb, Mansfield, & Bourne, 2017), a také o stabilizační funkci narativu v psychoterapii – vyprávění slouží k tomu, aby klient dostal pod kontrolu znepokojivé zážitky, které ho trápí a „okupují jeho myšlenky“. Vyprávění uvolní tenzi a stabilizuje klienta (Boothe & von Wyl, 2004).

Čermák (2002) ve své stati o fungování autobiografické paměti podrobně vysvětluje, na jakých procesech je založen autoterapeutický i terapeutický potenciál vyprávění příběhů. Autobiografická paměť uchovává záznamy o epizodách v roztříštěných komponentách, a až dle nároku situace je spojuje do příběhu. Toto spojování „vnáší řád do chaosu“, sdružuje události, které by jinak spolu nesouvisely, vytváří se „jednota sekvence

událostí“. „Máme tendenci spojovat události tak, aby výsledný příběh „držel pohromadě“, aby byl koherentní (Čermák, 2002, s. 37).

Z výše uvedeného popisu funkcí narativu v terapeutickém kontextu je zřejmé, proč narativní přístup oslovil výzkumníky širokým spektrem psychotherapeutických směrů – oslovuje totiž proces, který pracuje v pozadí každé psychoterapie¹¹.

3.2 Hlavní trendy narativního přístupu ve výzkumu psychoterapie

Následkem narativního obratu si narativní perspektivu postupně osvojilo více terapeutických škol. Historický přehled tohoto vývoje dle jednotlivých směrů ilustruje John McLeod ve své knize *Narrative and Psychotherapy* (1997), v našem prostředí jej zpracoval Skorunka (2008). Další důležitou publikací je *Handbook of Narrative and Psychotherapy* (McLeod, & Angus, 2004), poskytující přehled všech hlavních přístupů k narativnímu výzkumu psychoterapie.

Z klíčových publikací na toto téma je třeba zmínit sbírku případových studií *Healing Plots: The Narrative Basis of Psychotherapy*, editovanou Amiou Lieblichovou, Danem P. McAdamsem a Ruthellen Josselsonovou (2004), která obsahuje zejména případové studie, ilustrující praktické použití různých narativních konceptů. Některé z těchto studií budou v této kapitole představeny detailněji.

Důležitý vliv na celý vývoj narativního přístupu ve výzkumu psychoterapie měl i vznik narativní psychoterapie jako samostatného terapeutického směru (White, & Epston, 1990). Tento terapeutický směr je založen na předpokladu, že psychoterapie by měla otevřít prostor novým příběhům klienta, které nahradí neadaptivní dominantní narativ. Tomu pomáhá proces tzv. externalizace problému a znovu-autorizace vlastního příběhu. Výzkumně významný je v současnosti koncept tzv. „unique outcomes“, který dále používají autoři zejména ze skupiny kolem Miguela Goncalvese, a bude mu věnován prostor v části o narativních kódovacích systémech. Hlavní koncepty narativní terapie byly asimilovány do narativních teorií většiny terapeutických přístupů, vlastně když se

¹¹ Je překvapující, že narativita, anebo prospěšné vlastnosti vyprávění příběhů, prozatím nefigurují ve studiích terapeutických faktorů jako další účinný faktor, společný všem typům psychoterapie.

podíváme na výše uvedené funkce narativity v psychoterapii, velká část z nich je v souladu anebo přímo vychází z konceptu narativní psychoterapie.

V některých publikacích o narativním přístupu nalezneme také studie tzv. dialogické perspektivy. Jedná se o výzkumnou větev, která je založena na modelu dialogického Self D. Hermanse, dle které je Self „komunitou hlasů“, které reprezentují jeho různé pozice. Mezi těmito pozicemi dochází k vyjednávání, tenzi, nesouhlasu, alianci a podobně (M. M. Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). V terapeutickém procesu většinou dochází k tomu, že některý z hlasů si uzurpuje dominantní pozici a je úkolem psychoterapie vytvořit prostor i pro další, adaptivnější Self pozice, aby se mohly projevit. V souvislosti s dialogickou teorií se jedná většinou o metody diskurzivní analýzy. Vývoj v této oblasti výzkumu byl detailně popsán v nedávné studii Doležala a Čevelička (2017).

Současný vývoj v narativním výzkumu změny v psychoterapii by bylo možné charakterizovat zejména třemi trendy. Jednak je to rozvoj narativních skórovacích systémů, které se vyvinuly z narativního směřování některých psychoterapeutických směrů, zejména psychodynamického, konstruktivistického a dialekticko-konstruktivistického. Druhým trendem je rostoucí počet intenzivních případových studií, které využívají narativní koncepty a metody narativní analýzy. A jako třetí trend je možné označit nástup tzv. „překladových“ studií (translational research), ve kterých výzkumníci jiných psychologických oborů „překládají“, tedy aplikují své konstrukty a metody narativního výzkumu do oboru výzkumu psychoterapie. Jedná se zejména o autory z oblasti psychologie osobnosti, zaměřující se na výzkum narativní identity (Jonathan Adler, Dan P. McAdams), a z oblasti kognitivní psychologie, přesněji výzkumu autobiografické paměti (Jefferson A. Singer, Pavel S. Blagov). Další části této kapitoly budou věnovány zmíněným trendům a také dalším významným studiím a metodám.

3.3 Narativní výzkumy Davida Rennieho a Heidi Levittové s použitím Interpersonal Process Recall

O výzkumech Davida Rennieho již bylo pojednáno v předchozí kapitole o faktoru klienta, zde uvedeme ještě jednu jeho důležitou studii, která se týká narativity klienta (Rennie, 1994). Studie si dala za úkol zjistit, proč se klienti rozhodnou vyprávět na sezení určitý příběh a jak se při tom cítí, co prožívají, jaké strategie volí. Výzkumu se účastnilo 14 klientů, kteří podstoupili individuální psychoterapii, jako metoda sběru dat byl opět zvolen Interpersonal Process Recall (IPR)

Data byla analyzována metodou zakotvené teorie (Strauss, & Corbin, 1990; Rennie, & Brewer, 1987). Klienti se v rámci IPR více zaměřovali na momenty, které popisovali jako reflexivní, než na moment nereflexivní, i proto byla reflexivita centrální kategorií analýzy. Ukázalo se, že před tím, než se klienti rozhodli vyprávět určitý příběh, prožívali pocity spojené s určitou tenzí, určitým narušením. Tato tenze mohla být způsobena událostmi v běžném životě, ale i hlubšími, více problematickými tématy.

Někteří klienti tedy začali vyprávění s tím, že jim poskytlo určitý bezpečný prostor, aby dostáli nárokům terapeutické situace a ještě nemuseli otevírat téma narušení, ale již během vyprávění příběhu věděli, že se k tomuto důležitějšímu tématu dostanou. Jiní klienti zas vyprávění vnímali také jako oddálení narušení, ale toto narušení/tenze bylo pro ně tak nebezpečným terénem, že se na něj vůbec neplánovali v rámci terapeutického sezení vydat. Tito klienti použili strategii, kterou D. Rennie popsal jako management přesvědčení (belief management): rekonstruovali určité části příběhu tak, aby zredukovali nebezpečí. U některých klientů pak nastal zas opačný pohyb – vyprávění příběhu vedlo postupně k otevření důležitějšího tématu, které bylo spojeno s počáteční tenzí.

Kromě výše uvedeného byl hlavním zjištěním studie rozsah a význam reflexivity u klientů. Klienti při terapeutickém dialogu byli v kontaktu se svým vnitřním prožíváním, „nejenom, že měli myšlenky a pocity ohledně toho, o čem se mluví, ale měli i myšlenky ohledně svých myšlenek, a pocity ohledně svých pocitů, touhy ohledně svých tužeb a různé kombinace uvedeného“ (Rennie, 1994, s. 241). Autor dále shrnuje, že vyprávění klientů v psychoterapii zahrnuje jak obranné, tak i terapeutické procesy. Nejsou to „jenom obyčejné“ příběhy, ale je potřeba je brát jako komplexní vyjádření klientových potíží, které jsou často provázeny hlubokými pocity znepokojení.

Dalším významným výzkumem procesu psychoterapie, využívajícím narativní metody, byl výzkum bývalé studentky Davida Rennieho, Heidi Lewittové. Ve své studii o tichu v terapeutickém rozhovoru provedla IPR rozhovory, ve kterých se 7 klientů ptala na jejich prožívání v momentech ticha (H. M. Levitt, 2001). Dle zjištění analýzy formou zakotvené teorie byli klienti v těchto momentech intenzivně v kontaktu se svou vnitřní zkušeností a potřebovali pauzu ve vyprávění, aby se mohli více zaměřit dovnitř. Byly to často právě tyto momenty, ve kterých přišli klienti do kontaktu s novými částmi svého narativu, které jim umožnily vylepšit, anebo prohloubit následující narativní expresi.

Byly nalezeny tři typy produktivních pauz ve vyprávění. První typ autorka označuje jako emoční pauzy, ve kterých se klienti potřebovali zaměřit na své vynořující se anebo silné pocity. Druhým typem pauz byly takzvané expresivní pauzy, ve kterých hledali správné pojmenování pro svoje prožitky. A konečně třetím typem produktivního ticha v terapeutickém sezení byly reflexivní pauzy, momenty, kdy docházelo ke konstrukci spojení mezi myšlenkami a vzpomínkami a interpretaci. Dle dotazovaných klientů byly pauzy ticha prožívány jako terapeutické, pomáhaly jim identifikovat, pojmenovat a sdělit svoje vnitřní zkušenosti, objevit nové rozměry těchto zkušeností. Následně autorka v další studii objevila i neproduktivní pauzy, které pojmenovala jako mařící (obstructive). Byly to momenty, kdy ohrožení z příliš bolestivé emoce klientům zabránilo zaměřit se více do svého vnitřního světa (Heidi M. Levitt & Rennie, 2004). Dalším typem neproduktivního ticha byly tzv. interakční pauzy, které nastávaly v momentech, kdy klienti nepochopili nějakou reakci ze strany terapeuta, nebo byli touto reakcí zaskočeni. Levittová uvádí příklad klientky, která dostala zadání od KBT terapeutky, aby si představila, co by jí v dané situaci poradili přátelé, avšak ona si ihned vybavila přátele, kteří ji zklamali. A tak po chvíli ticha řekla: „Nevím“ (Heidi M. Levitt & Rennie, 2004).

Heidi Levittová se dále zajímala o to, jaké jsou společné a rozdílné znaky porozumění diskurzu terapeutického sezení u klienta a u terapeuta, provedla proto několik IPR rozhovorů s oběma účastníky sezení. Levittová zde zprostředkovává pohled na jednu situaci rozhovoru ze stran obou jeho účastníků a je fascinující, jak se zde perspektivy klientky a terapeuta v mnohém rozcházejí, jak se vlastně v rozhovoru „nepotkali“, a přitom mělo jít o dvojici s dobrou pracovní aliancí. Odehrávají se zde vlastně tři příběhy najednou – příběh terapeutické interakce, jak je zachycena na nahrávce, příběh vnitřního prožívání klienta a konečně i příběh vnitřního prožívání terapeuta (Heidi M. Levitt & Rennie, 2004).

Autoři na základě výsledků svých studií s IPR zpochybňují možnost objektivního externího posouzení procesu psychoterapie, které je dnes hlavním proudem v narativním výzkumu procesu změny. Studie, které neberou do úvahy pohled klienta a také pohled

terapeuta, a pracují jenom s přepisy rozhovorů, můžou poskytnout jenom omezený, a dost možná i zkreslený pohled na procesy, které se zde odehrávají¹².

3.4 Analýza žánru vyprávění o psychoterapii

Konstrukce dějové souvislosti a ztvárnění kauzality je jedním z hlavních znaků narativity (Bruner, 1990; Čermák, 2004a). V této souvislosti se mluví o analýze zápletky, která značí posloupnost jednotlivých událostí příběhu, jejich vývoj v čase, ale také v prostoru – například směrem k figurám příběhu (Chrz, 2007). V logice příběhu můžeme sledovat konstrukci jednajících postav, které mají vždy nějaké svoje (explicitní anebo implicitní) důvody a záměry (Chrz, 2007, p. 11.).

Výzkumníky často napadá otázka – jsou si některé příběhy svou zápletkou natolik podobné, že by se dalo mluvit o určitých typických konfiguracích? Zde jsou důležité studie Kevina Murraye o narativním žánru (1985, 1989), který navazuje na literární kritiku Northopa Frye (2003) a popisuje čtyři žánry, a to romanci, komedii, tragédii a satiru. Tyto žánry kromě typické zápletky a rozvržení postav příběhu charakterizuje i rozdíl v dosahování žádoucího a kontrole aktéra anebo osudu (Murray, 1985). Pro žánr romance jsou typické obrazy boje, vysvobození, překonávání, dobrodružství a archetypálním vzorem zde je vítězný boj hrdiny s drakem (Chrz, 2007). V romanci je žádoucí dosaženo v režii hrdinu, tedy aktéra. V žánru komedie je typická figura „smíření“ a víra v šťastný osud, také důležitým prvkem je osvobození od vnějšího omezení. Také v komedii dochází k dosažení žádoucího, ale již ne v režii hrdiny, ale vlivem šťastného osudu. Naopak žánr tragédie je ztvárněn jako katastrofa, pád, neúspěšný boj s nepřekonatelným omezením. V tomto žánru tedy dochází k selhání, a to v režii osudu. Posledním popsáním žánrem je ironie, pro kterou je příznačné (někdy i humorné) sebe-snižování hrdinu, nastává deziluze, skepse i rezignace. Jak popisuje Chrz (2007) „ve své zralé podobě představuje ironie jakýsi „mysl“ pro absurditu, rozporuplnost a nepochopitelnost světa“ (s. 115). U nás s koncepty narativního žánru pracují Ivo Čermák a Vladimír Chrz (Čermák & Chrz, 2005, Chrz, 2007; Chrz et al., 2016).

Dalším vlivným přístupem k analýze žánru, používaném zejména ve studiích z oblasti psychologie zdraví, je dílo Arthura Franka (1995) o příbězích nemoci, kde rozlišuje tři

¹² Autoři se odvolávají také na koncept narativního uhlazování (narrative smoothing), který pojmenoval D. Spence (1986)

základní žánry a to restituci, chaos a hledání (restitution, chaos, quest). Žánr restituce popisuje Frank jako kulturně preferovaný narativ, ve kterém dějová linie vede od nemoci, přes léčbu ke zdraví. V těchto příbězích není místo pro pochybnosti, nemoc je jenom přechodná a brzy bude zase líp. Prokladem restituce je žánr chaosu. Zápletka tohoto žánru představuje „život, který se nikdy nezlepší“ (Frank, 1995, p. 97), nemoc je sérií náhodných, nekontrolovatelných událostí, které nedávají smysl a Frank je charakterizuje jako „antinarativy“, protože skutečný chaos je nevyprávitelný. Frank taky doplňuje, že příběhy tohoto typu se velmi těžko poslouchají, protože vyvolávají úzkost. V třetím typu žánru, v příbězích hledání, „se vyprávějíci staví nemoci čelem, akceptuje ji a hledá jak ji využít“ (Frank, 1995, s. 115), věří, že ho zkušenost nemoci něčím obohatí. Nemoc je cesta k novému pochopení, a to i v případě, kdy se příběh nevyvíjí šťastně. Dle Franka většina publikovaných příběhů nemoci jsou příběhy hledání.

Když se podíváme na studie, které pracují s analýzou zápletky anebo žánru v souvislosti s psychoterapií, zjistíme, že studie tohoto typu jsou poměrně ojedinělé. Ve studii o příbězích uzdravení z psychózy (Thornhill, Clare, May, 2004) autoři nacházejí tři žánry a to útěk, osvícení a vydržení.

Příběhy, které autoři zařadili do žánru útěk, jako svou hlavní figuru obsahují útěk, únik, a to nejenom z nepříjemných podmínek psychiatrické léčebny a nechtěných zákroků, ale také ze systému hodnot a přesvědčení typických pro identitu chronického psychiatrického pacienta (Thornhill, Clare, May, 2004, s. 188). Pro žánr osvícení je zas příznačné, že hrdina dochází k postupnému pochopení, uvědomění si sebe a zkušenosti s psychózou, někdy i v kombinaci s určitým spirituálním vhledem. Dominantní figurou zde je převzetí kontroly nad svým příběhem. Žánr vydržení je charakterizován tím, že pacienti akceptují roli nemocného, který ví, že život je těžký, a i když některé aspekty života můžou být pozitivní, je třeba se podřít pravidlům a prostě vydržet. Do velké míry se podřizují oficiálnímu medicínskému narativu schizofrenie, který zdůrazňuje management a kontrolu přetrvávajících příznaků.

V našem prostředí vyšla studie Michala Adlera „Žánr klientova příběhu v psychoterapii“ (2004), ve které nachází žánry životních příběhů tří klientů a dává je do souvislosti s průběhem jejich psychoterapie. Prvním typem je zde reportáž, tedy vyprávění z pozice jakéhosi nezúčastněného pozorovatele, s cílem zachytit všechny podstatné události objektivním, neutrálním způsobem. Druhým typem vyprávění je sága, pro tento žánr je

charakteristické sledování hrdinu, který se „snaží dosáhnout ušlechtilého a obvykle nadosobního cíle“ (Adler, 2004, s. 89). Hrdina zde překonává překážky a bojuje s nepříteli, je ochoten se obětovat pro dosažení cíle. Konečně třetí typ vyprávění autor označil jako kroniku, což je ochuzený žánr, který taky podobně jako reportáž popisuje události z nezaujaté neosobní pozice, ale chybí zde na rozdíl od reportáže i rozvoj dějové linie. Události jsou prezentovány jedna za druhou, tak, jak se staly, bez rozdílu významnosti a bez jakéhokoliv zdůraznění jejich smyslu anebo dopadu na autora.

Na stručném popisu průběhu psychoterapie s těmito klienty se ukazuje, jak jejich způsob narativní konstrukce životního příběhu souvisí s tím, co se odehrávalo v psychoterapii. Porozumění žánru klientova příběhu může dle autora zprostředkovat větší porozumění klientovi a také obohatit konceptualizaci případu (Adler, 2004).

3.5 Práce s konceptem sebe-definujících vzpomínek

Náš životní příběh je selekcí tzv. sebe-definujících vzpomínek (self defining memories, SDM) (Singer, Blagov, Berry, & Oost, 2013) osobně důležitých situací, rozhodnutí anebo zlomových momentů, a tyto vzpomínky se stávají centrálními pro pochopení toho, kým jsme (Fivush, Habermas, Waters, & Zaman, 2011). Sebe-definující vzpomínky pomáhají vypravěči popsat sebe samého jako koherentní bytost, typicky buď demonstrují stejnost v čase, anebo vysvětlují změnu (Fivush et al., 2011). Typické SDM v celkovém životním příběhu jsou vrcholné zážitky, nejhroší zážitky a body zvratu, a do životního příběhu jsou integrovány pomocí evaluativního procesu (viz Labov, & Waletzky, 1967), který byl označen jako autobiografické zdůvodňování (autobiographical reasoning) (Habermas & Bluck, 2000)¹³.

Když se SDM vynoří v terapii, je běžné, že se postupně začnou objevovat podobnosti a propojení s ostatními vzpomínkami, a to hlavně co se týče zápletky a emočních sekvencí. Klienti se často vrací k těmto vzpomínkám, když hledají vysvětlení pro své motivace a vztahy. Pro SDM je typické, že jsou živé, barvitě vykreslené, mají silný emoční náboj, opakují se, jsou často přirovnávány k ostatním situacím v životě a zaměřují se často na přetrvávající anebo nedořešený konflikt. Práce s tímto typem vzpomínek může být velmi

¹³ O autobiografickém zdůvodňování bude více pojednáno v kapitole 4.

plodná, lze je používat i metaforicky jako prubířský kámen při zpracování dalších příběhů z minulosti klienta (Singer, & Blagov, 2004)

Aplikace teorie SDM je popsána J. Singerem (2004) v kapitole „A love story: self-defining memories in couples therapy“ v knize *Healing Plots*. Zde autor představuje svůj terapeutický přístup, využívající práci s těmito klíčovými vzpomínkami v párové terapii seniorského páru, kterému se díky práci na jedné konkrétní sebe-definující vzpomínce podařilo obnovit ztracenou intimitu po 17 letech. Studie dokumentuje, jak se pár ke zmíněné klíčové vzpomínce (která byla zlomem v jejich intimním odloučení) stále v průběhu terapie vracel, jak se ani jednomu z klientů nedařilo zcela uchopit význam společné vzpomínky pro toho druhého, i když věděli, že se určitě jednalo o zlomový moment. Pokrok v terapii nastal po zážitkovém odehrání celé situace. Další případovou studii SDM nalezneme v *Handbook of Narrative and Psychotherapy* (Singer, & Blagov, 2004).

3.6 JAKOB systém narativní analýzy (JAKOB narrative analysis system)

Kvalitativní metoda JAKOB (Boothe, Grimm, Hermann, & Luder, 2010; Boothe & von Wyl, 2004) vychází z psychoanalytické teorie a je vlastně postupem kroků, jak na základě přepisů terapeutických sezení uchopit konfliktní dynamiku pacienta. Jako základní předpoklady metody autoři uvádějí potenciál narativní analýzy pro systematickou exploraci přání a obranných mechanismů. Zaměřuje se primárně na analýzu organizace zápletky (plot) s ohledem na její dramaturgický a psychodynamický potenciál. Metoda je primárně určena pro použití v intenzivních případových studiích.

Co autoři myslí pod pojmem dramaturgický potenciál narativů? Zde se odkazují na obecně známý dramaturgický model Goffmana (1959)¹⁴. Tento model ve zkratce říká, že všichni jsme sociální herci, narativ není možné brát jako přesnou informaci o realitě protagonisty, ale spíše metaforicky jako divadelní představení, které má za cíl vytvořit

¹⁴ Na Goffmanův dramaturgický model navazují další teoretici narativní analýzy i mimo psychoanalytický proud (Harre & van Langenhove, 1999; Riessman, 2003; Bamberg, 2012). Riessmanová používá pojem performativní přístup k narativní analýze.

určitý dojem v posluchači. Jedním z cílů metody JAKOB je rozklíčovat, jaký dojem se protagonista snaží vytvořit a proč, a to s použitím psychoanalytických konceptů.

Analýza probíhá v několika krocích:

- Extrakce narativních epizod z doslovných přepisů terapeutických sezení
- Popis „dramaturgického repertoáru“ narátora
- Explikace sebe-prezentace narátora
- Formulace hypotetického šťastného konce a katastrofického konce příběhu
- Modelování konfliktu a obranných pohybů
- Analýza narativního ztvárnění vztahů, formulace hypotéz o terapeutické spolupráci a přenosových/proti-přenosových vzorcích (Boothe & von Wyl, 2004)

V JAKOB analýze se posuzovatelé zaměřují na to, jak vypravěči umísťují své ego-figury (tedy ego, které v příběhu vypráví) na scénu, aby konstruovali dojem, který chtějí vyvolat v posluchači. Formulace hypotetických vyústění, šťastného a katastrofického, umožňuje spatřit tenzi, kterou vypravěč v příběhu konstruuje. To zas umožňuje analytikovi orientaci ohledně přání vypravěče, o co mu v příběhu skutečně jde.

Autoři metody zcela ve smyslu psychoanalytické tradice tvrdí, že narace má restorativní funkci v tom, že umožňuje uspokojení přání. Avšak v dialogické situaci se vypravěč musí ještě vyrovnat s potřebou konstruovat uspokojivý obraz o sobě, proto vypravěči používají techniky, umožňující v narativech uspokojit své přání sociálně akceptovatelným způsobem. Mentální představa uspokojení přání pak zlepšuje prožívání vypravěče a redukuje tenzi. Analytický postup je detailně vysvětlen i s ukázkou analýzy klientky v případové studii Bootheho a von Wyla (2004).

3.7 Analýza narativních pozic (positioning analysis)

Koncept positioning nabývá v posledních letech v rámci narativní analýzy na svém významu, protože umožňuje zkoumat „jak se v narativech umísťují identity“ (Deppermann, 2015). Vypravěči se aktivně sociálně umísťují s použitím dostupných dominantních diskurzů (master narratives), anebo alternativně konstruují svoje vlastní proti-pozice (Bamberg, 2003).

„Výběr diskurzivních prostředků často signalizuje pozici vyprávěcího subjektu ve vztahu k druhým – k druhým, o kterých se mluví (o čem je vyprávění), a k druhým, ke kterým se mluví (ve zkoumané situaci vyprávění)“ (Bamberg, 2012, s. 105). Tím, jak vyprávěcí zařazuje charakter ve svém vyprávění do kategorií, anebo jim přisuzuje vlastnosti a podobně, signalizuje

svou pozici ve smyslu blízkosti a vzdálenosti. Tím, že se s někým ztotožňují, někoho obdivují, anebo s někým ve vyprávění nesouhlasí, případně používají někoho jako negativní příklad – všemi těmito akty vyprávějící narativně definují sebe a druhé (Bamberg, 2012).

Dle Bamberga (2012) je vyprávějším v narativu implicitně hodnoceno jednání, a to s pomocí kategorizací, odkazování a popisů, které charakterizují jednotlivé aktéry¹⁵, a připisuje jim aktérství ve smyslu iniciativy, činění rozhodnutí, odpovědnosti. Takto se odehrává velká část „morální práce“ anebo hodnocení v konstrukci příběhu. Toto aktérství může mít dva směry – aktivní aktérství znamená směřování od subjektu ke světu, zatímco pasivní aktérství je směřování od světa ke subjektu.

Teorie narativních pozic byla aplikována ve studii Anny Madillové a kol. (2005), kde byly pozice zkoumány na prepisech terapeutických sezení krátké dynamické psychoterapie u čtyř klientů s depresí. U jednoho z těchto klientů došlo v průběhu terapie ke zhoršení symptomů, další tři klienti se vyléčili. Pozice byly zkoumány dle metody vypracované Bambergem (1997), další inspirací byla positioning analýza Worthama (2000) (Madill, Sermpezis, & Barkham, 2005; Wortham, 2000).

I když je zkoumaný vzorek poměrně malý, $n = 4$, ukázaly se určité rozdíly v positioning mezi úspěšnou a neúspěšnou psychoterapií. Autoři zkoumali tři úrovně positioning: 1. pozice k samému sobě – umístování sebe jako „narrated subject“; 2. pozice k druhým – umístování dalších charakterů v příběhu; 3. pozice směrem k terapeutovi – povaha interakcí v rozhovoru s terapeutem. Ukázalo se, že na rozdíl od klienta, jehož terapie nebyla úspěšná, vyléčení klienti měli sice také většinou negativní pozice, ale vždy dokázali konstruovat alespoň nějakou pozitivní, anebo adaptivní pozici, a to na všech třech úrovních positioning.

3.8 Narrative Assessment Interview (NAI)

K vytvoření narrative assesment interview (NAI) (Hardtke & Angus, 2004) vedla otázka, jestli a jak se mění vnímání sebe u klientů, kteří absolvovali úspěšnou psychoterapii, a zdali jsou tyto změny zachytitelné v příbězích, které klienti o sobě konstruují. Strukturovaný protokol rozhovoru NAI je administrován na začátku terapie a pak v libovolných bodech uprostřed a na konci terapie, v některých studiích se realizuje ještě

¹⁵ V. Chrz zde používá pojem „Obrazy sebe a druhých“ (Chrz, 2007).

i katamnestický sběr dat. Jednotlivé fáze sběru dat na sebe navazují, tj. klient obdrží shrnutí svých odpovědí z předcházejících kol rozhovorů.

Výhodou metody je, že je poměrně časově nenáročná, autoři uvádějí trvání kolem 10 minut. První NAI rozhovor začíná úvodní informací, kde je klient podpořen v tom, aby věnoval promyšlení odpovědi tolik času, kolik potřebuje, je nastíněn i obsah rozhovoru.

Protokol NAI má tři otázky¹⁶:

1. Jak byste popsal sám sebe? (How would you describe yourself?). Participantů jsou podpořeni v tom, aby vyprodukovali co nejvíce popisů, u každého vyprodukovaného popisu je klient požádán pro ilustraci o nedávný příklad ze svého života .
2. Jak by vás popsal někdo, kdo vás dobře zná? (How would someone who knows you really well describe you?). Smyslem této otázky je zjistit, jak klienti vnímají, že je vidí ostatní, a jak toto vnímání mění jejich vlastní sebepojetí, teoreticky je založena na tzv. zrcadlovém efektu (Popper & Eccles, 1977).
3. Kdybyste mohl něco změnit na tom, kdo jste, co by to bylo? Smyslem této otázky je zjistit na začátku léčby, v co klienti doufají, že by se mohlo změnit. Odpovědi na tuto otázku jsou také užitečné při dalších rozhovorech jako referenční bod pro zachycení toho, jak klient chápe svou proběhlou změnu.

Následně se vytváří NAI shrnutí, které zachycuje hlavní body z prvního NAI, a toto shrnutí je poskytnuto klientovi pro jeho reflexi při dalším rozhovoru, uprostřed, nebo na konci terapie, dle designu konkrétní studie. V druhém a dalším rozhovoru je klient požádán, aby reflektoval shrnutí z předchozích NAI. Tyto následné rozhovory mohou být delší, v závislosti na klientovi. NAI má potenciál vyprodukovat bohaté reflexivní příběhy, a jak samy autorky poznamenávají, rozhovor má i terapeutický potenciál, jelikož podporuje u klienta další rozpracování životního příběhu, větší porozumění sobě a svému příběhu a může i zprostředkovat dosažení nového vhledu.

NAI protokol se používá v intenzivních případových studiích, kde spolu s dalšími metodami (analýzy přepisů rozhovorů, klinické měření) umožňuje dosáhnout komplexního pohledu na proces změny. Kromě toho počáteční NAI poskytuje klinikům

¹⁶ Tyto otázky byly i jednou ze součástí scénáře rozhovoru v této studii.

i informaci o cílech změny, formulovaných klientem, a toto zhodnocení může být použito později v terapii pro zhodnocení pokroku v terapii.

Ukázkou studie s použitím NAI je studie Angusové a Kaganové (2013). Klientka Andrea (29) podstoupila krátkodobý EFT program zaměřený na léčbu deprese. Na začátku léčby vykazovala vysoké skóre deprese BDI = 33 (Beck Depression Inventory), které se na konci terapie snížilo na BDI = 0. Jako data pro případovou studii byly použity nahrávky z terapeutických sezení, pravidelné měření symptomů a NAI rozhovory na začátku, na konci terapie a 6 měsíců po ukončení terapie. Klientka dále označila jedno konkrétní sezení, které bylo pro ni klíčové, toto sezení bylo analyzováno podrobněji (L. Angus & Kagan, 2013).

Při prvním NAI rozhovoru se jako nejvýraznější téma ukázala sebe-kritičnost klientky, dále produkovala tzv. kontaminované příběhy o tom, jak všechno dobré končí špatně (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten, & Bowman, 2001). V NAI na konci psychoterapie a následně také v katamnestickém NAI se již klientčiny narativy vyznačovaly bohatým popisem procesu pochopení svého příběhu, větší koherencí, reflexivitou, kontaminace se neobjevovala vůbec. Autorky popisují podrobně, jak probíhal u klientky tzv. proces přepisování příběhu (re-storying process), ve kterém se mimo jiné objevují popisy bodu zvratu (turning points), kdy klientka říká: „Cítím se jako někdo úplně jinej, překonala jsem kompletní transformaci“.

Výše uvedené příklady kvalitativních narativních výzkumů naznačují poměrně velkou rozmanitost metod kvalitativní narativní analýzy. Přístupů k narativní analýze je ale mnohem víc, než zde bylo popsáno, takže uvedený výčet metod nelze brát jako vyčerpávající. Spíše jde o přehled přístupů a metod, které mi byli inspirací při studiu a přípravě této práce.

3.9 Narativní skórování ve výzkumu procesu změny v psychoterapii

V této části budou představeny současné přístupy k výzkumu procesu psychoterapie, které používají metodu tzv. narativního skórování. Jedná se hlavně o narativní skórovací systémy, které pracují s prepisy terapeutických rozhovorů, v závěru kapitoly budou popsány také další výzkumy změny v psychoterapii, kde se užívá narativního skórování (zdrojem dat mohou být například krátké psané narativy, semi-strukturované rozhovory apod.).

Tato metoda pracuje s přepisy z terapeutických sezení, která jsou nahrávána na audio- anebo videozáznam a následně doslovně přepsána. Následně se s přepisy pracuje tak, že se vyhledávají sekvence, anebo segmenty, které nesou znaky narativu (každý z popsaných systémů má na to svoje detailní pravidla), a tyto segmenty jsou následně kódovány minimálně dvěma nezávislými posuzovateli dle kódovacího manuálu příslušného systému. Posuzovatelé jsou trénováni tak, aby dosáhli co nejvyšší míry shody (inter rater reliability, IRR). S daty je dále pracováno ve většině studií statisticky zejména za účelem srovnání různých typů psychoterapie, používají se sofistikované metody jako hierarchické modelování. Kódování narativních procesů může být i cennou pomůckou při intenzivních případových studiích.

V posledním desetiletí nastal určitý boom v použití těchto metod, který vedl i k vydání speciálního čísla časopisu *Psychotherapy Research*, věnovanému narativnímu skórování (M. M. Gonçalves & Angus, 2017).

3.9.1 Kódovací systém narativního procesu – Narrative Process Coding System (NPCS)

Kódovací systém narativního procesu navazuje na předchozí práce Lynne Angusové o významu metafor a figurativního jazyka v psychoterapii (Angus, 1991; Angus & Rennie, 1989; Angus & Rennie, 1988). Teorie narativního procesu psychoterapie (L. Angus & Hardtke, 1994; L. Angus, Levitt, & Hardtke, 1999a; Hardtke & Angus, 2004) předpokládá, že podrobné vyprávění o emočně důležitých událostech, následná reflexe a podpora konstrukce nových významů podporuje u klienta v psychoterapii vytváření diferencovanějšího a koherentnějšího porozumění sobě a svým sociálním vztahům. Za účelem lepšího objasnění používané terminologie autorky doporučují při výzkumu procesu psychoterapie rozlišovat mezi tzv. mikro-příběhy (micronarratives), které klienti vyprávějí v terapii; celkovým „velkým“ anebo životním příběhem klienta (macronarrative), v rámci kterého klienti umísťují jednotlivé události svého života do časových a významových souvislostí; a narativními procesy, které jsou charakteristické pro verbální interakci mezi terapeutem a klientem.

Autorky rozlišují tři módy narativního procesu, který probíhá mezi klientem a terapeutem: externí, interní a reflexivní. V prvním případě, v tzv. externím narativním módu, se klient společně s terapeutem snaží o rekonstrukci minulých anebo současných událostí (co se mi stalo?) s cílem vyplnit mezery v tom, co bylo zapomenuto, a tedy nebylo nikdy plně pochopeno. Interní narativní mód je zas soustředěn na emoce, pocity, myšlenky zažívané při opětovném popisu události (co cítím?) anebo také na popis nových emocí, které vznikají při terapeutickém sezení. Reflexivní narativní mód zas umožňuje reflexivní analýzu souvisejících prožitků a okolností (co to pro mě znamená?), vytváří se nové porozumění příběhu, stejně jako i minulým a současným

pocitům. Toto porozumění může jak podpořit, tak i zpochybnit stávající implicitní přesvědčení o sobě a druhých, tvořící stávající dominantní narativ (Angus & Hardtke, 1994).

V průběhu terapeutického sezení je typické, že reflexivní sekvence následují po hlubších externích anebo interních sekvencích, a jsou to právě reflexivní sentence, které mají potenciál k vytváření nových významů a nového porozumění. Někteří terapeuti s tímto intuitivně pracují tak, že se snaží podporovat produkci externích narativních sekvencí, například klienta, který mluví příliš obecně, požádají, aby detailně popsal nějakou událost, která se týká daného tématu.

Metoda

Jedná se o dvoustupňový proces kódování doslovných přepisů psychoterapie, v jehož prvním kroku jsou trénovanými kodéry identifikovány tzv. tematické segmenty (topic segments), které označují změny anebo posuny v tématech dialogu. V identifikovaném tematickém segmentu je poté označen klíčový problém, ke kterému se segment vztahuje, a vztahové zaměření (matka, manžel, apod.).

Ve druhém kroku jsou pak tyto segmenty kódovány do tří zmíněných kategorií nebo kódů narativních sekvencí: externí deskripce událostí, interní subjektivní popis prožívání a reflexivní narativní sekvence (L. Angus, 2012). V pilotní fázi kódování vždy probíhá srovnání kódů a konsensuální řešení konfliktních kódů za účelem dosažení vysoké shody mezi posuzovateli (IRR). Typické hodnoty IRR uváděné ve studiích NPCCS se pohybují od 0,85, které se typicky dosahuje již po 25–30 hodinách tréninku kodérů (L. Angus et al., 1999a).

Počet narativních sekvencí v každém tematickém segmentu je kolísavý, klientův monolog anebo interakce klient–terapeut mohou proběhnout v jediném narativním módu, anebo se přesouvat mezi vícero módy. Autoři uvádějí, že pro účely skóringu by narativní sekvence neměla být kratší než 4 řádky přepisu.

Identifikace narativních sekvencí:

1. externí narativní sekvence

Pokud klient poskytne popis životní události (skutečné, anebo představované, minulé, současné, anebo budoucí), tak je narativní sekvence kódována jako externí. Jedná se typicky o odpověď na otázku „co se mi stalo“ (Angus, 2012). K lepšímu rozpoznání sekvence slouží tzv. markery, v tomto případě se jedná typicky o a) popis osobních vzpomínek, zde nastává posun v slovesném

času k minulému, který může indikovat začátek externí sekvence; b) příklad konkrétní události, která má popsat téma, rozebírané v různých typech sekvencí; c) může se jednat také o obecný popis více specifických událostí (L. Angus et al., 1999a).

2. interní narativní sekvence

Když klient popisuje subjektivní zkušenost anebo úhel pohledu, jak se cítí ve vztahu k sobě a/nebo k ostatním. Zjednodušeně jde o odpověď na otázku „co cítím“ a často zdůrazňují osobní význam příběhu pro klienta ((L. Angus, 2012). Nejčastější markery pro začátek interní sekvence jsou: a) terapeut se přímo zeptá, jak se klient teď cítí; b) časté použití slov popisujících emoce (smutný, nahněvaný, frustrovaný apod.); c) emocionální exprese jako pláč, vzdychání, křik; d) metaforické exprese pocitů (například „cítím se, jako bych měl explodovat“ anebo e) dlouhé pauzy, kdy klient patrně hledá slova pro vyjádření prožitkového stavu (L. Angus et al., 1999a).

3. reflexivní narativní sekvence

Reflexivní narativní sekvence jsou identifikovány, když se klient snaží porozumět svým pocitům vůči sobě, druhým anebo situaci a podstupuje jakousi reflexivní analýzu externích anebo interních sekvencí. Zde jde o odpověď na otázku „co to pro mě znamená“ a sekvence usnadňuje klientovo zapojení v produktivním nalézání smyslu, emoční transformaci a rekonstrukci příběhu (Angus, 2012). Nejčastější markery jsou: a) klient zkoumá svoje chování v situacích anebo vztazích; b) promýšlí alternativy budoucího chování; c) zkoumá svoje myšlení anebo emoce v situacích; d) sebezpytuje se, často s použitím slova jako „proč“ (možná, myslím že, divím se, uvědomil jsem si, mohlo by to být), anebo „nevím“, v závislosti na kontextu (Angus et al., 1999a).

Aplikace NPCS ve výzkumných studiích

Pilotní studie použití NPCS zkoumala 42 klientů, kteří byli spárováni s 15 terapeutů a podstoupili krátkodobou psychodynamickou psychoterapii. Studie ukázala, že dvojice (terapeut–klient), které dosáhly slabších výsledků, co se týče efektu terapie, vykazovaly statisticky významně vyšší podíl externích a interních narativních sekvencí, naopak dvojice, které vykázaly lepší výsledek efektu terapie, zaznamenaly významně větší počet reflexivních sekvencí (L. Angus et al., 1999a). NPCS byl použit také jako jedna z metod analýzy dat v narativní případové studii rodinné psychoterapie (Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Angus, 2001).

NPCS umožňuje pracovat s analýzou vzorců výskytu narativních sekvencí, ale také s analýzou tematických kódů. V předběžných studiích NPCS se například ukázalo, že mezi terapeutickými směry jsou určité rozdíly v tom, který z narativních módů je převládající (L. Angus et al., 1999a). Například typicky v prožitkové (experenciální) psychoterapii terapeuti dávají větší důraz na

interní sekvence, hlavně na zpracování emočně nabitých událostí, a tyto jsou následované reflexivními sekvencemi, kde je dán klientům prostor pro artikulaci nových významů. Zatímco prožitkoví terapeuti vnímají externí sekvence jen jako nutný prostředek k tomu, aby se dostali k interním a reflexivním sekvencím, v krátké psychodynamické psychoterapii byl zaznamenán častější přechod z externích sekvencí k reflexivním a celkově větší výskyt externích sekvencí (L. Angus, Levitt, & Hardtke, 1999b). Časté a rychlé změny tématu v rámci jednoho sezení indikují, že klient a terapeut v rámci tohoto sezení mohou mít problém nalézt společně sdílené zaměření (Rasmussen & Angus, 1996).

Studie s NPCCS také prokázaly spojitost mezi emocemi a utvářením smyslu: specificky přesuny mezi reflexivním utvářením smyslu a emoční diferenciací v interním narativním módu signifikantně souvisely s vyšší úrovní klientova produktivního zapojení do prožitkové terapie a také s celkovým výsledkem terapie (Lewin & Angus, 2008).

3.9.2 Kódovací systém narativně-emočního procesu - Narrative-emotion process coding system (N-EPCS)

Další fáze vývoje N-EPCS je již ovlivněna výzkumem emocí a studie terapie zaměřené na emoce (Emotion Focused therapy, EFT) (Greenberg & Pascual-Leone, 1995; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993) vycházejí ze zjištění, že pokud emoce nejsou v terapii vyjádřeny a prožity, tyto důležité informace nejsou k dispozici pro sebereflexi, zvýšené uvědomování emocí a nové utváření smyslu, což jsou nutné předpoklady dosažení změny v psychoterapii (Boritz, et al, 2014). Jinými slovy reflexivní konstrukce nových osobních významů předpokládá narativní organizaci a artikulaci emočních zážitků (L. Angus & Greenberg, 2011)p. 46).

Narativně-emoční model předpokládá, že vyjadřování emocí a sdílení autobiografických vzpomínek samo o sobě k dosažení změny v psychoterapii nepostačuje. Při efektivním sezení by mělo být dosaženo zejména reflexivního zpracování vynořujících se adaptivních emocí v kontextu autobiografické paměti, právě to totiž vede postupně ke změně celkového narativu a dobrému výsledku terapie (L. Angus, 2012; L. Angus & Greenberg, 2011; Boritz, Bryntwick, Angus, Greenberg, & Constantino, 2014). Jinými slovy, mělo by jít o kombinaci autobiografického vyprávění a reflexe, která klientovi umožní diferenciaci emočních zážitků (například identifikaci, co je pocíťováno, vůči komu, proč to tak cítí). Tento proces diferenciacie emocí v kontextu vyprávění o určitém minulém zážitku podporuje adaptivní rekonsolidaci autobiografické paměti (Lane, Ryan, Nadel, & Greenberg, 2015).

V knize *Práce s narativem v terapii zaměřené na emoce* se původní rozdělení tří typů sekvencí mění na procesy vyprávění, emoční procesy a procesy utváření smyslu, v rámci kterých autoři

identifikují dva typy markerů: problémové markery a markery změny (L. Angus & Greenberg, 2011). Později přidávají taky tzv. transitní markery (Tali Z. Boritz, Bryntwick, Angus, Greenberg, & Constantino, 2014). Markery mají psychoterapeutům poskytovat orientaci pro implementaci efektivnějších strategií (L. E. Angus et al., 2016).

Angusová a Greenberg při hledání markerů postupovali tak, že identifikovali části terapeutického sezení, kde specifické promluvy ze strany klienta naznačovaly, že v pozadí může probíhat narativně-emoční proces, a tyto části označili jako příležitosti pro specifickou intervenci terapeuta. Tyto značky, tedy markery, byly pak diferencovány s ohledem na tyto faktory: 1. míru specifity autobiografických vzpomínek, 2. přítomnost narativního kontextu, 3. přítomnost symbolizace emocí a jiných tělesných pocitů; 4. koherence příběhu; 5. zda klient zmiňuje zážitek změny (Angus, 2012; Angus et al., 2016).

Za účelem dalších výzkumných studií byl vytvořen kódovací systém a manuál pro kodéry, který umožňuje systematickou identifikaci markerů. Následně byla za účelem identifikace paralingvistických a dalších neverbálních emočních indikátorů tato metoda obohacena o analýzu videonahrávek. Typická doba tréninku pro nového kodéra v tomto systému je 12 až 16 videonahrávek terapeutických sezení, shoda mezi dvěma posuzovateli se pak udává vyšší než 0,80 (Cohenovo Kappa). V případě neshody mezi posuzovateli probíhá společné sledování relevantního úryvku z terapeutického sezení a diskuse, pokud se nedosáhne konsenzuálního řešení (Angus et al., 2016).

Problémové markery

Problémové markery umožňují identifikovat nediferencované emoční stavy, které jsou často vyjádřeny nekoherentním, rigidním, opakujícím se a maladaptivním vyprávěním. Problémové markery poukazují na skryté procesy, které mohou bránit v řešení klinického problému a nepřispívají ke dosažení změny v psychoterapii.

1. Stejný starý příběh (same old story)

Jedná se o prožitkové uvíznutí a opakování, které je rezistentní vůči změně, příznačné jsou obecné popisy, nedostatek detailů, nízká emoční aktivace, nízká úroveň aktérství klienta a výrazy jako „ona vždycky“, „samozřejmě už zase...“, „je to vždycky to samé“ apod. Často se jedná o opakující se vzorec maladaptivního chování anebo reakcí vůči rodinným příslušníkům a objevují se zde i častá jádrová konfliktní vztahová témata jako pocity odmítnutí, pocity neustálého ustupování někomu, nebo i jádrová self-témata jako pocity selhání, beznaděje (L. Angus & Greenberg, 2011). Tento typ vyprávění je častý v začátcích

terapeutického vztahu a může být užitečným indikátorem maladaptivních vzorců chování a prožívání klienta, které prozatím nejsou zpracovány a vyřešeny.

2. Prázdné vyprávění (empty stories)

Klienti vyprávějí subjektivně významné a negativně nabitě, až znepokojující příběhy, kterým ale chybí emoční anebo prožitkový element. Tyto příběhy často obsahují podrobné vyličení externích okolností dané události, ale chybí zde ztvárnění subjektivního smyslu příběhu pro klienta, často má vyprávění charakter pozorování z pozice nezúčastněné osoby a celkově význam příběhu je pro klienta nejasný.

3. Emoce bez příběhu (unstoried emotions)

Tento typ vyprávění označuje vyjádření emočních stavů, které nejsou nijak zakotveny v narativním kontextu, typicky jde o emoce, které se „jen tak objevují“, klient nechápe proč, není schopen určit důvod anebo identifikovat spouštěč emoční reakce, neví, co tato emoce pro něj znamená.

4. Abstraktní anebo umělé příběhy (artificial storytelling)

Jedná se o příliš obecné vyprávění klienta o svých myšlenkách, přesvědčeních, pocitech, které ale není propojeno s reflexí. Můžou to být také autobiografické příběhy o jiných lidech, popisy pocitů, myšlenek anebo chování druhých, hypotetické konstrukce a podobně.

Přechodové markery

Nová skupina markerů identifikuje druhy vyprávění, které již směřují ke změně, je zde znát pohyb směrem k větší integraci, vyšší reflexivitě a vyjádření diferencovaných emočních reakcí. Přechodové markery pro terapeutů signalizují příležitost podpořit klientovu reflexi pocitů, důležitých vzpomínek, vynořujících se intencí k novému jednání, případně nových pohledů na sebe sama a na své interpersonální vzorce chování (L. E. Angus et al., 2016).

1. Konkurojící si zápletky (competing plotlines)

Typ vyprávění, ve kterém klient prezentuje navzájem si konkurující emoční reakce anebo vysvětlení specifické události, běžně je také vyjádřeno zmatení, nejistota, frustrace. Nové

pocity anebo myšlenky se objevují v kontrastu k běžně převládajícím pohledům, přesvědčením.

2. Vyprávění v zárodku (inchoate storytelling)

Klient prezentuje dis-organizovaný, fragmentovaný příběh, zdá se, že má problém pochopit smysl této zkušenosti. Tento typ vyprávění je často charakterizován řečí, která je přerušovaná tím, že klient se snaží uchopit svou vnitřní zkušenost, anebo tím, že se dostává do většího kontaktu se svými emocemi.

3. Zážitek vyprávění (experiential storytelling)

V tomto typu vyprávění se odehrává imaginární vstup do autobiografické zkušenosti, během narace jsou zažívány myšlenky, pocity a někdy i sensorické vjemy spojené s původní událostí.

4. Reflektivní vyprávění

Jako reflexivní vyprávění se označují narativy, ve kterých klient analyzuje svoje pocity, přesvědčení, vzorce chování, spojené s vyprávěnou událostí, snaží se o nalezení tematických souvislostí a pochopení.

Změnové markery

Tento typ markerů již poukazuje na produktivní narativně-emoční integraci, vznikají nová vysvětlení, pochopení smyslu situací a klientova jednání v nich. Často jsou popisovány zážitky změny, opisy nových emočních a kognitivních reakcí a tenze k novému typu jednání, anebo vynořování se koherentnějšího, adaptivního porozumění sobě a svým vztahům (Angus et al., 2016; Angus & Greenberg, 2011; Angus et al., 2012; Boritz, Bryntwick, Angus, Greenberg, & Constantino, 2014).

1. Vyprávění s nečekaným výsledkem (unexpected outcome storytelling)

Jedná se o vyprávění, ve kterém se objevuje překvapující či neočekávaný výsledek jako například pocity, jednání, myšlenky, které potvrzují dosažení pozitivních změn v klientově životě. Mohou to být například pozitivní změny, které s všiml sám klient, anebo je okomentoval někdo z jeho blízkých, vyprávění klienta o novém pojetí či zažívání sebe sama, artikulace pocitů jako překvapení, radost, vzrušení, vnitřní klid.

2. Objevující vyprávění (discovery storytelling)

V tomto posledním typu vyprávění klient explicitně artikuluje koherentnější, víc emočně integrované a adaptivní porozumění sebe samému, často se vrací například k stejným starým příběhům a reviduje je, vytváří nové dějové linie pro nové porozumění sobě, svým vztahům i světu.

Intenzivní případová studie 10 terapeutických dvojic (Bryntwick, 2011) indikovala, že přepisy sezení klientů, kteří se v EFT terapii neuzdravili z deprese, vykazovaly oproti klientům, kteří se uzdravili, signifikantně víc stejných starých příběhů, a to na začátku, uprostřed i na konci terapie. Kromě toho u klientů, u kterých byla terapie úspěšná, byla naměřena celkově pětikrát větší intenzita objevujícího vyprávění, a v závěru terapie dokonce osmkrát větší intenzita objevujícího vyprávění.

Studie Boritz et al. (2014) zkoumala význam problémových a změnových markerů pro dosažení změny ve třech typech krátkodobé terapie depres, a to KBT, EFT a kognitivní terapie (KT) na vzorku 12 klientů. Ve všech typech psychoterapie byl ve střední fázi léčby u klientů, kteří nedosáhli klinicky významné změny, výskyt problémových markerů signifikantně vyšší v porovnání s klienty, kteří se uzdravili. Nejvýraznější rozdíl byl u abstraktního vyprávění. Dle očekávání vykazovali uzdravení klienti i větší počet přechodových a změnových markerů a s dosažením změny nejvíce souvisela vyprávění v zárodku a objevující vyprávění (Toritz, Barnhart, Angus, & Constantino, 2017; T. Z. Boritz et al., 2014). Podobné výsledky přinesly pilotní studie komplexního traumatu (Carpenter, Angus, Paivio, & Bryntwick, 2016) a generalizované úzkostné poruchy (L. E. Angus et al., 2016), ale prozatím na malých vzorcích (od 3 do 6 klientů).

3.9.3 Kódovací systém inovativních momentů – Innovative Moments Coding System (IMCS)

Narativní kódovací systém IMCS má užší zaměření než NPCCS, a to konkrétně na tzv. inovativní momenty – tedy typ vyprávění klienta, který je nový, je jakýmsi „vybočením“ z problémových, rigidních původních narativů, a tím otevírá nové možnosti terapeutické změny (M. M. Gonçalves & Guilfoyle, 2006; M. M. Gonçalves et al., 2009; Matos et al., 2009). Tento kódovací systém vznikl v návaznosti na předcházející výzkumy skupiny kolem M. Goncalvese, která se hlásí ke konstruktivistickému přístupu. IMCS čerpá hlavně z dvou teoretických perspektiv: z tzv. re-autorizačního modelu narativní terapie (White and Epston, 1990), kde jsou definovány tzv.

„unique outcomes“ jako výjimky z problémového narativu¹⁷, a také z dialogické perspektivy (Hermans, 2001) (Hermans & Dimaggio, 2004; Doležal & Čeveliček, 2017), která proces změny v psychoterapii pojímá jako dialogický proces vyjednávání, tenze, nesouhlasu, aliance a podobně mezi různými hlasy, tedy různými perspektivami Self. V případě duševní nemoci se do popředí dostává problémový narativ, anebo hlas, prezentující problém a všechny další hlasy, anebo možné alternativní příběhy jsou téměř umlčeny. „Unique outcome“ prezentuje právě tyto občasné výjimky, kdy je dominance problémového narativu dočasně přerušena. Z koncepčních důvodů autoři přejmenovali tyto momenty na inovativní momenty (innovative moments – IM). IM jsou tedy jakési „záblesky příležitosti“ pro konstrukci nových příběhů, které odporují původnímu, problémovému narativu (M. M. Gonçalves et al., 2009). Například kdyby problémový narativ měl podobu „stále musím být milý a laskavý k ostatním a ignorovat vlastní přání“, různé výjimky z těchto pravidel, třeba vyjádření vlastních potřeb, cenění si vlastních nápadů a myšlenek anebo pocit pohody samého se sebou, pokud by byly tematizovány v terapii, byly označeny jako IM (Mendes et al., 2011).

Základní rozdělení IM je následující:

1. Akční IM – klient vypráví o novém typu jednání, které je jiné než jeho běžné jednání pod vlivem problémového narativu.
2. Reflexivní IM – klient vypráví o nových způsobech myšlení, porozumění a pochopení svého problému, které mu umožní vzdorovat omezením problémového narativu.
3. Protestní IM – nové jednání či myšlení, které je spojeno s odmítnutím předpokladů dominantního problémového narativu.
4. Rekonceptualizační IM – komplexní IM, které obsahuje jednak srovnání, v čem se klient změnil, jednak reflexi procesu, jak k tomu došlo. Jedná se tedy o jakousi meta-pozici.
5. Performing change IM – ukázky změny, nové způsoby jednání, nové cíle, projekty, vztahy, které jsou důsledkem změny.

I když všechny typy IM prezentují nová hlediska v životě klienta, akční, reflexivní a protestní IM samy o sobě nestačí, a ani dle dalších studií nepředpovídají dosažení dlouhodobě udržitelné změny (M. M. Gonçalves et al., 2009; M. M. Gonçalves, Matos,

¹⁷ Také označován jako tzv. „problémem definovaný příběh“ (Skorunka, 2010).

et al., 2016). Klíčové zde jsou rekonceptualizační IM, která se typicky objevují ve střední fázi terapie a tvoří je dvě součásti – jednak je tady klientovo uvědomění si kontrastu mezi tím, kým byl na začátku, a kým je dnes, a jednak je tu jeho povědomí o tom, jak k této změně postupem času došlo. Rekonceptulizační IM tedy představují jakousi meta-pozici, ve které se klient vztahuje k celému procesu své změny v koherentní časové souslednosti a dodávají pocit časové kontinuity. Rekonceptualizace je vlastně re-autorizační pozice, která klientovi umožňuje tvořit narativ změny. Klient tedy není jen aktérem změny, ale také jejím autorem. (Sarbin, 1986). Ve srovnání s modelem N-EPCS jsou rekonceptualizační IM podobné konceptu objevujícího se vyprávění (L. E. Angus et al., 2016; M. Gonçalves, Fernandez-Navarro, Mendes, & Tiago, 2016).

Metoda

Prvním krokem v procesu kódování je opakované čtení přepisů, sledování videa anebo poslech nahrávky. Následně posuzovatelé nezávisle na sobě identifikují témata problémového narativu klienta a konsenzuálně definují problémový narativ tak, aby jejich definice byla co nejbližší klientovu diskurzu. Následuje nezávislá identifikace IM, značení začátku a konce pro účely určení významnosti IM. Významnost se počítá jako časový anebo textový podíl sezení, který je věnován určitému IM (časový, pokud se počítá dle zvukového nebo videozáznamu, textový jako podíl počtu slov, pokud se počítá z přepisu). Výsledkem je údaj o významnosti každého typu IM u každého sezení a v rámci celého léčebného procesu.

Rekonceptualizace v úspěšné psychoterapii umožňuje meta-kognitivní integraci starého problematického Self narativu se vznikajícím současným narativem a také s procesy, které tuto změnu umožnily (Gonçalves et al., 2009). Pokud se ale nepodaří dosáhnout meta-reflexivní pozici jakéhosi náhledu na proces změny, akční, reflexivní a protestní IM mohou vést i k opětovnému sklouznutí do problémového narativu. Toto zjištění vedlo k dalšímu rozpracování dvou podrobnějších typů reflexivních inovativních momentů, a to na IM, které vytvářejí nové porozumění problému IM (reflexivní IM I.), a ty, ve kterých probíhá reflexe toho, co se u klienta změnilo (reflexivní IM II.). Podobně by problémová IM měla být rozdělena na ty, které zpochybňují problémový narativ a jeho předpoklady (problémové IM I.), a ty, která klienta posilují a dodávají mu asertivitu v řešení problému (problémové IM II.) (M. Gonçalves et al., 2016; M. M. Gonçalves, Ribeiro, INÊS, Matos, & Santos, 2011).

Souvislost vyššího výskytu IM a zlepšení symptomů byla opakovaně prokázána v mnoha studiích (M. M. Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2016; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, & Gonçalves, 2011), zejména důležitý byl výskyt rekonceptualizačních IM (M. M. Gonçalves, Matos, et al., 2016).

Ve studii na vzorku 44 klientů a 729 kódovaných terapeutických sezení se ukázalo, že IM prvního řádu nemají souvislost s efektem psychoterapie, kdežto výskyt IM druhého řádu byl signifikantně vyšší u uzdravených pacientů. Jako slibné zjištění autoři uvádějí fakt, že IM druhého řádu mohou predikovat zlepšení na konci terapie. Další studie se zaměřila na ověření prediktivní validity IM a ukázalo se, že reflektivní IM druhého řádu predikovaly změnu v symptomech v dalším sezení KBT (M. M. Gonçalves et al., 2017).

3.9.4 Kódovací systém ambivalence (Ambivalence Coding System)

Jak již bylo zmíněno, při analýze výstupů z IMCS se ukázalo, že někteří klienti, i když dosahují uspokojivé úrovně výskytu akčních, reflexivních i problémových IM, se nedopracují k dosažení změny, ale naopak u nich znovu převládne problémový narativ. I když větší výskyt IM otevírá možnost změny, zároveň dochází k destabilizaci běžných způsobů myšlení a prožívání klienta, takže klient může mít pocity nepředvídatelnosti, neočekávatelnosti, ztráty kontroly a celkově menší stability a větší tenze (Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2016; Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). Při analýze případů klientů, u kterých nedošlo ke zlepšení, autoři zjistili, že návrat k dominantnímu problémovému narativu často potlačoval inovativní narativní procesy, a to tak, že docházelo k vyhýbání se, snižování a trivializaci významu IM (Santos et al., 2011).

Tento ambivalentní proces se často opakuje a autoři ho pojmenovali jako „vzájemně se udržující smyčka“ (mutual infeeding loop). Ambivalence se projevuje v prepisech terapeutických sezení tehdy, když po „záblesku“ nového narativu, který představuje změnu, tedy inovativního momentu, dochází k jeho zpochybnění anebo návratu do dominantního problémového narativu. Například depresivní klient vypráví o tom, jak se tento týden cítil lépe a stihl udělat hodně věcí, a následně řekne „i tak jsem stále depresivní“. V tomto případě se změnový potenciál IM vytrácí, je negován. Tyto momenty v sezení byly pojmenovány jako markery návratu k problému (return-to-problem, RPM). Opakovaný výskyt RPM markerů je indikátorem ambivalence vůči změně a může signalizovat, že progres v terapii je ohrožen.¹⁸

¹⁸ Zde mně na základě zjištění popsanych v kapitole 2 o faktoru klienta napadá, že rozdíl v tom, jestli se podaří klientovi nalézt cestu ven ze „vzájemně se udržující smyčky“ ambivalence, by mohl spočívat v aktérství. Předpokládala bych, že když se posilní aktérství v průběhu psychoterapie, může se zvýšit

Autoři aplikovali kódování RPM na svoje proběhlé IMCS studie a výsledky ukazují, že výskyt RPM byl vyšší v případech klientů, kteří nedosáhli změny (M. M. Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011), a že snížení výskytu RPM predikuje zlepšení v symptomech klienta v následujícím sezení (M. Gonçalves et al., 2016)

3.9.3 Jádrové konfliktní vztahové téma – Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

CCRT, vycházející z psychodynamické teorie změny a navazující na teorie přenosu S. Freuda, je jedním z prvních narativních kódovacích systémů (Luborsky & Crits-Christoph, 2004; Luborsky, Popp, Luborsky, & Mark, 1994). Metoda se zaměřuje na nalezení tzv. jádrových konfliktních vztahových témat, opakujících se v příběhu klienta.

Prvním krokem analýzy CCRT je identifikace tzv. vztahových epizod v přepisu terapeutického sezení, analýza je realizována dvěma nezávislými posuzovateli. Vztahové epizody jsou příběhy popisujícími určitou vztahovou situaci s identifikovatelnou druhou osobou, někdy to může být i sám klient (Luborsky et al., 1994). Epizody mají narativní strukturu, a tedy jasný začátek, průběh i konec, typicky klient začne pauzou, změnou tématu, nebo slovy „to bylo když...“, „například v tomto incidentu“.

Druhým krokem analýzy CCRT je identifikace jeho tří komponent:

1. přání (wish) – co by si klient přál, aby nastalo ve vztahové epizodě,
2. odezva druhého (response from other) – co nastalo, tedy jaká byla odezva druhého ve vztahové epizodě, a to reálná, anticipovaná nebo imaginární,
3. odpověď sebe (response of self) – způsob, jakým klient vnímal vztahovou epizodu, jak reagoval, co cítil, jaké měl myšlenky, emoce, anebo symptomy.

S výsledky kódování se dále pracuje různě. Mohou být podkladem pro intenzivní případové studie, také pro klinickou formulaci případu a analýzu přenosu. Často se počítá flexibilita/rigidita vzorců, přičemž větší rigidita vzorců je asociována se zhoršeným duševním zdravím. Na výpočet rigidity CCRT se používá Giniho koeficient (Cierpka et al., 1998). Další možností práce s výstupy z CCRT je výpočet pervazivnosti (pervasiveness), která určuje stupeň opakování komponent CCRT ve vztahových epizodách. Dále se ještě stanovuje pozitivní a negativní valence odpovědi

potenciál pro větší prosazení se inovativního momentu. Autoři této teorie s konstruktem aktérství podle všeho zatím nepracují, bylo by jistě zajímavé podívat se na vztah vývoje aktérství a vývoje ambivalence.

od druhých a od sebe (například pokud se klient na konci vztahové epizody cítí odmítnut, jedná se o negativní odpověď Self).

Později se kódování CCRT začalo aplikovat výzkumně i mimo analýzu přepisů terapeutických sezení, a to s použitím strukturovaného narativního rozhovoru s názvem Paradigma vztahové epizody (Relationship Anecdote Paradigm, RAP). Zadáním RAP rozhovoru je, aby klient vyprodukoval deset vztahových epizod, s libovolnými osobami ze svého okolí. Instrukce nabádají klienta, aby každá epizoda popisovala specifickou událost s někým, kdo je pro klienta důležitý anebo problematický, a aby zkusil vyprávět danou epizodu, jako kdyby se jednalo o scénu z filmu. Události mohou být z minulosti i ze současnosti. Následně se s těmito epizodami pracuje podobně jako s přepisy terapeutických sezení.

Metoda CCRT byla použita ve velkém množství studií, a to jak intenzivních případových, tak i studií s větším vzorkem klientů. CCRT má potenciál objasnit typické vztahové vzorce u různých typů psychopatologií, například studie Cierpka a kol. (1998) srovnávala rigiditu CCRT internovaných psychiatrických pacientů s psychosomatickými problémy a docházejících pacientů, ve které se potvrdilo, že rigidita vztahových vzorců byla vyšší u těžších případů (Cierpka et al., 1998). Další studie srovnávala vztahové vzorce klientů před terapií a po několika sezeních, dle výsledků nedošlo k významnějším posunům (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, & Diguier, 1995).

Zaměření na vztahové konfliktní témata metody CCRT se ukázalo jako nosné při výzkumu trans-generačního přenosu traumatu s dětmi přeživších holokaust. Dvě inspirativní případové studie jsou obsaženy v knize *Healing Plots* editované Annou Lieblich, Danem P. McAdamsem a Ruth Josselson (Wiseman & Barber, 2004), následně autoři vydali o celém výzkumu obsáhlou publikaci (Wiseman & Barber, 2008).

3.9.5 Další studie procesu změny v psychoterapii využívající narativní skórování

Významným přispěním k narativním výzkumům změny v psychoterapii je dílo Jonathana M. Adlera, který se na změnu dívá z perspektivy teorií narativní identity, kterou definuje jako internalizovaný, vyvíjející se životní příběh (McAdams, 1996, McAdams, 2001). Hlavními narativními konstrukty, kterými se Adler zabýval, a to zejména ve studiích psaných narativů, byl koncept narativní koherence, definován jako „úspěšnost narativu v komunikování svého odkazu příjemci“ (Adler, Skalina, & McAdams, 2008) p.722), a koncept narativní agency anebo aktérství, popsán jako „narativní forma jedné z nejdůležitějších sil formujících lidský život,

související s autonomií individua, jeho jednáním a schopností ovlivnit směřování svého života“ (Adler 2012, s. 368).

Ve studii 76 bývalých klientů, kteří podstoupili psychoterapii (do 5 let po absolvování psychoterapie) zjistil souvislosti mezi narativní koherencí a vývojem ega (Adler, Wagner, & McAdams, 2007). V další studii Adler zjistil, že klienti, jejichž psané narativy o léčbě vykazovaly vysoké aktérství, mnohem pravděpodobněji dosahovali vyšší úrovně psychické pohody a vývoje ega (Adler et al., 2008).

System kódování aktérství a koherence bude představen na další longitudinální studii (Adler, 2012). Studie se účastnilo 47 klientů, kteří podstoupili individuální psychoterapii v rozsahu 12 sezení. Po každém sezení klienti psali narativy v rozsahu minimálně tří odstavců na téma, jak vnímají terapii a jak souvisí s jejich životem. Do studie byli zařazeni ti klienti, kteří absolvovali minimálně tři sezení a odevzdali tak minimálně tři psané narativy. Dále byly měřeny ukazatele změny v systemické psychoterapii.

Tyto texty byly následně kódovány dvěma nezávislými posuzovateli dle kódovacího systému aktérství a narativní koherence:

Aktérství – narativy s vysokou úrovní aktérství ztvárňují protagonistu jako toho, kdo iniciuje změny, dosahuje jistou míru kontroly nad směřováním svého jednání (Bandura 2006, McAdams et al., 1996).

Koherence – základní kritérium pro hodnocení úspěšnosti příběhu, jestli je příběh pro čitatele srozumitelný. Byl použit kódovací systém koherence dle Baergera a McAdamse (1999), který má čtyři komponenty:

Index orientace – míra, ve které narativ umožní čitateli dostatečné informace o pozadí příběhu, jak je obsah příběhu umístěn v kontextu celkového životního příběhu. Příkladem nízké míry indexu orientace je například začátek ve smyslu „to bylo jednou...“.

Index struktury – míra, v jaké narativ obsahuje logickou souslednost scén, které jsou prezentovány logicky kauzálně i časově. Příkladem nízkého indexu struktury je například změna témat bez jasné spojitosti mezi nimi.

Emoční index – míra, do jaké narativ používá evaluaci, která se projevuje ztvárněním emocí, vyjadřuje tak důvod, proč je právě tento příběh hodný vyprávění.

Index integrace – v jaké míře je příběh propojen se sebepojetím vyprávějího.

Výsledkem studie bylo, že aktérství klientů se významně zvyšovalo s počtem sezení, a navíc zvýšení aktérství předcházelo zmírnění příznaků v dalším sezení (podobný vztah se statisticky neprokázal při změněném pořadí proměnných, tedy mezi zlepšením symptomů a zvýšením aktérství). Narativní koherence nevykázala v průběhu psychoterapie žádné větší změny (Baerger & McAdams, 1999).

Další výzkum (Adler, Harmeling, & Walder-Biesanz, 2013) s 54 klienty byl zaměřen na lepší porozumění fenoménu tzv. rychlého zlepšení (sudden gains) v terapii – situaci, kdy se některým klientům zlepši stav velmi rychle, většinou již na začátku psychoterapie. Byl použit stejný design jako v předchozí studii, kde klienti psali narativy po každém sezení individuální psychoterapie, po dobu 12 týdnů. Kromě již zmíněných kategorií narativního kódování byly přidány kategorie: vhléd – zpracování (vysoká úroveň znamená aktivní hledání nových významů, často i změna perspektivy); vyhýbání se (blokace anebo vzdálení se od těžkých emocí a myšlenek); pozitivní Self a negativní Self, (pozitivní a negativní sebepojetí, popisy sebe, podobné jako narativní pozice k sobě); naděje a beznaděj (očekávání, že budoucnost bude lepší a naopak, zahrnuje i odhodlání ke změně).

Ukázalo se, že u klientů, u kterých došlo k rychlému zlepšení v terapii, se těsně před zlepšením zvýšila úroveň narativní koherence a kategorie vhléd–zpracování. Vzhledem k tomu, že rychlého zlepšení dosáhlo 24 % vzorku, tedy celkově 13 klientů, je třeba brát tyto výsledky jako předběžné.

Jak je vidět z této kapitoly, narativní přístup ve výzkumu psychoterapie se vydal za posledních přibližně 40 let mnoha různými směry. Jak již bylo řečeno, momentálním hlavním proudem, co do intenzity studií, se jeví hlavně použití narativního skórování pro analýzu prepisů terapeutických sezení, které je sice postaveno na kvalitativní analýze textu, ale pracuje s krátkými úseky textu, které kategorizuje do předem daných kategorií a dále s nimi statisticky manipuluje jako s tvrdými daty. I když tyto metody mají nepochybně velký přínos pro poznání procesu psychoterapie, neumím se ubránit dojmu, že se zde může vytratit něco podstatného – a to citlivost pro kontext a komplexitu psychoterapie a také pro jedinečnost každého klienta a každého příběhu v psychoterapii. I proto je podle mě stěžejní udržet v tomto oboru důležité místo kvalitativního výzkumu. Narativní případové studie, anebo kvalitativní narativní výzkumy s více účastníky, mohou například poskytnout vhléd do procesů, které se objevují v narativně kódovacích studiích, anebo tvorbu kódovacích systémů naopak inspirovat.

4 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH A NARATIVNÍ ZPRACOVÁNÍ TĚŽKÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ

Jelikož cílem této práce je lépe porozumět tomu, jak si klienti vytvářejí příběh o své změně v psychoterapii, přínosné může být podívat se i mimo obor výzkumu psychoterapie. Zejména oblast psychologie osobnosti, která se věnuje teorii narativní identity, a také část kognitivní psychologie, která buduje teorii o fungování autobiografické paměti, pracují s konstruktem tzv. „velkého příběhu“ (macronarrative) čili životním příběhem. Zajímají se také o to, jaké jsou charakteristiky narativního zpracování těžkých či negativních životních událostí (což psychické onemocnění bezpochyby také je) a jak probíhá integrace těchto událostí do celkového příběhu života.

4.1 Životní příběh

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, díky narativní struktuře dokážeme konstruovat kauzální propojení mezi jednotlivými situacemi a jsme schopni integrovat různé zážitky do koherentního celku životního příběhu. Jak tvrdí jeden z prvních narativních psychologů Jerome Bruner: „Kde není příběh, není self“ (Bruner, 1999, s. 8) a „Self je pravděpodobně nejúžasnější kus umění, jaký kdy vyprodukuje“ (Bruner, 2002, s. 14).

Dle klasika narativní teorie identity, Dana P. McAdamse, je životní příběh narativní reprezentací minulosti, současnosti a očekávané budoucnosti člověka (McAdams, 2001) a také jej vnímá jako „internalizovaný a neustále se vyvíjející příběh self, na kterém člověk pracuje celý život“ (McAdams, 2010, s. 242). McAdams vymezuje tři hlavní fáze narativního vývoje. V tzv. pre-mytické fázi v dětství zatím jenom „sbíráme materiál“ pro budoucí příběh. V mytické fázi, která začíná v adolescenci, probíhá proces tvorby příběhu a následně v post-mytické fázi, do které se dostáváme v pozdější dospělosti, jsme zaměstnáni vytvářením „generativního scénáře“, probíhá editace, přepisování příběhu, s vědomím blízkého bilancování (McAdams, 1996). Životní příběhy jsou vždy fluidní, v žádné fázi nejsou definitivní a ucelené a odrážejí vždy určitý sociální a společenský kontext (Pasupathi & Mansour, 2006; Randall et al. 2015).

Jednou z primárních funkcí životního příběhu je vytváření a udržování narativní identity – to, kým člověk je, je z velké části konstruováno v autobiografických příbězích o sobě (Gergen and Gergen, 1983; Ricoeur, 1987; McAdams, 1993; Čermák, 2004b). A příběhy nejenom vytváříme, ale také žijeme (Chrz, & Čermák, 2005; McAdams, 1993). Při volbě diskurzivních prostředků vybíráme to, co je pro nás důležité, skrze příběhy konstruujeme naše narativní pozice (Bamberg, 1997) a tyto příběhy můžeme dál přepisovat, upravovat, editovat podle toho, jak se naše identita vyvíjí (Hiles, & Čermák, 2008). Výběrem příběhů, které se rozhodneme druhým o sobě vyprávět, ovlivňujeme nejen to, jak nás vnímají ostatní, ale také to, jak vnímáme sami sebe a jak sami sobě rozumíme (Čermák, 2004), (McLean, Pasupathi, & Pals, 2007), „narativní konstrukce je motorem seberozvoje“ (McLean et al., 2007, s. 265).

Způsob, jakým ztvárňujeme svůj životní příběh, ovlivní velmi pravděpodobně i způsob, jakým budeme tvořit nové příběhy. Již jednou „zavedené“, anebo dá se říct zvnitřněné témata, zápletky, postavy životního příběhu ovlivňují to, jaké příběhy se rozhodneme dále vyprávět, čili životní příběh představuje jakési jednotlicí vodítko k další narativní konstrukci (Singer & Blagov, 2004). Například pokud má člověk ve svém životním příběhu opakující se vzorec spasení, vykoupení (redemption)¹⁹, velmi pravděpodobně bude náchylnější ke konstrukci podobně laděných příběhů i v budoucnosti (McLean et al., 2007).

4.2 Autobiografické zdůvodňování

Životní příběh je výběrem autobiografických vzpomínek, které kolektivně vysvětlují, jak se člověk stal tím, kým je (Pasupathi & Mansour, 2006), díky němuž máme pocit kontinuity self a sebe-porozumění (Tilman Habermas & Bluck, 2000). Tento proces závisí na schopnosti tematicky propojovat různé autobiografické vzpomínky v souladu se současným konceptem self a byl pojmenován jako autobiografické zdůvodňování (Tilman Habermas & Köber, 2014; Tilman Habermas & Bluck, 2000; Pasupathi, 2014).

¹⁹ McAdams (1993, 2013) identifikoval v životních příbězích Američanů ve středním věku tzv. redemption narrative – můžeme volně přeložit jako vykoupení, spasení. V současných narativních studiích se většinou redemption kóduje v případech, kdy těžká událost končí pozitivním vyústěním. Opakem je kontaminace (contamination), to nastává tehdy, když zpočátku pozitivní událost končí špatně. Další konstrukty, které se v studiích McAdamse a jeho kolegů běžně kódují, jsou například agency a communion.

Autobiografické zdůvodňování (AR) je podle mnohých autorů jedním z hlavních procesů, kterým transformujeme vzpomínky do životního příběhu. Je to jakési cvičení v osobní integraci (McAdams, 2006), které ustanovuje biografickou perspektivu událostí v referenčním rámci celého života (Tilman Habermas & Köber, 2014). V kontextu běžného každodenního vyprávění se AR objevuje, když je nějaká situace spontánně umístěna do biografické souvislosti, v situaci výzkumného rozhovoru může být AR vyvolané například otázkami na celkový životní příběh, anebo také na specifické důležité události, jako například sebe-definující vzpomínky anebo body zvratu.

AR zahrnuje dva typy zdůvodňování, a to přispívající ke udržení stability a také směřující k vysvětlení změny v čase. Zdůvodňování, které vysvětluje stabilitu, se děje například pomocí tzv. exemplifikace, kdy se obecné tvrzení o vlastní osobě (například nějaký rys osobnosti) podloží jednou anebo více specifickými situacemi, případně naopak, při popisu situace se tato propojí s obecným tvrzením („Zase se mi něco stalo... já jsem prostě takový“). Další možností narativní konstrukce stability, nebo shody v čase, je tzv. ne-já situace, kdy se na popisované situaci dokládá, že není pro vyprávějíčího typická. Ještě další možností je srovnání dvou situací v čase, které dokládají stejný typ zkušenosti („To se mi děje pořád“) (Habermas & Köber, 2014).

Další funkcí AR je vysvětlení změny v čase, a to tím, že se takzvaně „přemost'uje změna“ (Tilman Habermas & Köber, 2014, s. 15). Nejjednodušší forma probíhá pomocí referencí k vlastnímu vývoji, případně určité zážitky mohou být popisovány jako formující anebo určité netypické chování může být dáno do kontextu s biografickým pozadím (např. „Když viděl, jak se na nás valí auto, zpanikařil. Když byl malý, srazilo ho auto“). Další možností tohoto typu zdůvodňování je propojení vyprávěné situace s biografickými důsledky („Od té chvíle bylo všechno jinak“) (Tilman Habermas & Köber, 2014).

Autobiografické zdůvodňování je ve své podstatě proces velmi podobný integrativnímu typu reminiscence (Watt & Wong, 1991) anebo i Butlerově pojmu bilancování „Life review“ (Butler, 1963). Hodnotící a integrující pohled na svou minulost vždy zahrnuje procesy AR (Tilman Habermas & Bluck, 2000).

4.3 Negativní zkušenosti a jejich narativní zpracování

Dobrý život nevyhnutelně obsahuje i negativní anebo těžké životní zkušenosti. V anglicky psané literatuře se ujal pojem „nadir²⁰ experiences“. Tyto zážitky jako subjektivně pociťovaná nejhorší období v lidském životě poprvé popsal a definoval Thorne (1963) jako opak vrcholných zážitků (Maslow, 1962). Lidé ve svých nejhorších zážitcích popisovali „smrt, nemoci, tragédie, ztráty, degradaci self“ (Thorne, 1963, s. 249) a typické ve vyprávění o těchto zážitcích jsou silné negativní emoce jako zklamání, bezmoc, zoufalství (McAdams, 1995). Zatímco vrcholné zážitky člověku poskytují pocity intenzivního štěstí a jednoty se světem (Maslow, 1962), v momentu nejhoršího zážitku dochází k pocitům osamění a zranitelnosti, ztrácí se „předvídatelný a bezpečný svět“ a často přichází dramatická změna v životě (Stagg, 2014).

Zatímco role narativního zpracování vrcholných zážitků pro budoucí vývoj vyprávějícího zatím není úplně zřejmá (Whitehead & Bates, 2016), mnohem více studií se věnuje narativnímu zpracování negativních událostí, jejichž konstruktivní zpracování je důležitou podmínkou dosažení osobní pohody a štěstí (King, 2001; Lilgendahl & McAdams, 2011; McLean et al., 2007). Strukturování negativních událostí do narativní formy napomáhá integraci myšlenek a emocí, které jsou spojeny s těmito událostmi. Tento proces podporuje zvládání, jelikož konstruovaný příběh dodává určitý pocit rozřešení a související emoce jsou tak lépe regulovatelné (Pennebaker & Seagal, 1999). Těžké události, které se nezpracují narativně, mohou vyústit do přetrvávajících negativních myšlenek a pocitů.

Přínos narativního zpracování se ukázal i ve studiích truchlení. Úspěšná asimilace ztráty a truchlení do životního příběhu může poskytnout pozůstalým smysluplné vysvětlení jejich ztráty (Neimeyer, 2006). Ale pokud je z nějakých důvodů tato asimilace nemožná, ztráta může narušit základní témata a přesvědčení životního příběhu a vyústit do „zdlouhavého hledání smyslu“ (protracted search for meaning) (Neimeyer, 2006, s. 143) a chronického truchlení.

V souvislosti s narativním zpracováním negativních událostí je často citovaný výzkum (King, 2001), která se věnovala otázce, zda a jak souvisí narativní zpracování negativních

²⁰ Nadir – z angl. úplné dno, nejhorší období

událostí s konstrukty životní pohody a zralosti ega u lidí, kterým se narodilo dítě s Downovým syndromem. Sběr dat proběhl ve dvou fázích, v první fázi 87 respondentů vyplnilo psychometrické škály a psali narativy se zadáním: „Prosíme, napište o momentu, kdy jste se poprvé dověděli, že vaše dítě má Downův syndrom. Buďte tak detailní, jak je to jen možné, napište to jako příběh“. Druhá fáze sběru dat se uskutečnila následně po dvou letech, zde se sbírala jenom psychometrická data. Ze zjištění vyplynulo, že osobní pohoda souvisela s pozitivním vyústěním příběhů a také s narativní konstrukcí nazvanou „foreshadowing“ (respondent konstruuje příběh tak, že již před sdělením diagnózy něco tušil, něco naznačovalo, že dojde k negativní události). Nejvýraznější narativní vzorec, který byl typický pro zralé respondenty (s použitím Leovingerova (1976) konceptu vývoje ega), byla akomodace, operacionalizovaná jako kombinace 1. úrovně paradigmatického posunu (paradigm shift) ve vnímání světa, 2. explorační (jak moc participant popisuje svoje obtíže ohledně změny) a 3. aktivní versus pasivní zapojení autora v příběhu.

Jenifer Palsová (2006) zkoumala narativní zpracování traumatických událostí a označila zde dvě hlavní charakteristiky, které mohou být přínosné pro rozvoj osobnosti: 1. explorační narativní zpracování nastává, když je vypravěč příběhu otevřený průzkumu svých ambivalentních myšlenek a pocitů ohledně negativního zážitku a tedy i případné reinterpetaci self. Tento typ zpracování dle výsledků pozitivně souvisel se zralostí ega. 2. koherentní pozitivní vyústění příběhu znamená schopnost najít v příběhu pozitivní smysl, dát těžkému příběhu dobré zakončení. Tato tendence se potvrdila jako významně související s resiliencí a osobní pohodou (Pals, 2006).

Pokud jsme schopni vyprávět příběh o těžké situaci anebo těžkém životním období tak, že vyprávění vyústí do koherentního a pozitivního závěru, pak i příběhy, které si ohledně tohoto těžkého období vytvoříme, se stanou s velkou pravděpodobností sebedefinujícími pro naše self (Singer, & Blagov 2013). Budou to vzpomínky, které nám budou v nejtěžších chvílích připomínat naši schopnost vyrovnat se s adversitou (Pals, 2006).

Podobná zjištění vyplývají i z literatury o fenoménu posttraumatického růstu, který označuje případy, kdy jedním z důsledků traumatické události je i osobní růst (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2007). Lidé, kteří zažili traumatickou událost, mohou například popisovat zlepšení ve vztazích, rozvinutější soucit k druhým, větší schopnost vážit si života a větší osobní sílu. Pro to, aby takový proces nastal, se ukázala jako stěžejní tzv.

centralita události, tedy nakolik je traumatická událost centrální pro identitu dané osoby (Boals, Steward, & Schuettler, 2010; Lancaster, Kloep, Rodriguez, & Weston, 2013), týká se jejich jádrových přesvědčení (Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007). McAdams a Jones doplňují, že z pohledu narativního zpracování zde jde o to, do jaké míry se člověk po traumatickém zážitku „pustí“ do zkoumání dopadu události na sebe sama, na svoje self. V případech, kde dochází při narativním zpracování traumatické události k větší distanci od self, je dosažení růstu méně pravděpodobné (McAdams & Jones, 2017).

Autorky Kate McLeanová, Monisha Pasupathiová a Jenifer Palsová se věnovaly výzkumu tzv. „situovaných příběhů“, tedy příběhů, které lidé vyprávějí v běžném denním životě (2007). Narušující (disruptive) anebo nedořešené zážitky mají větší pravděpodobnost, že budou narativně konstruovány a vyprávěny, a to i z důvodu, že příběhy, popisující události obsahující narativní moment narušení anebo nedořešení, jsou jednoduše zajímavější, „jak přiznávají mnozí autoři beletrie, psát příběhy o dobrých věcech je těžké“ (McLean et al., 2007, s. 272).

Příběhy o těžkých událostech mají také větší pravděpodobnost, že budou „zařazeny“ do životního příběhu. Ukazuje se silná souvislost mezi narací negativních událostí a utvářením smyslu (meaning making), což implikuje, že při vyprávění o těžkých událostech jsou lidé víc motivováni k hledání porozumění a vhledu. Takové narativní zpracování ze své podstaty musí zahrnovat i procesy autobiografického zdůvodňování, a tedy přímo ovlivňuje celkový životní příběh (McLean et al., 2007).

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část této práce se skládá ze tří studií, které pojí jednotné téma narativní analýzy příběhů změny v psychoterapii. Všechny tři studie pracují s daty, které byly sbírány v rámci větší studie s využitím smíšených metod GAČR 14-35577S „Účinné faktory a efektivita skupinové psychoterapie v ČR“, a to zejména její kvalitativní části, která sestávala z opakovaných rozhovorů s vybranými klienty denního stacionáře Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET v Praze.

5.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Celkovým výzkumným cílem této studie je pochopit a popsat charakteristiky narativní konstrukce příběhů o změně ve skupinové psychoterapii, a to u konkrétního vzorku pacientů denního stacionáře, zaměřeného na úzkostné a psychosomatické problémy a deprese. První studie se zabývá otázkou, jaké jsou narativní charakteristiky příběhů úspěšné změny. Pracuje s užším výběrem osmi klientů, kteří dle objektivních ukazatelů měření změny v psychoterapii dosáhli klinicky významnou změnu. Druhá studie je detailní sondou do procesu změny u tří protagonistů, kteří byli společně v jedné skupině, a zaměřuje se především na roli konfliktu při dosažení změny v psychoterapii²¹. Ve třetí studii bylo naším cílem nalezení typů narativní konfigurace a pracuje se vzorkem 16 participantů. V úvodní kapitole budou představeny ty části metod, které jsou pro všechny studie společné.

5.2 Metody

Všechny tři studie jsou realizovány za použití kvalitativních metod, i když k výběru participantů ve studii č. 1 byly použity i kvantitativní ukazatele dosažené změny v psychoterapii. V rámci kvalitativních metod byla použita metoda narativní analýzy, a to zejména kategorická a ve třetí studii také globální (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998; Chrz, 2007).

Studie

²¹ Tato studie byla publikována v časopisu Psychoterapie: Dubovská, E., Chrz, V. (2019). Konflikt a změna v skupinové psychoterapii: narativní případová studie. Psychoterapie (2). V dalším textu již citace není uváděna.

Studie byla součástí tříletého projektu, zaměřeného na výzkum efektivity a faktorů psychoterapie v denních stacionářích pro léčbu úzkostných poruch a deprese. Léčba trvala 3 měsíce, klienti docházeli do stacionáře vždy v pracovní dny. Sběr dat probíhal v letech 2014 až 2016, z celkového počtu $n = 220$ klientů (celkově 21 skupin v délce trvání 12 týdnů) v kvantitativní části projektu se rozhovorů v kvalitativní části účastnilo 32 klientů.

Léčebný program

Denní stacionář pro pacienty s úzkostnými, depresivními a psychosomatickými problémy má standardní délku trvání 12 týdnů. Klienti docházejí do prostor kliniky, kde od rána probíhá skupinová psychoterapie (integrativního typu, se zaměřením na interpersonální dynamiku). Odpoledne mají klienti doplňkový program, jako jsou nácviky relaxace, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie. Mezi další specifika terapeutického programu patří životopisní skupiny, setkání s rodinnými příslušníky, společná vycházka a týdenní rekapitulace.

Terapeuti

Studie se v průběhu tří let účastnilo 5 terapeutů (z toho 3 ženy, byli to 4 kliničtí psychologové a 1 psychiatr) a 2 psychiatrické sestry jako koterapeutky. Dva terapeuti a jedna sestra se hlásí k psychodynamickému směru, 2 terapeuti k terapii zaměřené na klienta a 1 terapeut a jedna sestra jsou existenciálního zaměření. Průměrná délka praxe terapeutů byla 8 let (minimum dva roky, maximum 35 let).

Nástroje pro měření efektu psychoterapie

V kvantitativní části projektu se měřila účinnost psychoterapie v 6. a ve 12. týdnu léčby pomocí dotazníků CORE-OM (Juhová, et al., 2018) a SCL 90 - R.

5.3 Výběr výzkumného vzorku

Kvalitativní části projektu, zaměřené na subjektivní porozumění dosažené změně, se účastnilo 32 klientů, kteří se k rozhovorům dobrovolně přihlásili na začátku stacionáře, z každé skupiny se rozhovoru účastnili většinou jeden až tři klienti na základě dobrovolnosti. Klienti byli vybráni náhodně z těch, kteří na začátku léčby označili ve vstupním formuláři, že souhlasí s účastí na rozhovorech. Za účelem vyváženosti vzorku byli ve spolupráci s terapeuty osloveni i klienty, kteří neměli pozitivní přístup k terapii.

5.4 Etika

Studie byla schválena etickou komisí PVŠPS. Všichni klienti podepsali informovaný souhlas (příloha č. 1). Před začátkem každého rozhovoru byli klienti informováni o svém právu kdykoliv svou účast ve výzkumu odvolat a o naprostém zachování jejich anonymity. Data byla anonymizována tak, že byla změněna jména klientů i některé další charakteristiky.

5.5 Průběh rozhovorů

Rozhovory byly realizovány v 6. a ve 12. týdnu stacionáře a následně 9 až 10 měsíců po ukončení léčby. Celkově se v kvalitativní části účastnilo 32 klientů, z toho 8 klientů terapii nedokončilo, anebo nebyli z jiných důvodů schopni poskytnout druhý rozhovor při ukončení léčby. Druhý rozhovor tedy poskytlo celkem 24 klientů. Třetí, katamnestický rozhovor po 9 až 10 měsících od ukončení léčby poskytlo celkem 16 klientů. Celkově tedy bylo sebráno celkem 72 rozhovorů o průměrné délce 42 min. (nejkratší rozhovor měl délku 23 minut, nejdelší 76 minut), co představuje 50 hod. a 24 min. audiozáznamu.

Scénář rozhovoru byl polo-strukturovaný, zaměřený na změnu, klientovo pochopení změny a terapeutické faktory (co pomáhá). Rozhovor začínal delší narativní částí, s otázkou: „Prosím, vyprávějte mi tak nějak od začátku – jaké to tady pro vás je, jak se tady máte?“ Následně byly kladeny otázky dle připraveného scénáře s využitím otázek Client Change Interview Protocol (Elliott, 2010) a Narrative Assessment Interview (Hardtke & Angus, 2004)

Hlavní okruhy rozhovoru byly: co se změnilo; v co klienti doufali, že se změní a nezměnilo se; změnilo se něco k horšímu; jak těmto změnám rozumí; nejsilnější a nejtěžší momenty v terapii; pomáhající/bránící faktory terapie. V katamnestických rozhovorech byla první otázka (výzva k vyprávění) pozměněna na: „Vyprávějte mi, prosím, jak se máte od ukončení stacionáře.“ V rozhovorech byl kladen důraz na to, aby měli klienti dostatek prostoru vyjádřit se ke všem aspektům svého prožívání jak v stacionáři, tak i mimo něj, na některé odpovědi jsme se doptávali (například způsobem: můžete mi to, prosím, ještě vysvětlit? co to pro vás znamená? apod).

Rozhovory se konaly po dohodě s účastníky výzkumu vždy odpoledne po ukončení stacionáře, v místnosti, kde probíhal skupinový program, a byly vedeny individuálně

celkově třemama tazateli (sama jsem realizovala 64 rozhovorů, dalších 8 rozhovorů realizovali mí studenti v rámci diplomových prací, oba psychologové, s ukončeným psychotherapeutickým výcvikem humanistického zaměření). Katamnestické rozhovory se konaly na domluveném klidném místě (čajovna, práce nebo i v domácnosti účastníka výzkumu). Rozhovory byly následně přepsány doslovně (verbatim), včetně poznámek zachycujících delší ticho (ticho) a nahlas vyjádřené emoce (smích, pláč).

5.6 Reflexe vlastní zkušenosti a důvěryhodnost výzkumu

Do realizace rozhovorů jsem šla s tím, že jsem už měla o fungování psychoterapie vytvořenou představu. Tato představa byla ovlivněna jednak čerstvě ukončeným magisterským studiem psychologie, čtením odborné literatury, ale hlavně vlastním psychotherapeutickým výcvikem, kde jsem zažila „sílu skupiny“ a viděla na druhých i sama na sobě zakusila výrazné změny. Zaměření mého výcviku bylo daseinsanalytické, co mělo určitě velký vliv na to, jak jsem pro sebe konceptualizovala změnu v psychoterapii. Dále jsem v průběhu studia absolvovala tři-měsíční stáž jako ko-terapeutka na Klinice ESET, právě v jednom z těch stacionářů, které později byly předmětem výzkumu. Takže jsem poznala i perspektivu ze strany terapeutů.

Nejenom daseinsanalýza, ale celkově humanistický přístup k psychologii a psychoterapii na mě měl v době rozhovorů, a má dodnes, velmi silný vliv. Po ukončení výcviku jsem se často zúčastňovala seminářů o daseinsanalytickém vedení rozhovoru a daseinsanalytickém výkladu snů, kde jsme trénovali fenomenologický přístup k vedení rozhovoru, který je velmi podobný například přístupu PCA. Tato zkušenost formovala můj přístup k vedení výzkumných rozhovorů. Zejména jsem se snažila vést výzkumné rozhovory takovým způsobem, který by umožnil participantům vyjádřit to, co skutečně cítí a co si myslí, bez přílišného podsouvání externích obsahů. I tak se několikrát stalo, že jsem v průběhu rozhovoru s participanty takzvaně vypadla z role výzkumníka a byla na chvíli v roli terapeuta, zejména když se jednalo o těžší, emočně nabitá témata. Snažila jsem se omezit tento vliv na minimum.

Při přípravě a realizaci studie jsem se řídila doporučeními pro zvýšení důvěryhodnosti kvalitativního výzkumu (Lincoln, & Guba, 1985) a také doporučeními pro narativní analýzu (Riessman, 2008, Čermák 2002). V průběhu sběru dat jsem si psala výzkumný

deník, kam jsem zapisovala různé postřehy z rozhovorů jako emoce, nápady, problémy. V průběhu analýzy dat byl udržován tzv. auditní záznam, většinou ve formě audionahrávek diskusí se supervizorem analytické části práce. Diskuse se věnovaly zejména hledání významů a souvislostí v datech a mých možných zkreslení.. Můj příklon k humanistické psychologii mohl zvýraznit i některé významy, které jsem nacházela v procesu analýzy, a to zejména koncepty aktérství, hledání smyslu, autenticity.

V tomto typu výzkumu výsledky nemůžou být hodnoceny z pohledu možné replikace výzkumu a z výsledků se nedají vyvozovat žádné obecné závěry. Důvěryhodnost zjištění by měla být posuzována na základě „koherence, smysluplnosti, sdělnosti a dialogičnosti“ (Čermák, 2002, s.14).

6 STUDIE I

Úspěšné příběhy změny ve skupinové psychoterapii

Otázce, jak funguje psychoterapie a jak vlastně probíhá proces změny v psychoterapii, byl v posledních desetiletích věnován velký objem odborné literatury a doposud nedošlo ke shodě (Kazdin, 2009). Podle mnohých autorů se ve výzkumu procesů změny v psychoterapii opomíjí nejdůležitější faktor – faktor klienta (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016; Marken & Carey, 2015). A přitom právě takzvaný faktor klienta má ze všech terapeutických faktorů na úspěšnosti psychoterapie největší podíl (Asay & Lambert, 1999; Levitt et al., 2016). Bohart & Wade (2013) považují rostoucí tendenci dívat se na proces psychoterapie pohledem klienta za jakousi změnu paradigmatu – klienti nejsou pasivními příjemci intervencí, stupeň jejich zapojení silně ovlivňuje výsledek terapie: „Klienti průběžně přehodnocují, co se děje v terapii, a pak aktivně pracují na tom, aby vývoj odpovídal jejich záměrům“ (Bohart 2010, s. 89).

Aktivní podíl klienta na výsledku psychoterapie se opětovně ukazuje jako rozhodující v mnoha studiích: Mackrill (2008) při studiu deníků klientů zjistil, že klienti svým vlastním způsobem aktivně integrovali zkušenosti z terapie. David Rennie ve své rozsáhlé sérii studií ukázal klienty jako aktivní a reflexivní aktéry, kteří jsou schopni ovlivňovat proces psychoterapie podle svých potřeb (Rennie, 1990, 1994, 2001, 2004). Moertl & Von Wietersheim studovali terapeutické faktory v denním stacionáři a zjistili, že klienti pracují na své změně i mimo terapii, například tím, že řeší svou terapii v rozhovorech s rodinou a přáteli, čtou svépomocnou literaturu anebo přemýšlejí o dění v terapii (Moertl & Von Wietersheim, 2008).

Zajímavý pohled, a to z větší časové perspektivy, nabízí výzkum Kuhnlein (1999), která realizovala 49 rozhovorů s bývalými pacienty psychiatrického oddělení, kteří absolvovali KBT psychoterapii. Rozhovory byly realizovány s dvouletým odstupem po ukončení terapie. Cílem bylo sledovat, jak se zkušenost psychoterapie odrazí v životním příběhu, a

data byla vyhodnocena z perspektivy teorie schémat. I když tato studie se neprezentuje jako narativní, ukázalo se, že subjektivním kritériem efektivity terapie bylo nalezení vysvětlení pro nemoc v rámci vlastní životní historie, tedy nalezení jakési „autobiografické návaznosti“ (Kühnlein, 1999, p. 278)

Změna v psychoterapii z pohledu narativních teorií

Následkem tzv. narativního obratu ve vědách o člověku (Bruner, 1986; Sarbin, 1986; Mischler, 1986; Polkinghorne, 1988) je také výzkum psychoterapie již několik let ovlivněn nárůstem zájmu o metaforu životního příběhu. Psychoterapeuti různých teoretických zaměření stále častěji pracují s příběhy a příběhovostí klientů, „artikulace a konsolidace emočně koherentního životního příběhu se stává důležitou součástí procesu změny v psychoterapii a základem pro trvalou osobní změnu“ (Angus & Kagan, 2013, p. 526).

Významným příspěvkem k narativním výzkumům změny v psychoterapii je například dílo Jonathana M. Adlera, který se na změnu dívá z perspektivy teorií narativní identity, tedy internalizovaného a neustále se vyvíjejícího příběhu self (McAdams, 1996, McAdams, 2001). Hlavními narativními konstrukty, kterými se Adler zabýval, a to zejména ve studiích psaných narativů u klientů do 5 let po absolvování psychoterapie, byly narativní koherence (Adler et al., 2008) a koncept narativního aktérství jako „narativní instance jedné z hlavních psychologických sil, tvarujících lidský život, související s autonomií individua, dosahováním jeho cílů, dovednostmi, schopností ovlivňovat směřování svého života“ (Adler, 2012, p. 368).

Ve studii psaných narativů o psychoterapii byla zjištěna souvislost mezi narativní koherencí a osobní zralostí (Adler et al., 2007). V další studii se zase ukázalo, že klienti, jejichž psané narativy o léčbě vykazovaly vysokou míru aktérství, mnohem pravděpodobněji dosahovali lepší úrovně životní pohody a osobní zralosti (Adler et al., 2008). V náročném designu longitudinální studie, ve které klienti po dobu 12 měsíců psali rozsáhlé narativy po každém terapeutickém sezení, se ukázalo, že zvýšení úrovně aktérství predikovalo terapeutickou změnu (Adler, 2012).

Hlavním cílem této studie je popsat, jaké jsou narativní charakteristiky příběhů úspěšné změny, aneb co je typické pro příběhy změny klientů, kteří se ve skupinové psychoterapii uzdravili anebo výrazně zlepšili, klientů, kteří si takzvaně dokázali „vzít z terapie maximum“.

6.1 Metody

Kvalitativní části studie se celkově účastnilo 32 klientů. Pro tuto studii jsme zvolili ještě užší výběr, a to 8 klientů, kteří na základě měření účinku psychoterapie vykázali klinicky signifikantní změnu (Jacobson & Truax, 1991) a byly s nimi realizovány minimálně dva rozhovory

Demografické vlastnosti vybraného vzorku jsou zobrazeny v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1. Demografické vlastnosti vzorku

přezdívká	věk	vzdělání
Anna	38	VŠ
Eva	23	SŠ
Hanka	43	SŠ
Zuzana	46	VŠ
Lenka	26	SŠ
Marie	44	VŠ
Petr	49	SŠ
Milan	22	SŠ

Analýza dat

Narativní analýza přepisů rozhovorů byla provedena ve třech na sebe navazujících krocích: prvním krokem bylo otevřené kódování a identifikace vynořujících se způsobů ztvárnění zkušenosti. Druhý krok spočíval v opakované „zig-zag“ anebo zdola-nahoru / shora-dolů analýze, pro kterou byl charakteristický pohyb od identifikovaných vzorců ztvárnění zkušenosti k narativním konceptům a teoriím²² a pak zas zpátky k datům, s cílem sestavení analytického schématu a kategorií (tabulka č. 2). Třetí fáze analýzy spočívala v opětovné analýze všech dat, teď už ale z pohledu vytyčených kategorií.

²² Hlavní inspirací pro výběr analytických kategorií byla teorie V. Chrze (2007).

Tabulka č. 2 Analytické kategorie

Kategorie narativní analýzy	Definice kategorie	Příklady
Témata změny	akující se vzorec přání a záměrů: o čem je změna?	<ul style="list-style-type: none"> • pochopit a přijmout svou minulost • dokázat se za sebe postavit • naučit se mluvit o těžkých věcech
Aktérství	Kompetence jednat s ohledem na okolnosti, schopnosti a cíle	<ul style="list-style-type: none"> • objevení vlastní kompetence k jednání • systematické autorské aktérství v kontrastu k otevřenějšímu, impulzivnějšímu aktérství
Narativní pozice	Konstrukce pozic, ve kterých klienti přijímají určitou odpovědnost: jak se klienti sociálně umisťují?	<ul style="list-style-type: none"> • já vs. členové skupiny • já vs. celá skupina • skupina vs. ostatní svět
Hodnoty a přesvědčení	povědi na výzvu „potíže“ jako specifické systémy hodnot a přesvědčení: co je dobré? Oč má cenu v souvislosti se změnou usilovat?	<ul style="list-style-type: none"> • vysvětlování a zdůvodňování • zhodnocování a přehodnocování • hledání smyslu, smíření

6.2 Zjištění

I. Témata změny

Témata změny chápeme jako výchozí kategorii analýzy, a to nejen z důvodu její jednodušší uchopitelnosti, ale také proto, že vhodně otevírá a představuje povahu zkoumaného materiálu. V rozhovorech o změně v psychoterapii dávají klienti vždy určitý výraz tomu, „o čem jejich změna je“, přitom toto „něco“ chápeme jako téma.

Podle McAdamse (1993) je „téma“ opakujícím se vzorcem lidských přání a záměrů, tj. tím, co člověk chce a sleduje v čase.

Ve svých příbězích změny se všichni vybraní klienti snaží nějak uchopit svoji situaci a konstruovat příběh umožňující porozumění svým psychickým problémům a cestě k vyléčení. Za účelem umožnit pochopení každého klienta v jeho jedinečné situaci budou témata v této kategorii představena pro každého účastníka zvlášť.

Tabulka č. 3 Témata změny

<p>Eva</p> <ul style="list-style-type: none"> – znovunalezení sebe sama a svých hodnot, „<i>postavit se za sebe a stát si za tím</i>“ – nebát se říkat svůj názor – „coming out“ před přáteli – přiznat si nemoc je osvobozující – přehodnocení vztahů s rodiči – nemusí se vším souhlasit – nesouhlas nebude potrestán
<p>Zuzana</p> <ul style="list-style-type: none"> – byla ve svém zaměstnání „<i>příliš hodná</i>“ a neznala své hranice – odpuštění a pochopení své matky – sebezpřijetí: ona je ta, která „<i>jde věčně proti proudu</i>“ – dělat něco, co má větší smysl
<p>Marie</p> <ul style="list-style-type: none"> – „<i>nechala se zavést takhle daleko</i>“ – nerespektovala své hranice v práci – uvědomuje si, že se vždy příliš podřizovala ostatním – lepší pochopení svého manžela, díky jinému členu skupiny – chce alespoň část svého času věnovat „<i>práci, která má smysl</i>“ – je aktivní typ, nemůže sedět v kanceláři a vyřizovat papíry: rozhodnutí, že změní práci
<p>Lenka</p> <ul style="list-style-type: none"> – sebezpřijetí: „<i>Mám v sobě díru, kterou musím nějak zalepit, a můžu to udělat jenom já sama</i>“ – vyrovnání se s bolestivým rozchodem po dlouhodobém vztahu – znovu otevírá trauma ze zneužívání v dětství – učí se mluvit o těžkých věcech, podpora skupiny „<i>strašně pomáhá</i>“
<p>Milan</p> <ul style="list-style-type: none"> – postavit se sám za sebe, dělat věci podle sebe – nemít kvůli všemu výčitky svědomí – skupina mu pomáhá v období, kdy se osamostatňuje od rodičů a hledá si první práci
<p>Petr</p> <ul style="list-style-type: none"> – přebrání odpovědnosti za svůj život, „<i>Nikdo to za mne nerozhodne, musím sám</i>“ – rozhodnutí odejít od rodiny a od manželky – poznat a prosazovat své práva – vlastní iniciativa, „<i>popasování se s nabídkami změn</i>“

Anna

- uvědomění si toho, jak je důležitá otevřenost ke všemu, co se děje v terapii
- dokázala se za sebe postavit v konfliktu s dalším členem skupiny
- podobně i v životě se učí „*ustát si to svoje, nepřizpůsobovat se*“
- přehodnocení vztahů v rodině, otec je „*sobec a pokrytec*“

Hanka

- byla k ostatním „*příliš hodná*“
- díky zpětné vazbě členů skupiny zjistila, že není tak špatná, jak si myslela: „*Bylo skvělé zjistit, co ti lidé vidí doopravdy, a ne co si myslím, že vidí*“
- pochopení toho, co se jí dělo v dětství – byla často sama, opuštěná, zanedbaná
- ukončení nevyhovujícího vztahu v důsledku zvýšení sebeúcty, uvědomila si, že „*stojí sama za to*“

II. Aktérství

Člověk ve vyprávění rozvrhuje určité uspořádání sebe a druhých jakožto aktérů či příjemců akcí a situuje se do určitých pozic, v nichž přijímá určitou míru odpovědnosti za to, co dělá a co se kolem něj děje. Konstruuje tím určitý způsob aktérství (svého i druhých), určitou kapacitu jednat vzhledem k okolnostem (Chrz, 2007). Aktérství souvisí s kapacitou ovlivnit směřování našeho života a je silně provázáno s naším pocitem smyslu (Adler, 2012). V kontextu studování změny v terapii se ptáme: kdo, co dělá změnu, kde se bere a jaká je kapacita jednat, nakolik je dosažení změny v moci, kontrole, vlivu aktérů a jaké jsou způsoby tohoto aktérství.

Ve zkoumaných narativech je častým úkazem moment jakéhosi objevení, vynoření anebo nalezení aktérství, jako vlastní kompetence, jakési „re-autorizace“ jednání (Epston, White, 1992). Tyto momenty jsou většinou popisovány jako významné události v terapii, a dokonce k tomu někdy dochází až po ukončení terapie. Klienti hovoří o momentech, kdy si uvědomili, že změna je v jejich režii, že mají na svou změnu vliv a že si to můžou dovolit. Vyprávějí o tom, jak si uvědomili, že se můžou „postavit sami za sebe“, že se konečně „postavili na svoje nohy“, že zjistili, že „stojí za to“, aby udělali „něco pro sebe“.

Anna popisuje, jaký význam pro ni mělo vyřešení konfliktu s členem skupiny, kde ona se postavila sama za sebe, i když skupina od ní čekala větší toleranci:

„Takže jako nemám plnou radost z toho, že jsem se mu nějak vysmívala, ale upřímně (smích) cejtim, jako od té doby, jako kdyby se ve mně něco zlomilo, i když

jako skupina mě trošku odsoudila... jsou na jeho straně, tak já jsem se tam jako tak strašně postavila na svoje nohy, úplně definitivně jsem se jakoby kdybych se tam proměnila v ženu, jako prostě v dospělou ženu.“

Hanka popisuje, jak se asi dva měsíce po ukončení léčby začaly dít změny v jejím přístupu k sobě, jak si uvědomila, že „stojí sama za to“:

„No, nejdřív se jakoby nedělo nic, potom konec února, spíš ten březen, duben ehm... se to začalo nějakým způsobem jako kdyby ehm... dít samo, jo, jako kdyby to prostě přišlo samo od sebe, pak jsem ehm... řešila dycky chvilka nějaký problém, nad kterým jsem přemýšlela... a pak jsem jakoby, teda podle toho nějak jednala, a jednou jsem si uvědomila... jsem si prostě jakoby v sobě řekla, že stojím sama za to, abych... ehm... abych si jakoby taky dopřála něco pro sebe... že prostě si ohlídám, to co je pro mě důležitý a... na tom není nic špatného.“

Ve vyprávění klientů se aktérství projevuje zejména v aktivním postoji zaměřeném na dosažení změny, „práci na sobě“, postavení se sám/sama za sebe. Klienti vyprávějí o tom, jak bojují se symptomy, jak jsou odhodláni jít „naplno“ do terapie, i když to je někdy bolestivé, a také jak i v životě mimo terapie přijímají výzvy životních situací a podstupují jednání, které je odpovědí na tyto výzvy. Typické je používání první osoby jednotného čísla.

Jak již bylo zmíněno, u některých klientů se kapacita pro aktérství objevuje až v průběhu terapie, a projeví se většinou jako náhlé uvědomění si své nové možnosti jednat. Pokud se ale díváme na projevy aktérství obecně, rozlišili jsme v našem vzorku dvě hlavní tendence, anebo „typy“ aktérství, které se liší tím, nakolik je změna plně v režii aktéra.

Aktérství Evy je příkladem systematického, autorského aktérství, možná by se dalo říct trochu umanutého. Eva drží svůj přístup ke změně pevně v rukou, má to pod kontrolou, neopouští nic náhodě. Eva vypráví o tom, jak si začala sama od sebe (bez doporučení terapeutů) psát deník s cílem připravit se předem na své vystoupení na skupině: Eva má jasný cíl – chce získat z terapie maximum. Příležitost, že se účastní psychoterapie, vnímá jako jedinečnou šanci, kterou musí využít naplno. Chce to udělat

co nejlíp, vytěžít z toho co nejvíc, jedná se o specifickou podobu režie – mít to pod kontrolou, nenechávat to náhodě:

„Já jsem si, já jsem si včera začla psát deník. Říkala jsem si, že, že mi to třeba pomůže, když si jako na skupině vezmu jako to slovo, takže si doma nejdřív jako promyslím to, že tam jako, že to jako napíšu, pak si to znova jako přečtu, tak mě... Třeba dneska jsem si vzala skupinu a to, že jsem si to včera nějak jakoby sepsala, tak mi jako to nějak jako pomohlo dát tomu, já nevím, hlavu a patu nebo nějakou kostru.“

Dále Eva říká, že nechce, aby jí ostatní členové skupiny šetřili, chce, aby jí řekli všechno, co jim na ní vadí, na čem by měla pracovat, protože se chce zlepšit a zlepšovat. Opět je její přístup ke změně plně v její režii:

„Ze začátku to bylo takový, že jsme k sobě byli takoví jako hyper jako, hyper tolerantní trochu jako... A tak. Jako já tady jako zastávám názor jako, jen houšť do mě, jo? Že když si jako nebude brát tady jako někdo ke mně servítky, tak pro mě to bude jako jediné dobře, že jo?“

V kontrastu k aktérství Evy je tady aktérství Petra, které je jaksi otevřenější, receptivnější vůči nabídkám, jež přicházejí zvenčí, a to vždy o něco dřív, než je na ně připravený. Petr prostě umí nechat tyto nabídky a nové možnosti k sobě přicházet a reaguje na ně aktivním způsobem. Jeho režie není kontrolující ani umanutá, ale naopak otevřená a možná také trochu impulzivní.

Petr vypráví o tom, jak dostal nečekanou velmi dobrou nabídku na práci, tak nabral odvalu a znovu po malých krocích začal znovu jezdit jako profesionální řidič, a to i navzdory tomu, že právě za volantem se u něho před léčbou objevovaly těžké úzkostné stavy:

„P: Od toho stacíku přicházej změny a nabídky změn, který já vnímám a který jsou vždycky o trochu rychlejší než jsem já. To znamená, že chvilku před tím, než jsem připravenej, tak přijde nějaká možnost změny nebo něčeho novýho. Já to musím rychle zpracovat, rychle se dotáhnout, tak abych s tou nabídkou byl srovnanej a abych na to mohl rychle zareagovat, než mi to uteče. No a ve

spoustě věcí se mi to daří. Takže nabídka na práci přišla v momentu, kdy jsem neřídil, tak přišla nabídka na práci řidiče.

T: Jak jste se s tím popasoval?

P: Takže to jsem zpracoval a nastoupil jsem jako řidič a postupně jsem se v tom usazoval tak, abych zvládal situace, kdy mi při řízení je špatně.

T: Jak ste to zvládl?

P: Já si myslím, že jsem si to v podstatě tak nějak rozdejchal za tím volantem. ... Naučil jsem se prostě pracovat se signálama těla a psychiky, hlídat si, kdy začínám být unavenej, a pokud to šlo, tak okamžitě odpočívat a opravdu si to dávkovat. Každou volnou chvíli prostě vypnout, odstříhnout se a dýchat si a šetřit síly v průběhu dne.“

III. Narativní pozice

Mluvčí se aktivně sociálně umísťují, využívají dostupné meta-narativy (anebo dominantní diskurzy) anebo alternativně konstruují vlastní „proti-pozice“ (Bamberg, 2005, s. 588). Některé znaky vyprávění mohou tedy signalizovat pozici mluvčího nebo také jeho hledisko, tedy určité rozvržení ve vztahu k ostatním, a to jak k těm, o kterých se mluví, tak i k těm, se kterými se mluví. Výběrem diskurzivních prostředků lidé typicky vymezují hranice kolem sebe a druhých tak, že se zviditelní individuální rozdíly a příslušnost ke skupinám (Bamberg, 2012).

Narativní pozice se ve vyprávění klientů projevuje několika významnými způsoby:

I.a Positioning já vs. členové skupiny – identifikace

Tento typ narativní pozice může mít několik cílů. Vypravěč se může například identifikovat s chováním/vlastnostmi členů skupiny, třeba mu nějaké chování dalšího člena skupiny může dodat odvalu, aby se podobně choval sám. Například Milan za jeden z nejsilnějších momentů v terapii označil situaci, kdy se jedna spoluklientka, kterou vnímal jako utáhnutou, slabší, dokázala za sebe postavit:

„Silný moment jsem měl, když tam vznikl nějaký konflikt a vlastně jedna z klientek se vlastně postavila tý, dejme tomu tý ublížený osobě, tak mi to připadalo

takový hrozně odvážný a statečný a... a byť jsem věděl, že takové situace jako nezvládá dobře, a přesto do toho šla a ňák se... ňák prostě ten konflikt... to spolu s ní jakoby přijmula, tak to mě hrozně jako překvapilo, no.“

I.b Positioning já vs. členové skupiny – připisování zásluh

Další klienti připisují dalším členům skupiny zásluhu při dosažení svého vhledu – tohle probíhá několika způsoby:

Jednak druzí „nastavují zrcadlo“, na základě čehož si klient zdůvodňuje svou dosaženou změnu.

Anna:

„Vidím jako velmi cenný, že jsme tady věkově rozvrstvený, že vidíme ty svoje problémy v čase. Jako já je tam naprosto vidím, jak se zrcadlej tamhle u holčiny třiadvacetiletý, vidím sebe, před sedmi lety... vidím naši rodinu, kdy jsem byla dítě, skrze příběhy tady padesátníků, jo, je to prostě opravdu hodně cenný, že nejsme pouze vrstevníci, to cítím taky jako velký přínos.“

Druhý člen skupiny může také zprostředkovat pochopení chování klientových blízkých, což následně napomáhá ke změně. Marie popisuje spoluklienta Jana, jehož příběh a i chování ve skupině jí umožnil lépe pochopit svého manžela:

„Vídám tady kluka každé den, kterej je spíš v pozici toho mýho manžela, jeho žena vydělává, on se spíš stará o to dítě, o domácnost a je mi strašně blízký, hned od první chvíle. Je to úžasnej, skvělej člověk, kterej prostě je pomáhající stejně jako muj manžel, a ta žena se chová asi taky občas jako já, tady vidím, jak je mu to nepříjemný. Muj manžel je hodnej a neřekne mi to. Takže, takže za toho Jana fakt děkuju, že tady je, on je strašně rozumnej a má vnitřní klid, kterej mně chybí.... On je pro mě strašnou inspirací.“

Poměrně často vypravěči mluví o tom, že jim pomohlo, když zjistili, že ostatní mají ještě větší problémy než oni sami:

„Já jsem si uvědomila, že měla jsem dojem, že mi život moc naložil, když jsem viděla, kolik naložil jiným lidem, nebo co se komu stalo, tak jsem si říkala, bože jako, vždyť ty nemáš co řešit.“ (Marie)

I.c Positioning já vs. členové skupiny – vymezování se proti druhým

Větší část klientů v rozhovorech konstruuje svojí pozici vůči ostatním klientům s cílem vymezit se proti chování a vlastnostem jiných členů skupiny. Poukazují především na členy skupiny, kteří se podle nich dostatečně nesnaží, nejsou dost otevření, brzdí celou skupinu, zabírají příliš mnoho času s nulovým efektem, všechny návrhy od ostatních odmítají, chovají se nekonstruktivně.

Anna na otázku „co by se tady mohlo změnit k lepšímu“ poukazuje na členy skupiny, kteří se „nikam neposunuli“:

„I si vybavuju, jako, některý postoje těch lidí, kteří se nedokázali přes ně přenést. Anebo neotevřeli se tak, aby jim bylo pomoheno. A to mne jako dost štvalo, i mně to přišla ztráta času. Myslela jsem si, že všichni budou nastaveni takhle, že jsme tady, prostě tak jsme se sem už dostali, aby nám bylo pomoheno, a vlastně po tom čtvrt roce jsem viděla, že vlastně u některých to byly jenom řeči, že jim v tom bylo dobře, jako se někde nechat jako opečovávat, a nešli do toho, do těch bolestnějších věcí, tak aby, ono to zní jako blbě, příležitost, aby ji využili. Měla jsem pocit, že z těch, co tam byli takhle zavřeni, tak se moc neposunuli.“

Marie ke svému postoji ke změně v kontrastu k některým jiným klientům:

„Já jsem asi docela ukázkovej klient. Já vim, co chci. Některý ty lidi ani nevědí, co chtějí. Oni prostě třeba běhají rychle, ale od místa k místu. Takže fakt jsem za to ráda, že jsem tady.“

II. Positioning já vs. skupina a skupina vs. ostatní svět:

Klienti konstruují také umístění se ve vztahu ke skupině, jde o identifikaci se skupinovými cíli, nalezení (anebo nenalezení) pocitu, že klienti do skupiny patří, že se cítí být její součástí. Krásný příklad vývoje své sociální pozice ve vztahu ke skupině a následně také ve vztahu skupina vs. okolní svět zobrazuje ve svém vyprávění Marie:

„... když to přeženu, tak jsem sem přišla a seděly tady strhaný, šedý figury a já jsem byla samozřejmě jednou z nich, ale tak strašně jsem s tím bojovala, že bych radši tady nebyla, protože jsem chtěla se potkávat s těma rozjasněnejma lidma, který mi ale samozřejmě strhávali sebevědomí, a také jsem se s nikým nevidala,

víceméně právě proto, že jsem měla tenhle pocit méněcennosti. Ale najednou vidět jenom zoufalý tváře mě vlastně frustrovalo, nechtěla jsem bejt mezi nima... oni maj problém, to já přece nemůžu bejt stejně hrozná jako oni... jo... i tohle musím přiznat, ale jsem samozřejmě úplně stejná jako oni. A... a mám tu co dělat.“

Pro zdůraznění sounáležitosti vůči skupině je pro některé klienty důležité umístit terapeutickou skupinu ve vztahu k jiným svým sociálním skupinám, jako například srovnávání terapeutické skupiny s tím, jak to funguje/nefunguje v rodině, ve skupině přátel anebo v práci. Zuzanin příběh je silně ovlivněn ztrátou iluzí v současné práci:

„Snažíme se porozumět sami sobě a tím, že všichni jsme na stejné lodi, tak tady, já vůbec tady z nikoho necítím nějaký, tady že by někdo dával najevo, já nevím, že to je hloupý problém, nebo něco takového, že tady vládne prostě taková atmosféra porozumění, což... když vyjdete za tyhle ty zdi, tak se s tím člověk těžko setkává, zvlášť potom v zaměstnání, kde je všechno takové soutěžní a konkurenční a být nejlepší a bez chyby, jedině takový člověk může být úspěšný, a takhle pohlíží společnost na ty lidi, a my, kteří se cítíme nějakým způsobem oslabení, díky nějaké nemoci nebo naší historii, tak se nám těžko srovnává krok s těmi ostatními lidmi.“

IV. Hodnoty a přesvědčení

Ztvárnění života v autobiografických rozhovorech v sobě často obsahuje různá pojetí toho „co je dobré“, „oč má cenu usilovat“ či „jak je správné jednat“ (McAdams, 1988, Chrz, 2007). Narativní konstrukce zhodnocuje určité cíle a zdůvodňuje či ospravedlňuje jednání aktérů, které směřuje k naplnění těchto cílů, a to právě prostřednictvím ztvárnění určitého systému hodnot a přesvědčení.

Ústředním bodem narativní konstrukce je dle Brunnera (1996) narušení obvyklého, řádného či očekávaného, pro něž je užíván termín „potíž“ (trouble). Potíž je „motorem dramatu“ (Bruner, 1991, p. 16) a také činí příběh hodným vyprávění. Potíž je to, co pohání příběh, a právě ve vztahu k potíži jsou ve vyprávění konstruovány důvody a ospravedlnění, hodnoty, přesvědčení, teorie a podobně. Systémy hodnot tedy nejlépe

chápeme právě v jejich souvislosti s potíží: jak hodnoty a přesvědčení odpovídají na výzvy potíží (Chrz, 2004).

V našich příbězích se jedná o hodnotový a normativní aspekt dosažení změny v psychoterapii. „Potíží“ je zde samotná nemoc tak, jak se projevuje v omezení životních možností klientů. Hodnoty a přesvědčení jsou ztvárněny jako odpovědi na otázky „jak správně jednat, aby bylo dosaženo změny“, „oč má cenu usilovat ve změně“, „jak správně přistupovat k terapii“, ale i „co je důležité v životě, když se chci změnit“, a jak je dosažení změny zdůvodněno, zhodnoceno a přehodnoceno (ve vztahu k „potíží versus optimum“).

Ve vyprávění klientů jsme identifikovali následující subkategorie ztvárnění hodnot a přesvědčení:

Vysvětlování a zdůvodňování

Klienti nalézají v procesu psychoterapie nová vysvětlení svých problémů, konstruují si příběhy o původu a důvodech své nemoci, přepisují svůj životní příběh, vytvářejí teorie své změny. Petr si v průběhu léčby vytváří svou teorii o tom, jak funguje (jeho) psychoterapie, co je správné a důležité, o co je potřeba usilovat. Jelikož už 10 let odkládá svůj odchod od rodiny a od partnerky, se kterou má vážné neshody, jako svůj největší problém a překážku v dosažení změny vnímá strach:

„Já vlastně celej svůj život jsem ten strach řešil většinou ústupem, anebo občas nějakou agresí... A když jsem teďka koukal do nějakých knížek, o asertivitě, tak mě tam zaujal obrázek, kde tam byl ten strach a z toho strachu vyplývalo, že buď to sklouzává do té úzkosti a deprese, nebo na druhý straně půjde do ty agrese a ta asertivita je uprostřed, prostě takovej ten moment, kdy... ehm, je člověk schopnej se sám o sebe postarat, aniž by ubližoval sobě a aniž by ubližoval ostatním, jo... a to je to, co já se potřebuju naučit...“

Petr si uvědomuje, že rozhodnutí se nevyhne, a že pokud chce dosáhnout změny, tak bude muset za sebe převzít odpovědnost:

„A to je to, co já nevím, to je ta odpověď, kterou já hledám. A vím, že je to těžký a vím že, ehm... těžko nějaký terapeut bude chtít převzít zodpovědnost za můj život... že to musím udělat já.“

Krátce po ukončení terapie se vrací do původní práce, kde dělal řidiče, „dýchá si a šetří síly“ (viz část aktérství), nabývá ztracenou sebedůvěru (a také konečně odvalu odejít od manželky) a „mění se“:

„Jak jsem se začal měnit, tak jak jsem si začal víc věřit a tak jak jsem se posunoval někam jinam, tak to samozřejmě bylo znát i na tom vztahu s manželkou a začali jsme se výrazně vzdalovat... a když se začala blížit ta padesátka, tak já jsem začal mít pocit, že se končí to období toho hledání a že by měl nastat takovej nákej zlom k té stabilizaci v tom životě...“

„Pochopil jsem, že všechno, co mi doma vyčítají, je, že se chovám asertivně. Jo? Pochopil jsem, že na všechny věci, který chci dělat, mám právo, a tam si myslím, že byl velkej posun.“

Další klienti v rámci svých příběhů změny rekonstruují svoji minulost takovým způsobem, aby byla pro ně uchopitelná, aby dodala smysl prožité nemoci. Domníváme se, že tyto nové příběhy se můžou velmi pravděpodobně stát tzv. sebe-definujícími vzpomínkami (Singer, Blagov, Berry, & Oost, 2013) – jinými slovy zaujmout důležité místo v životním příběhu. Tyto příběhy se zejména v katamnestických rozhovorech vyznačují vysokou koherencí a pozitivním vyústěním.

Zuzana vypráví o tom, jak díky nemoci pochopila svou (teď již mrtvou) matku, která jí byla celý život dost vzdálená a trpěla endogenní depresí. Naďa dokonce připouští, že její onemocnění přišlo proto, aby jí bylo umožněno svou matku konečně pochopit:

„Já si prostě někdy říkám, jaký je ten život absurdní, že já jsem se najednou ocitla na podobným místě, i když ve zmenšené formě, abych si mohla zažít něco podobného jako ona (matka), a je to možná proto, abych ji pochopila. A právě když kolikrát odejdu z té skupiny a jsem doma, tak prostě jako na ni vzpomínám, chce se mi plakat a říkám si, jak ona musela být sakra silná. A já jsem byla schopna na to přijít až teďka, ale jinak to asi nebylo možný.“

Marie chápe svou nemoc jako důsledek toho, že pracovala příliš mnoho a neudržela si vlastní hranice, ignorovala své potřeby. Její vtipná příhoda s mobilem se velmi pravděpodobně stane jednou z příhod, které bude vyprávět přátelům po zbytek svého života a vysvětlovat tím svoje „zhroucení“ v daleké minulosti:

„Nechtěla jsem si přiznat, že je toho moc, nechtěla jsem si přiznat, že je toho moc, furt jsem potřebovala ty peníze, tak jsem jela jak traktor, nedívala jsem se dopředu dozadu, nehleděla jsem na sebe, pak jsem už viděla věci, který nejsou, začala jsem být tak unavená, že to podvědomí mi asi dávalo signály. Vtipná historka, hodila jsem mobilní telefon do kamen, když jsem příkládala, telefonovala jsem ještě večer v 9 z práce, v jedné ruce mobil, v druhé to polínko. Zaklapla jsem ten mobil a hodila jsem ho do kamen.“

Zhodnocování a přehodnocování

Klienti ve svém vyprávění často zmiňují hodnoty, které jsou pro ně samé ústřední v jejich přístupu k léčbě, ke změně. Jako nejdůležitější vůbec se jeví otevřenost, a to nejen ke změně, ale i k novým významům.

Lenka vypráví o tom, jak si díky terapii uvědomuje omezenost svého subjektivního pohledu na svět a jak to bylo důležité pro její změnu:

„Uvědomila jsem si, že se dá vždycky na nějakou věc podívat z více úhlů, že třeba já jsem měla tendenci zjednodušovat do nějaký negativní emoce, nebo něco a ono vlastně... třeba o sobě si myslím, že jsem špatná, ale vlastně vždycky to má víc vrstev. Vždycky je to ten pytel, ze kterého vytáhnete ten jeden lísteček, na kterém je, že jste špatná, přitom je tam těch lístečků další deset, který mají úplně jiný. A že prostě nezapomínat na ten celej pytel je dobrý...“

Podobně Eva mluví o tom, jak se snaží být otevřená různým pohledům, protože chce z terapie vytěžit co nejvíc a protože si uvědomila, že když se držela jenom svého názoru, tak to nikam nevedlo, končilo špatně:

„Ten můj názor není, není jako jedinej nebo pohled. Nebo já se snažím být co nejvíc jako, jako otevřená jakoby diskuzi a jakoby názorům a jiným pohledům, protože prostě mi přijde, že když prostě, když už jsem tady a nákej čas tomu jako věnuju a chci na tom jakoby zapracovat, tak jako že mě to prostě jakoby, jo, víc jakoby pomůže, protože já to vidím jakoby nějakým názorem, ale ten jakoby, ten jako se historicky ukázal, že nevede šťastnou cestou.“

Další výrazná skupina hodnot, souvisejících s dosažením změny, se týká sounáležitosti, vzájemné podpory a tolerance, akceptace jinakosti a lidské jedinečnosti. Hanka vypráví o tom, jak jí to, že se na skupině učí toleranci, dává větší svobodu:

„Člověk má možnost podívat se hlouběji do lidí, který jsou mu třeba nesympatický ze začátku, a něco jim vadí jenom na těch druhých no a... v běžném světě pak třeba je tendence je odsuzovat ty lidi nějak a nebavit se s nima, jo... protože... a tady vlastně můžu vidět i některý jejich hloubky, který jsou pak třeba společný... takže, jestli by mě to mohlo naučit trošku větší toleranci... (smích)... snad... a nějak jako takovým tím, že mám tendenci mít uzavřené představy o všem možným někdy... a tohleto to docela dobře bourá, že může bejt cokoliv jakkoliv, asi větší svobodu v tom cejtím, nějakou.“

Zuzana vyzdvihuje v souvislosti s dosažením své změny opravdovost a hloubku dění na skupině, která vede k prohloubení autenticity:

„Tady cítíte jakoby takovou tu hloubku, zároveň takový hluboký soucit, že tady ty věci, které se tady odehrávají, jsou... opravdové. Že tady není někdo, aby někoho zaujmul, anebo to... ale že, že tady je to takové skutečné. Tady už není prostor ze sebe dělat něco jiného, než co ve skutečnosti jste. Takže tady se opravdu odhalíte na to hrubé jádro, které v sobě máte.“

Hledání smyslu, akceptace a smíření

V narativech se často objevují také víc existenciální témata. Hledání smyslu se projevuje především jako touha po práci, která by klienty bavila, touha po smysluplném využití času, který jim zbývá, a také po využití své jedinečnosti.

Anna vypráví o tom, že se smířila sama se sebou a „není to žádná faleš“:

„T: Co byste řekli, že se ve vás změnilo, zkuste to nějak pojmenovat.“

A: No, je toho hodně. Je toho hodně, a je to strašně, změnilo se, prostě tak, já nevím, jakože určitě stojím opravdu pevně na nohou, že to, co mám, jsem spokojená v tom, co mám, ale není to žádná faleš. Že... že vím, co bych chtěla, že si postupně uvědomuju, co bych chtěla dělat, a realizuju to.“

Zuzana v průběhu terapie řeší problémy v zaměstnání, přišla na to, že ji práce nebaví a nenaplňuje. Uvědomuje si (nejenom) svoji jedinečnost:

„Uvědomuju si jedinečnost každého, že není dobře se strkat a zařazovat do toho hlavního proudu, že každá ta jedinečnost toho konkrétního člověka má nějaký svůj smysl, že to prostě není náhodou, jen tak, že jsme každý jiný, právě jsme na základě toho svého příběhu, který si neseme, tak bychom ho měli pochopit a posunout se někam dál a najít nějaké své jakoby poslání.“

6.3 Diskuse

Zkušenost 3měsíčního pobytu v denním stacionáři a každodenní skupinové psychoterapie samozřejmě musí zanechat výrazný „otisk“ v příběhu změny klienta. Jak bude tento otisk ztvárněn závisí na mnoha faktorech, zejména na úspěšnosti terapie, tedy na tom, jestli toto období bude zpětně subjektivně vnímáno jako období změny a osobního růstu. V našich rozhovorech tomu tak je, protože jsme cíleně vybrali klienty, kteří si dokázali z terapie vzít „maximum“, dokázali se do procesu léčby zapojit takovým způsobem, že se vyléčili, anebo příznaky nemoci výrazně ustoupily.

První kategorie, témata změny, je vstupní kategorií, ukazující „o čem“ změna je pro jednotlivé klienty. V kategorii aktérství se ptáme, nakolik je změna v moci, v režii klientů. Ukazuje se, že u některých klientů dochází v průběhu procesu změny teprve ke „zrodu“ aktérství, k jaké re-autorizaci vlastního jednání. Objevují se zde dvě varianty aktérství, systematicky režisérský typ a uvolněnější, otevřenější typ. V kategorii positioning zřetelně viditelný vliv faktu, že se jedná o skupinovou terapii – klienti se vymezují (v narativech naznačují své pozice) k ostatním členům skupiny, a to z různých důvodů (identifikace, přepisování zásluh druhému, vymezení se proti druhému), jako i vůči celé skupině a také jako skupina vůči „zbytku světa“. V kategorii hodnoty a přesvědčení se ukazuje hodnotový a normativní aspekt dosažení změny v psychoterapii. Klienti si různě vysvětlují a zdůvodňují, co se jim děje, tvoří si vlastní teorie fungování psychoterapie a snaží se zasadit zkušenost se svou nemocí a léčbou do širšího kontextu svého životního příběhu. Klienti také často přehodnocují, co je dobré a oč má cenu, v souvislosti se změnou, usilovat – do popředí se dostávají zejména hodnoty jako otevřenost, sounáležitost, tolerance a také autenticita. Někteří klienti v procesu změny přehodnocují

svoje celkové bytí ve světě – rozhodují se o vážných změnách (někteří je také realizují) s cílem žít smysluplněji.

Lze konstatovat, že zjištění ohledně zapojení se klientů do vlastní léčby a toho, do jaké míry jsou autory své změny, se shodují se zjištěními předchozích výzkumů (Mackrill, 2008; Moertl & Von Wietersheim, 2008; Rennie, 1994, 2001) . Klienti, kteří v terapii dosahují výrazného zlepšení, svoji změnu vlastní a aktivně na ní pracují.

I když malý počet participantů může být považován za slabou stránku studie, užitečnost použitých kategorií analýzy byla potvrzena dostatečným množstvím dat. Studie je dále omezena výběrem specifických kategorií narativní analýzy – jejich počet nemusí být definitivní, jedná se spíše o jakési zastavení se „na cestě“, na které je narativní analýza ze své podstaty (Čermák, 2002). Seznam kategorií mohl být v budoucnu rozšířen o globální pohled z perspektivy kategorie zápletky a žánru.

Velký potenciál pro další výzkum v této oblasti by mohl spočívat v podrobnějším prozkoumání konceptu positioning, který se ukazuje být zejména v prostředí skupinové analýzy velmi zajímavou perspektivou. Také by bylo třeba podívat se blíže na již zmiňované úkazy re-autorizace v rozhovorech o terapii, a to hlubším, fenomenologicko-hermeneutickým způsobem zkoumání.

Dále by mohlo být přínosné podívat se na rozdíly v narativním ztvárnění změny mezi klienty, kteří dosáhli zlepšení, a těmi, kteří se zlepšili málo, anebo vůbec. I když je použití kvalitativních metod pro takové srovnání poněkud diskutabilní a přináší mnoho metodologických výzev, s určitou úrovní vědecké střídmosti by se podobná analýza dala zrealizovat.

7 STUDIE II

Konflikt a změna ve skupinové psychoterapii: narativní případová studie

Následkem tzv. narativního obratu v sociálních vědách (Bruner, 1986; Čermák, 2003), zaznamenala část výzkumu psychoterapie také zvýšení zájmu o tzv. narativní metaforu, čili metaforu životního příběhu (Bruner, 1986; Sarbin, 1986; Mischler, 1986; Polkinghorne, 1988)²³, Základním předpokladem narativního přístupu je pochopení narativní konstrukce jako principu strukturace zkušenosti (Ricoeur, 1984), příběh představuje základní princip, dle kterého lidé organizují a komunikují význam událostí ve svém životě (Bruner, 1986).

Řada výzkumníků různých teoretických zaměření si uvědomuje, že jednou z nejvýraznějších dimenzí práce v psychoterapii je právě práce s příběhovostí a příběhy klienta (McLeod, 1997). Úspěšná změna v psychoterapii mění životní příběh klienta tak, aby tento umožňoval klientovi realizaci jeho nových anebo znovuobjevených životních možností. Dle některých teoretiků v úspěšné psychoterapii dochází k vyjádření, rozpracování a případně i transformaci klientova příběhu (L. Angus & Hardtke, 1994).

Narativní přístup se uplatňuje nejen jako samostatná forma narativní psychoterapie (White et al., 1990), ale také částečně formuje teorii a výzkum v dalších terapeutických směrech (McLeod, 1997; Skorunka, 2016). Dnes nejvýraznější (co se týče počtu publikací) jsou kromě asimilační teorie změny (Stiles, 2001) tzv. narativní kódovací systémy, které si vyvinuly některé psychoterapeutické školy jako metody mikroanalýzy terapeutické změny na základě prepisů jednotlivých sezení. Zde zmíníme například psychodynamicky orientovaný narativní systém Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) (Luborsky et al., 1994), který se zaměřuje na nalezení tzv. jádrových konfliktních vztahových témat, opakujících se v příběhu klienta. V tzv. vztahových epizodách se identifikují tři části: přání (wish), odezva druhého (response from other) a konečně odpověď sebe (response of self). Metoda CCRT je využívána především při analýze přenosu.

²³ Vyčerpávající přehled o tzv. narativním obratu podává Čermák (2003).

Dalším nástrojem narativní analýzy je tzv. Narrative Emotion Process Coding System (NEPCS) (Angus et al., 2016; Angus, Greenberg, 2011), který je dnes používán především u mikroanalýz terapie zaměřené na emoce a jeho podstatou je rozlišení stadií změny podle tzv. „markerů“ (problém/přechod/změna). A v neposlední řadě Innovative Moments Coding System (IMCS) (Gonçalves et al., 2009), který se hlásí ke konstruktivistickému přístupu, vychází z teorie tzv. „unique outcomes“ (White et al., 1990). Jde o nové narativní konstrukce v příběhu klienta, které jsou výjimkami z klientem běžně prezentovaných rigidních problémových narativů. Jedná se o „otevření se novým příběhům, a tedy příležitosti k terapeutické změně“ (Gonçalves et al., 2009, s. 5).

Společným jmenovatelem všech zmíněných narativních přístupů je předpoklad, že v úspěšné psychoterapii dochází k tzv. narativní transformaci: úspěšná změna v psychoterapii mění životní příběh klienta tak, aby tento umožňoval klientovi realizaci jeho nových anebo znovuobjevených životních možností.

Detailní pohled na proces změny poskytují narativně orientované případové studie. Za mnohé zde uvedeme například intenzivní případovou studii Angusové a Kaganové (2013) o změně osobního narativu u depresivní klientky v terapii zaměřené na emoce. Výsledky studie jsou prezentovány formou detailního popisu sledujícího, jak se v čase vyvíjel příběh změny a v rámci procesu vyprávění a narativní transformace klientky se zvyšovala koherence a bohatost sebe-porozumění. Další příklady narativních případových studií nalezneme v publikaci *Healing Plots* (Lieblich et al., 2004), kde jsou příběhy klientů v terapii představeny s cílem vyobrazit častá témata narativní teorie jako například meta-narativ, žánr, jádrové konfliktní téma, aktérství a další.

Změna ve skupinové psychoterapii

Výzkum změny ve skupinové psychoterapii se nejčastěji odvíjí od teorií společných faktorů (Yalom, 1995; Bloch & Crouch, 1985, Kratochvíl, 2005), které pojmenovávají faktory skupinového procesu, jako je dodávání naděje, skupinová koheze, univerzalita, korektivní rekapitulace primární rodiny, interpersonální učení, katarze a další. Tyto studie čerpají data většinou z retrospektivních rozhovorů o nejdůležitějších situacích (significant events) (Bloch & Crouch, 1985), případně používají metody jako Q třídění (Yalom, 1995) anebo navazující dotazníkové metody.

Jednou z nejdůležitějších metod ve výzkumu psychoterapie jsou případové studie (McLeod & Elliott, 2011). Případové studie skupinového procesu jsou poměrně ojedinělé, můžeme zde zmínit třeba studii podpůrné skupiny pro ženy po rozvodu (Kimball, et al. 2009), kde byly použity přepisy skupinových sezení, retrospektivní rozhovory a fokusní skupiny, anebo studii o možnostech zlepšení práce skupinového terapeuta, kde byly použity videonahrávky a data z dotazníků za účelem porovnání procesu u „dobrých“ a „špatných“ skupinových sezení (Kivlighan, et al., 1992). V našem prostředí se tomuto tématu věnuje zejména S. Kratochvíl ve své publikaci Příběhy skupiny (2007), kde detailně prezentuje skupinový proces v několika terapeutických skupinách na základě zápisů z jednotlivých sezení, tedy z pohledu jednotlivých psychoterapeutů.

Další případové studie skupinové psychoterapie používají také zápisky ze skupinových sezení, anebo výtah z terapeutického manuálu, doplněné o kvantitativní data o terapeutické změně klientů (Cumba-Avilés, 2017; Harris & Norton, 2018). Tyto případové studie mohou sloužit i jako pilotní studie pro případné klinické zkoušky.

Cílem této případové studie je na základě narativní analýzy retrospektivních rozhovorů s vybranými členy jedné terapeutické skupiny porozumět tomu, jak interpersonální konflikt v terapeutické skupině přispívá k narativní transformaci a dosažení terapeutické změny u jednotlivých účastníků skupinové psychoterapie..

7.1 Metody

Účastníci

Studie byla součástí tříletého projektu výzkumu účinnosti a účinných faktorů psychoterapie v denních stacionářích Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET. Kvalitativní části projektu, zaměřené na subjektivní porozumění dosažené změně, se účastnilo 32 klientů, kteří se k rozhovorům dobrovolně přihlásili. Pro tuto studii jsme zvolili ještě užší výběr, a to tři klienty, Annu, Petra a Karla, kteří se účastnili jedné terapeutické skupiny. Kromě příslušnosti k jedné skupině byla dalším důvodem tohoto výběru skutečnost, že právě tito tři protagonisté se v rozhovorech vztahovali k sobě navzájem a popisovali vzájemný konflikt, což nás při analýze celého vzorku zaujalo a inspirovalo k detailnější studii.

Celkově bylo ve sledované skupině 10 klientů, z toho 7 žen. Průměrný věk byl 42 let. Dva klienti stacionář nedokončili, jeden z důvodu somatické nemoci, další kvůli zhoršení stavu a následné hospitalizaci. 4 členové skupiny (včetně dvou našich protagonistů Anny a Petra) dosáhli klinicky významné změny, další dva dosáhli statisticky významné změny (včetně protagonisty Karla).

Představení protagonistů a jejich motivace k účasti v stacionáři

Anna je vysokoškolsky vzdělaná třicátnice, momentálně na volné noze, žíví se marketingovou činností. Je vdaná a má tříletého syna. Do stacionáře přišla kvůli depresi a úzkostem, dle svých slov se „zhroutila ze stresu“ kvůli práci i pochybnostem ve vztahu:

„Já jsem sem šla hlavně s motivací, abych problém neměla, nebo abych už byla spokojenější, šťastnější, mohla si užívat normální radosti života, a ne neustále se v hlavě se ponižovala, trápila se výčitkami, že jsem nedostatečná a že selhávám.“

Petr je středoškolsky vzdělaný, téměř padesátník, před propuknutím nemoci a dlouhou práceneschopností se živil jako řidič. Jeho hlavním problémem je dlouhodobá manželská krize, již mnoho let se nemůže rozhodnout, jestli má od manželky odejít. Situace se vyhrtila v posledním roce, kdy se u něj projevila panická porucha a deprese:

„Chtěl jsem, aby mi stacionář dal dostatečnej nadhled nad tím manželstvím, abych v něm by schopnej vydržet dál, anebo dostatečnou odvahu na to odejít“

Karel je vysokoškolsky vzdělaný třicátník, momentálně nezaměstnaný, původně pracoval v projektovém managementu. Do stacionáře přichází na doporučení své terapeutky, aby „využil tuto možnost, když má právě víc volna“, trpí depresí a za svůj primární problém považuje svou osamělost a vztahy:

„Podobně jako ve vnějším světě se cítím jakoby odtazítý a... od nich, od této skupiny, a osamělý, podobně jako se cítím osamělý a odtazítý v podobných kolektivech, ehm... v ostatních, ve kterých funguju. Takže si hledám cestu, jak, ehm... A to vlastně považuju za smysl tohoto stacionáře pro mě, jak se k nim přiblížit lidsky.“

7.2 Zjištění

V souladu s metodami narativní analýzy se zde pokusíme o uplatnění principu postupné emergence (vynořování) významu. Naše výzkumná zjištění budeme prezentovat ve dvou krocích. Nejdříve použijeme metodu tzv. selektivního převyprávění, v tomto případě „rekonstruuje“ příběh změny v psychoterapii z pohledu tří protagonistů, se zaměřením na proběhlé konflikty ve skupině a na subjektivní porozumění své změně. Selektivní převyprávění spočívá v tom, že z obsáhlých rozhovorů vybíráme části, které jsou podle nás nejrelevantnější pro vykreslení (narativní rekonstrukci) proběhlých událostí.

Ve druhém kroku následuje ukázka narativní analýzy, která má dvě fáze. Nejdříve vysvětlíme teoretickou podstatu vynořujících se kategorií analýzy, následně tyto kategorie aplikujeme na analýzu narativní transformace následkem konfliktu mezi Annou a Karlem (pro omezení daná rozsahem studie zde není možné prezentovat kompletní narativní analýzu celých tří příběhů změny).

Selektivní převyprávění příběhu změny u tří protagonistů

Kapitola I. Začátky

Začátek stacionáře se dle našich protagonistů nesl v duchu vzájemného poznávání a budování důvěry. Někteří z nich měli na začátku pochybnosti, jestli do skupiny opravdu patří, a váhali, zda účast ve stacionáři byla ta správná volba. Například Anna vypráví, jak zpočátku ve skupině nechtěla být a jak si postupně uvědomovala, že se ve skupině může otevřít:

„ ... když to přeženu, tak jsem sem přišla a seděli tady strhaný, šedý figury a já jsem byla samozřejmě jednou z nich, ale tak strašně jsem s tím bojovala, že bych radši tady nebyla, protože jsem se chtěla potkávat s těma rozjasněnejma lidma, který mi ale samozřejmě strhávali sebevědomí, protože... nepřípadala jsem si v pohodě vedle lidí, jako že jim dostačuju, takže jako to samozřejmě byl můj klam a taky jsem se s nikým nevidala, víceméně právě proto, že jsem měla tenhle pocit méněcennosti. Zároveň se... rovnou se člověk otvírá... to, co by třeba, otevřel třeba až po delším čase, ale zároveň člověku, z kterýho necejtí konkurenci, tak to šlo vlastně rychle si uvědomit, o čem to je... Ale ten prvopočátek byl pro mě šok, no... Necejtla jsem se, jako že sem patřím... oni

maj problém, to já přece nemůžu bejt stejně hrozná jako oni... jo... i tohle musím přiznat, ale jsem samozřejmě úplně stejná jako oni. A... a mám tu co dělat.“

Petr vypráví, jak se do skupiny těšil a hned od začátku měl pocit, že si zde odpočine a bude si povídat s lidmi. Velice rychle však pochopil, že „to bude náročný“. Karel zas první týdny stacionáře vystupoval poměrně kriticky proti nedodržování norem, například řešil pozdní příchody spolupacientů, vadilo mu, že se skupiny nikdo dopředu nezeptal, jestli mohou chodit na náslechy stážistky (studentky psychologie), a tak prosadil, aby o tom skupina dodatečně hlasovala. Jeho vstup do skupiny byl dále ve znamení boje s autoritami, byl kritický i vůči terapeutům, zejména měl menší konflikt s hlavním terapeutem zařízení.

Lidé ve skupině, i když podle našich protagonistů zdaleka ne všichni, se začali postupně otevírat. Anna i Petr si pochvalují jak „je zajímavé poslouchat příběhy“ a zejména věkovou různorodost členů skupiny, protože to jim umožňuje „vidět ty svoje problémy skrze jiné lidi v čase“. I Karel zmiňuje, jak je rád, že už po pár týdnech „dokázal jen tak s těmi lidmi sedět, jen tak být“, že začal mít pocit, že „teď už mu záleží na lidech samotných, a ne na tom, co si lidé o něm myslí“ a že prostředí pro něj bylo bezpečné.

Každý účastník skupiny měl v první polovině léčby dedikovanou autobiografickou skupinu, kde vyprávěl svůj životní příběh. Většina členů skupiny si životopisy napsala doma a samotné psaní životopisu, ale hlavně poslouchání těch ostatních bylo pro ně silným zážitkem:

„Byly životopisy, kdy já jsem dvacet minut, půl hodiny nebyl schopnej říct vůbec nic, jenom jsem to rozdechoval...“ (Petr)

Karel zmiňuje, že jemu a mnohým dalším pomáhá v terapii také to, že je potřeba každé ráno vstát a přijít do stacionáře, prostě „to dává takový řád do života“. Všichni také vypráví o pátkových reflexích, což jsou skupiny s hlavním terapeutem, na kterých se reflektují události uplynulého týdne. Petr tvrdí, že je páteční reflexe „vždycky tak jako trošku rozstřelí“, a pak mají o čem přemýšlet přes víkend.

Dalšími výjimečnými událostmi první poloviny stacionáře bylo setkání s rodinnými účastníky a společná procházka v přírodě. Anna nadšeně vypráví o tom, jak měla radost, že se na setkání s rodinami ukázalo, že skutečně „jsou ti rodinní příslušníci takoví, jak jsme o nich slyšeli vyprávět na skupině“. Petrovi zase velmi pomohla společná procházka

do blízkého lesoparku, na kterou se skupina jednoho dne plánovaně vydala bez terapeutů. Část členů skupiny procházku zakončila v blízkém restauračním zařízení, a i když podle Petra si většina lidí dala „jenom jedno pivo“, atmosféra byla výborná a uvolněná.

Z našich tří protagonistů zatím jedině Anna již v prvním rozhovoru reflektuje výraznou terapeutickou změnu:

„Už od začátku té terapie, jak kdybych dostávala rány do hlavy... pořád říkám nojo, aha... teď mi to došlo. Hodně mi to prostě jede, šrotuje v hlavě a už v pülce prostě se cejtím jako někdo jinej a i úplně jinak se chovám, jsem sebejistější... jako neuvěřitelná změna, neuvěřitelná.“

Kapitola II. Konflikt mezi Karlem a Petrem

Přibližně ve druhé třetině stacionáře se situace mezi některými členy skupiny vyhrocuje. První náznaky možného konfliktu se začínají objevovat mezi Karlem a Petrem. Již z rozhovorů v 6. týdnu je patrné, že si tito dva členové skupiny „nesedli“, když Petr označuje Karla jako člena skupiny, který „se jako jediný od začátku projevoval tak nějak negativně“. Karel shodně označuje Petra jako toho, kdo mu ve skupině nejvíc vadí, protože si bere pro sebe víc prostoru a ještě k tomu způsobem, který mu není sympatický:

„Těž jeden člen skupiny, který relativně ehm... nejvíc času zabere, když to tak vezmu, kolik mluví, a asi z tak jako trochu jakoby, né ze sebe mluví ale spíš tak jakoby hraní si na terapeutickou roli, a já na to reaguju podrážděně.“

Petrovi zas vadí, že Karel se (také) vyjadřuje ke všemu, hodnotí práci terapeutů, kritizuje ostatní za pozdní příchody a celkově všechno moc „řeší“. Karlovo chování mu navíc připomíná jeho problémy v manželství anebo v práci, kde se taky cítil utlačován. Postupně dochází k eskalaci konfliktu:

„Nejvýraznější zážitek byl, že tak jak tam bojujeme s tím jedním kolegou, protože on se hned na začátku uvedl jako takovej ten rušitel všeho, co je zaběhaný, tak ehm... já sem se dostal do situace, kdy on na mě tlačil víc a víc, já jsem si uvědomil, že je to stejný jako v tom manželství.... Jako v tý práci a jako se spoustou lidí, který mě nějakým způsobem šikanovali, nebo převálcovali v životě“

a pochopil jsem, že prostě ehm... si to nemůžu nechat líbit, protože se to bude zhoršovat.

T: Jak na vás tlačil, jestli se mužů zeptat?

No tak dokavad to bylo takový pošťuchování slovní, tak to bylo v pohodě, ale v momentu, kdy držel v ruce tu kočku, která tady běhá, já jsem sedel v křesílku a on mi ji hodil na klín, tak mi to přišlo nefér jak vůči mě, tak vůči kočce, přišlo mi to, že už to začíná přerůstat tu únosnou mez jo... takže. Jsem si řekl, fajn hodil po mě kočku, příště po mě hodí křeslo nebo skříň, tak to už prostě nemůžu dovolit no... a večer to ve mně tak jako bublalo a došel jsem k tomu, že vlastně, kdybych mu dal pěstí...

Pak nějak na komunitě... když na mě přišla řada, tak všichni se ptali, co kdo novýho, tak já jsem řekl, že mám novýho, že od včerejška přemýšlím o tom, jestli by mi bylo líto, kdybych tomu Karlovi dal pěstí, že samozřejmě vím, že to nemůžu udělat, protože je tam nověj koberec a protože se tam nesmí ani svačit, ale že bych to udělal strašně rád... Pak ty terapeutky se mě ptaly, jestli to myslím jako legraci, já jsem říkal, že ne, no... a uzavřelo se to tím, že oni říkali, že to samozřejmě nesmím udělat, že prostě fyzický násilí není přípustný a že je to v těch pravidlech a já jsem to uzavřel s tím, že říkám fajn, takže když to bude mimo stacionář, tak už je to naše věc. A oni říkali, že jo, a zůstalo to viset ve vzduchu.“

Popsaná roztržka měla význam především pro Petra, protože Karel tuto situaci reflektoval jenom velmi okrajově (jak uvidíme za chvíli, byl zaměstnán jiným konfliktem, s Annou). Petr konstruuje pozitivní vyústění situace v tom, že „udělal přesně to, co měl udělat“ a postavil se za sebe. Ze strany Karla ustalo „rejpaní“ a oba aktéři se začali vzájemně více respektovat:

„Z jeho strany pak už nic takovýho se nekonalo podobnýho, přestal do mě rejpat. Pochopil, že jsem nastavil nákej limit, takže tohle zafungovalo báječně, já jsem měl super pocit, že se mi to takhle povedlo no... a začli jsme se respektovat.“

Kapitola III. Konflikt mezi Annou a Karlem

Další, možná ještě vážnější konflikt nastává mezi Annou a Karlem, náznaky probleskují již při prvních rozhovorech v 6. týdnu, ale úplný popis konfliktní situace se dozvídáme

až na konci stacionáře. Pro zvýšení dramatickosti jsme si dovolili v této části udělat menší „sestřih“ z vyprávění obou protagonistů tak, jak se vzájemně doplňují:

Úvod do celé situace podává svými slovy Anna:

„On se se mnou jako chtěl kamarádit a přišlo mi, že mu hrozně záleží na tom, abych ho měla ráda, což mě strašně svazovalo, protože on vydíral i brečením a vším svým jako že potřeboval, aby ho všichni přijmuli a mě třeba vůbec jako tohle nebyl třeba můj přístup.“

Z pohledu Karla to zas bylo trochu jinak:

„Já jsem obdivoval její spontánnost a takovou jako autenticitu a všechno se mi to spojilo v to, že jsem vlastně chtěl vyjádřit obdiv a řekl jsem, že je pro mě zajímavá... což ona pochopila, že je pro mě zajímavý sexuální objekt, takto mi to jako řekla, to je asi jedno, co tím pochopila, v každém případě reagovala odmítavě, útokem a já jsem nevěděl, jak to snést, to odmítnutí pro mě bylo těžké snést. A ona potom na mě reagovala jako... v průběhu celého stacionáře, že otevřeně říkala, Karla nemusím, ehm... není mi sympatický.“

Anna následně popisuje situaci, kdy se konflikt vyhrotil. Karel si vzal na skupině slovo a mluvil o tom „co vařil a co dělal za poslední týden a bylo to pro mě hrozně dlouhý“ a také jí vadilo, jakým způsobem Karel mluvil o ženách, označoval je pojmy jako „bába a kočka“, a ona z toho měla dojem, že tak trochu ženy „shazuje“. Při tomto delším Karlově monologu to už Anna nevydržela a šla si uvařit kafe:

„Když jsem se vrátila, tak on zrudnul a říká: „Ty jsi byla plakat?“. A já jako „proč?“. „Že se tě asi dotklo, co jsem říkal já.“ A já jsem řekla že „né, mě to jenom nezajímalo, tak jsem si šla udělat kafe“. A tahleta reakce moje ho strašně urazila. A musel to vytáhnout potom další den a... na to jsem nějak prostě vostře zareagovala, že at' mě jako nevydírá a že... že si myslím, že je chudáček a jo... a on mi řekl „já tě chci zranit... já ti něco řeknu takového, že tě to zraní“. No a já už jsem... a tak říkám „ty takovej chudej chudáček, tak pojď, pojď mi něco říct“. No a tohle nebylo jako konstruktivní samozřejmě proces a on to prostě nevydejchal ... přede mnou brečel tenhle člověk a prosil mě o to, abych ho měla ráda, bylo nějaký jako na můj ego jako... Taková jako příjemná věc, ne že by mi v tom bylo dobře v té situaci, ale taky jako jsem v tom neuměla... To se mi prostě

neděje. Tak jsem mu řekla, že ne, že takhle si moji náklonnost nezíská, takže ať se s tím smíří.“

Karel shrnuje konfliktní situaci ze svého pohledu:

„Když jsem ehm... jako projevoval na skupině jako, že se cítím zraněný, že neumím se vyrovnat s touto situací, že jako, jako bouří se ve mně nějaká hrdost a chtěl bych jako jako proti ublížit, tak mě provokovala, ať se ukážu jo... říkala, že si užívá tu převahu, kterou má nade mnou. ...Takže vlastně ehm... odmítla mě a pro mě to bylo těžké ustát, a strašně jsem to prožíval, toto byla takové velké téma, možná nosné v tom citovém prožívání, těch necelých třech měsíců. A nevěděl jsem jako... jako vnitřně jsem se bouřil proti tomu jo... že jsem nechtěl útočit proti ní, ale nevěděl jsem, jako, fakt pro mě bylo těžké v tom existovat. V tom odmítnutí nějak... výsměch jsem tam cítil.“

Pro Annu ale to celé mělo obrovský význam:

„Nemám úplnou radost z toho, že jsem se mu nějak vysmívala, ale cejtím jako od té doby, jako kdyby se ve mně něco zlomilo, i když jako skupina mě trochu odsoudila... jsou na jeho straně, tak já jsem se tam jako tak strašně postavila na svoje nohy, úplně definitivně jsem se jakoby kdybych se tam proměnila v ženu, jako prostě v dospělého ženu, že prostě si nenechám, on je ten kluk hrozně labilní a pořád na sebe upoutává pozornost a já jsem prostě jako mu řekla: Ne!“

Anna dále vypráví o tom, že skupina se k této hádce vracela několik dní a mělo to dohru také na pátečním bilancování, kde „se to objevovalo u všech ve skupině jako obrovský zásah, o kterém přemýšleli“. Někteří členové skupiny měli směrem k Anně hodnotící a vyčítavé poznámky, vůči kterým se Anna důrazně ohradila.

Hádka byla nakonec přínosem i pro Karla, který mluví o tom, jak byl dojat velkou podporou ze strany skupiny. Pomohlo mu to také zažít si v bezpečném prostředí skupiny pocit, že je prostě slabší a vyrovnat se s tím:

„... a vůbec se mi to nelíbilo, to uvědomění si a že jsem opravdu slabší, že jo... A že nemůžu bojovat, protože už jsem prohrál (smích). ... a to, že mě podpořila skupina, to bylo v tomto konkrétním případě, konkrétně Hanka mi řekla, že Anna, že Anna teďka je krutá. A to mě dojalo, já jsem byl strašně vděčný.“

Kapitola IV. Na konci stacionáře

Petr se na konci stacionáře cítí mnohem lépe, začíná si hledat práci, dokonce absolvoval cvičné jízdy s jedním dalším členem skupiny a podařilo se mu překonat úzkosti, které ho sužovaly nejvíce právě při řízení. Poslední týden stacionáře činí velké rozhodnutí: zůstává s manželkou. Pochvaluje si, že skupina ho v tomto rozhodnutí podpořila.

Petr i Anna se zamýšlejí nad nedirektivním stylem terapeutů, který podle nich pomáhá skupině, aby konflikty zpracovala a aby to mělo větší efekt:

„Asi ne jenom já, ale i ty ostatní ze začátku nechápali, proč ty terapeutky nechávají ty problémy tolik vyhrotit, když je nějaký problém mezi jednotlivěma lidma z té skupiny a vlastně až teďka ke konci začínám tušit, že to, co ten účel je, aby ta skupina pracovala v podstatě bez těch terapeutů... a když se vyhrocuje konflikt, tak ho nechat vyhrotit úplně, aby to něco udělalo s těma lidma.“ (Petr)

Karel říká „mám blíž k lidem a ten život je bohatší s tímto pocitem, takže mám z toho radost a není to něco, co jsem očekával, že se stane“. Tomu dle jeho slov napomohl právě konflikt s Annou, kde se za něj postavila celá skupina:

„... jsem zažil, že se nejprve za mě postavili terapeuti, co bylo příjemné, ale o dost důležitější bylo, že jsem si uvědomil, že se za mě postavili lidé ze skupiny v situaci, kdy jsem se cítil vyčleněný a pod tlakem a zraněný. A bylo to velmi jako... byl jsem dojatý, byl jsem dojatý a takové teplé... lidsky teplé to bylo.“

Jako další přínos stacionáře Karel zmiňuje vývoj svého problematického vztahu k autoritám. Prý „prošel fází takového přerodu“, kdy přišel na to, že jeho postoj je neproduktivní a že lepší je spolupráce a „hledání nějakého řešení, které nevytváří konflikt“. Mluví o tom, jak je vděčný terapeutům, že mu poskytli bezpečný prostor, kde si to mohl vyzkoušet.

Anna je na konci stacionáře nadšená změnou, které se jí podařilo dosáhnout. Přiznává také, že už se celkem těší, že je konec, a je jí líto, že ne všichni členové skupiny se někam posunuli:

„Mám se dobře, mám se skvěle. A... už se těším, že to skončí. Přijdu si, že jsem, já jsem prostě udělala nějaký velkej pokrok v sobě a hm... pak pro mě bylo takový náročnější už jenom jako chodit sem, protože mě vlastně štvali lidi, kteří byli zaseklý ve svých problémech a že se neposouvali dál. ... některý mi přijdou, že jsou teprve teď na začátku.“

Kapitola V. ... a uběhlo 9 měsíců...

V katamnestickech rozhovorech, které se konaly v rozmezí 9 až 10 měsíců po ukončení stacionáře, se dovídáme, jak naši protagonisté narativně zpracovali prožitou zkušenost ze stacionáře a jak si vysvětlují svou změnu.

Karel má novou práci, celkově je spokojenější, i když říká, že určitá míra deprese je u něj přítomná celý život. Má také nový, zatím čerstvý vztah. Opět se vrací ke konfliktu s Annou a následné podpoře od skupiny, která pro něj tolik znamenala. Svou zranitelnost nově dává do přímé souvislosti s otevřeností a přiblížením se k lidem:

„Ta blízkost, o které mluvím, myslím, že to vnímali stejně... že, že jsem se otevřel, jsem zranitelnější, ale zároveň blíž k lidem.“

Stacionáři připisuje dosažení určitých důležitých vhladů, vývoje například doznalo jeho pochopení své potřeby přijetí za každou cenu:

„To souvisí s tím, že těžko snáším odmítnutí, že v podstatě nemám vnitřní záchytný bod, že bych měl sám sebe rád, tak funguji na těch externích záchytných bodech, tak prostě potřebuji potvrzení zvenku.“

Petr je 9 měsíců po ukončení stacionáře právě uprostřed obrovské životní změny: týden před našim rozhovorem se odstěhoval od manželky. Ano, sice stacionář končil s pevným přesvědčením, že ve vztahu bude pokračovat, po léčbě se mu hodně polepšilo, takže si našel práci, začal znovu jezdit, získal větší sebevědomí, více sociálních kontaktů s kolegy (a kolegyněmi) v práci, a když oslavil kulaté životní jubileum, uvědomil si, že přece jenom chce zkusit žít jinak. Tentokrát to už zvládl dle svých slov „celkem v klidu“.

Petr je nadšený z nově nabitě svobody a má celkem přepracované teorie, jak ke změně přišel:

„Já bych to shrnul, že vlastně od toho stacíku přicházej změny a nabídky změn, který já vnímám a který jsou vždycky o trochu rychlejší, než jsem já. Já to musím rychle zpracovat, rychle se dotáhnout, tak abych s tou nabídkou byl srovnanej a abych na to mohl rychle zareagovat, než mi to uteče. No a ve spoustě věcech se mi to daří.“

Anna má v období katamnestického rozhovoru dvouměsíční miminko a z jejího vyprávění číší pohoda a vyrovnanost. Změnu, dosaženou ve stacionáři, si udržela, dokonce říká, že to mělo pozitivní vliv i na jejího manžela, že to sdílení příběhů z terapie tak nějak „zástupně léčilo“ i jeho. Fakt, že je Anna již zdravá, měl vliv na zlepšení vztahu s manželem a pro Annu překvapivě i na výrazné zlepšení vztahu s mladší sestrou. Anna vypráví i o tom, jak se mění její postavení vůči otci, teď už se mu dokáže postavit.

„Je toho hodně, změnilo se, prostě tak, jakože určitě tak, že stojím opravdu pevně na nohou, jsem spokojená v tom, co mám, ale není to žádná faleš. Že... že si postupně uvědomuju, co bych chtěla dělat a realizuju to.“

Narativní analýza

A) Vynořující se kategorie narativní analýzy

V analytické proceduře zde navazujeme na své práce, ve kterých chápeme „narativní transformaci“ událostí jako „to, co vyprávění dělá s konstitutivní potíží“ (Chrš & Čermák, 2015). S využitím tohoto předpokladu rozlišujeme v procesu této transformace, tj. narativní/biografické práce, několik aspektů, jimž odpovídají vynořující se analytické kategorie: 1. centrální potíže a témata změny; 2. aktérství; 3. hodnoty a přesvědčení a 4. umístování.

I. Centrální potíže a témata změny

Zde je klíčová Brunerova (1996) teze, že podstatou vyprávění je „trouble“, tj. odchylka od očekávaného, narušení řádu. Trouble je tedy obecnější prvek než pouhé negativní momenty a aspekty životní zkušenosti, přesto však lze – a podobně tak činí např. narativní terapie (White et al. 1990) – narativní ztvárnění problémů, se kterými klient přichází do terapie, podřadit pod obecný Brunerův termín „trouble“ jakožto konstitutivní prvek vyprávění.

V rozhovorech o změně v psychoterapii dávají klienti vždy určitý výraz tomu, „o čem jejich změna je“, přitom toto „něco“ chápeme jako téma. Podle McAdamse (1996) je „téma“ opakujícím se vzorcem lidských přání a záměrů, tj. tím, co člověk chce a sleduje v čase. Narativní transformace je vlastně to, co vyprávění dělá s potíží, a výsledkem této transformace je příběh změny.

II. Aktérství

Člověk ve vyprávění rozvrhuje určité uspořádání sebe a druhých jakožto aktérů či příjemců akcí a situuje se do určitých pozic, v nichž přijímá určitou míru odpovědnosti za to, co dělá a co se kolem něj děje. Konstruuje tím určitý způsob aktérství, určitou kapacitu jednat vzhledem k okolnostem (Chrz, 2004). V kontextu studování změny v terapii se ptáme: kdo, co dělá změnu, kde se bere a jaká je kapacita jednat, nakolik je dosažení změny v moci, kontrole, vlivu aktérů a jaké jsou způsoby tohoto aktérství. Ve zkoumaných narativech je častým úkazem moment jakéhosi objevení, vynoření anebo nalezení aktérství, jako vlastní kompetence, jakéhosi „re-authoring“ jednání (Epston & White, 1992).

III. Hodnoty a přesvědčení

Narativní konstrukce zhodnocuje určité cíle a zdůvodňuje či omlouvá jednání aktérů, které směřuje k naplnění těchto cílů, a to právě prostřednictvím ztvárnění určitého systému hodnot a přesvědčení. V našich příbězích jsou hodnoty a přesvědčení ztvárněny jako odpovědi na otázky „jak správně jednat, aby bylo dosaženo změny“; „oč má cenu usilovat ve změně“; „jak správně přistupovat k terapii“, ale i „co je důležité v životě, když se chci změnit“, ale i jak je dosažení změny zdůvodněno, zhodnoceno a přehodnoceno (ve vztahu k „potíži versus optimum“).

IV. Narativní pozice a hlediska (positioning)

Některé znaky vyprávění mohou signalizovat pozici mluvčího, nebo také jeho hledisko, tedy určité rozvržení ve vztahu k ostatním, a to jak těm, o kterých se mluví, tak i k těm, se kterými se mluví. Výběrem diskurzivních prostředků lidé typicky vymezují hranice kolem sebe a druhých tak, že se zviditelní individuální rozdíly a příslušnost ke skupinám (Bamberg, 2012).

Positioning se ve vyprávění klientů projevuje několika významnými způsoby. Vypravěč se může například identifikovat s chováním/vlastnostmi členů skupiny, případně připisovat dalším členům skupiny zásluhu při dosažení svého vhledu: druzí „nastavují zrcadlo“. Část klientů se v rozhovorech naopak proti jiným členům skupiny vymezuje.

B. Narativní transformace: stručná analýza konfliktu Anny a Karla

Ukázku analýzy si představíme na vzájemně se prolínajícím příběhu konfliktu Anny a Karla, který vystupuje v našich datech jako nejsilnější dějová linie v rámci příběhu celé skupiny.

Anna

1. Centrální potíže a témata změny

Anna si od začátku stacionáře uvědomuje jednu ze svých hlavních potíží, která také vystupuje v sledovaném konfliktu: můžeme ji formulovat jako „příliš se starám o druhé a nemyslím na svoje potřeby“. Vypráví o tom, jak „cítla, že je zodpovědná za nálady ostatních, že to je její chyba“. Hlavním tématem změny, které zde poukazuje na narativní transformaci u Anny, je „postavila jsem se za sebe, i navzdory tomu, co si myslí ostatní“.

2. Aktérství

V datech je možné vidět, že Anna je tím, kdo má svou změnu pevně v rukou, je aktérem a hybatelem událostí. Aktivně činí rozhodnutí a hlásí se k jejich autorství:

„Nacházím, přicházím na principy, který si budu muset vyzkoušet, tak abych si je vžila... Takže jsem si třeba ihned uvědomila, že mi je tady nejmíň příjemný konflikt, ale prošla jsem jím, právě proto, abych si to vyzkoušela, pochopila... a nenechala jsem si dát do hlavy výčitku.“

Zde se nám jeví důležité i to, že Anna sama sobě přisuzuje i podíl na vzniku nemoci, není to tedy něco, co se jí jen tak přihodilo, ale způsobila to sama svým jednáním:

„Já jsem prostě se nechala svým konáním zahnat někam do kouta a kvůli tomu jsem se zhroutila, neuměla jsem z toho vyjít ven.“

3. Hodnoty a přesvědčení

Anna si vytváří přesvědčení o tom, jak je správné jednat, aby bylo dosaženo změny: „je potřeba jít do terapie naplno“, anebo „v bezpečném prostředí skupiny je příležitost naučit se v konfliktu říct ne“ a přitom až tak „nezáleží na tom, co si ostatní myslí“.

Hezkou ukázkou tzv. autobiografického zdůvodňování je její zpětný pohled na příčiny její nemoci:

„Čím je starší můj syn, a vidím jak se k němu chovají mí rodiče, ti prarodiče, že mají v sobě nějaký vzorec chování, který prostě uplatňují, tak čím dál víc vidím, že prostě bylo se mnou manipulováno a vlastně jsem byla bohužel vychována k tomu, abych jenom všem vyhověla a nedělala nic, co chci já. A to si myslím, že pak v té dospělosti jsem najednou sama se sebou neuměla prostě být. A z toho myslím, že byly ty deprese...“

4. Positioning

Anna se narativně „umísťuje“ v protikladu k lidem, kteří „se dostatečně neotevřeli, aby jim bylo pomoheno“, sama sebe tedy pokládá za tu, která se otevřela. Od začátku se také umísťuje oproti Karlovi, který „je slaboch, vynucuje si pozornost, kňourá a chce, aby ho měli všichni rádi“. Karel také „mluví o ženách divným způsobem“, který Anně vadí.

V procesu narativní transformace se mění i positioning Anny: „Nejsem jenom ta poslušná osoba“, „jsem sebevědomá“ a „prostě si to nenechám“.

Karel

1. Centrální potíže a témata změny

Karlova centrální potíže se explicitně jeví jako: „jsem osamělý a odtahitý, hledám cestu jak se přiblížit k lidem“, implicitně značí: „chtěl bych být přijat“.

I když Karel v popsaném konfliktu „nevyhrál“, vytváří si také své konstruktivní, víceméně pozitivní vysvětlení celé události, které staví na „přiznání vlastní zranitelnosti“ a následném přijetí, kterého se mu dostalo od skupiny i od terapeutů. Narativní transformace zde tedy spočívá v tom, jak se „osamělý a odtahitý“ mění na „zranitelný a blíž k lidem“. Dalším jeho důležitým tématem změny je zde dosažení vhledu: „jsem závislý na externím potvrzení mé hodnoty“.

2. Aktérství

Aktérství Karla se projevuje ve dvou rovinách: již od začátku se chová dle svých slov nekonstruktivně (konflikt s autoritami, prosazování norem, kritika) a zde je znatelná vyšší úroveň aktérství „projevil jsem, prosadil jsem, rozhodl jsem se“.

Naopak v oblastech, které souvisí s dosažením jeho vlastní změny je spíše „nesen“ událostmi, velmi často mluví o svých reakcích na to, že někdo druhý něco udělal (Anna mě zranila, terapeutka se za mne postavila, skupina mě podpořila), často reflektuje své pocity, které jsou reakcí na dění zvenčí. Někdy mluví o tom, že věci se mu ve skupině prostě dějí, například použije slovní spojení že „myšlenky se na něm projevují“.

3. Hodnoty a přesvědčení

Karel považuje na začátku terapie za důležité „kontrolovat terapeuty, zda dělají dobře svoji práci“ a také zasazovat se za dodržování skupinových norem. Tato část příběhu prochází určitou narativní transformací, kde Karel přiznává, že boj s autoritami byl nekonstruktivní a že lepší je spolupráce.

V osobnější rovině Karel říká, že je pro něj v terapii velmi důležité být autentický, být otevřený, zůstat (vydržet) v okamžiku, když například prožívá strach:

„Nefalšovat to, co ze mě vnitřně vyvěrá, a to je taková... že mi přijde asi to nejvíc, co na sobě můžu požadovat.“

4. Positioning

Zdůrazňování autenticity se promítá i do umístění vůči Anně, kterou právě Karel vnímá jako „autentickou a spontánní“, a to je i důvodem toho, že jí projevuje od začátku terapie svůj zájem.

Můžeme se jenom domnívat, že Karlův positioning směrem k autenticitě a opravdovosti souvisí s určitým tzv. meta-narativem, který jsme ale v naší studii nemapovali (viz diskuse). Dále sám sebe Karel vidí jako toho, kdo těžce snáší odmítnutí a je zraněn, v procesu narativní transformace již „zranitelný“.

Když se podíváme na to, s jakou centrální potíží přišla Anna a s jakou Karel, konflikt mezi těmito dvěma protagonisty se jeví jako pochopitelný. Podobně to zpětně vnímá Anna, když v katamnstickém rozhovoru říká:

„To vlastně byla nejvýznamnější jako událost, jako otřásla jako celou skupinou, ale mě to přišlo, jak kdyby se od začátku, co jsem přišla do terapie jako na to čekalo, že se to stane, a to, že jsem to udělala, pro mě bylo tím jako osvobozením.“

7.3 Diskuse

V našem příspěvku jsme se pokusili o rekonstrukci „příběhů změny“ na základě retrospektivních vyprávění tří protagonistů – Anny, Petra a Karla, kteří spolu strávili tři měsíce v stacionáři, v intenzivním procesu skupinové psychoterapie. Jedná se o prolínání tří subjektivních perspektiv, které se v mnohém doplňují a také v některých aspektech rozcházejí. Příběhy se vyvíjejí pozvolna od počátečního seznamování se a nalézání důvěry ve skupinu a skupinový proces, otevřené sdílení životních příběhů i přítomných okamžiků mezi členy skupiny, a vrcholí ve dvou popsanych konfliktech, které ústí v narativní transformaci a dosažení psychoterapeutické změny u všech tří protagonistů.

Podle našeho názoru je důležité a zatím často v literatuře opomíjené, podívat se na proces změny z perspektivy klienta, který se aktivně zapojuje do procesu psychoterapie. Podívat se na to, jak si tento proces a svoje zapojení do něj sám vysvětluje, jak tomu rozumí. A zde je funkce příběhu jako tématu i nástroje výzkumu nezastupitelná. Myšlení a porozumění týkající se změny je totiž myšlení narativní (Bruner, 1986): tam, kde se jedná o časový průběh, o lidské jednání, o dosahování žádoucího, tam myslíme narativně. A toto narativní porozumění změně v terapii lze popsat z hlediska jeho aspektů, to jest prostřednictvím popsanych kategorií narativní analýzy.

Naše studie je svým způsobem provedení poměrně ojedinelá, má také ale určitá omezení. Při interpretaci našich dat si například uvědomujeme, že nemáme „zmapovanou“ jednu důležitou dimenzi, která může příběhy změny a jejich narativní strukturu výrazně ovlivňovat prostřednictvím tzv. meta-narativu. Není nám znám tzv. institucionální diskurz, tedy způsob, jakým se o změně, psychoterapii a léčbě hovoří v zařízení, ve kterém naši protagonisté absolvovali svůj léčebný program. Nepoznáme například způsob, jakým komunikují vedoucí

skupin a jiní zaměstnanci instituce, kteří spolu-vytvářejí klientův příběh změny. Můžeme si jenom domýšlet další sociální faktory, které mohou působit na klienty v jejich konstrukci příběhu změny. Takovým silným faktorem, který ovlivňuje klientovo zapojení do léčby, může být například stigmatizace ze strany nejbližšího okolí.

Zajímavou perspektivou, kterou bychom teoreticky mohli nazírat na uvedené příběhy narativní transformace, by byl také pohled využívající metodu jádrového konfliktního vztahového tématu (CCRT) (Luborsky et al., 1994). I když nemáme k dispozici přepisy terapeutických sezení, můžeme předpokládat, že nalezená témata změny by se v analýze CCRT ukazovala podobně. Například Karel by pravděpodobně vykazoval časté vztahové epizody, kdy by jeho přání bylo zjednodušeně charakterizováno jako: „aby mě měl rád, aby mě přijal“; typická odpověď druhého by mohla být ve formě nezájmu, odmítnutí a konečně typická odpověď sebe sama na situaci by byly pocity méněcennosti a smutku (deprese). Jak jsme již uvedli, pro takovou analýzu nemáme vhodný typ dat, ale pohled CCRT se zde nabízí svým zaměřením na vztahové konflikty a přenos.

Na základě našich dat se ukazuje, že centrální roli ve změně u našich protagonistů měl konflikt. Velká část literatury o skupinové psychoterapii (např. Frank, 1955; Yalom, 1995) považuje konflikt za důležitou součást skupinového procesu, například I. Yalom (1995) říká, že bez konfliktu ve skupině něco chybí. S. Kratochvíl (2005) zas uvádí, že „terapeutická skupina potřebuje konflikty, vzájemnou kritiku a konfrontaci členů jako materiál, na jehož základě může poskytovat zpětnou vazbu“ (s.2 0). V naší analýze konflikt také figuruje jako ústřední hybná síla narativní transformace, v budoucích studiích by proto bylo zajímavé se hlouběji zaměřit právě na související narativní procesy.

8 STUDIE III

Typy narativní konfigurace příběhů změny

Při zkoumání narativní konstrukce příběhů se, dříve či později, dostáváme k jednomu z nejpodstatnějších aspektů narativity, a to je konstrukce dějové souvislosti a ztvárnění kauzality (Bruner, 1990; Čermák, 2004). V této souvislosti se mluví o analýze zápletky, která značí posloupnost jednotlivých událostí příběhu, jejich vývoj v čase, ale také v prostoru – například směrem k figurám příběhu (Chrz, 2007). V logice příběhu můžeme sledovat konstrukci jednajících postav, které mají vždy nějaké svoje (explicitní anebo implicitní) důvody a záměry (Chrz, 2007, p. 11.).

Výzkumníky často napadá otázka – jsou si některé příběhy svou zápletkou natolik podobné, že by se dalo mluvit o určitých typických konfiguracích? Zde odkážeme zejména na studie Kevina Murraye o narativním žánru (1985, 1989), který navazuje na literární kritiku Northopa Frye (2003). V díle „Life as Fiction“ (1985) Murray popisuje čtyři žánry, a to romanci, komedii, tragédii a satiru, které charakterizuje základní rozdíl v dosahování žádoucího a kontrole aktéra anebo osudu; ve stati „Construction of Identity in the Narratives of Romance and Comedy (1989)“ zas Murray podává jemnější rozlišení žánrů romance a komedie v příbězích lidí, kteří se rozhodli zaběhnout maraton. U nás s koncepty narativního žánru pracují Ivo Čermák a Vladimír Chrz (Čermák & Chrz, 2005, Chrz, 2007; Chrz 2016).

Když se podíváme na studie, které pracují s analýzou zápletky anebo žánru v souvislosti s psychoterapií, zjistíme, že studie tohoto typu jsou poměrně ojedinělé. Ve studii o příbězích uzdravení z psychózy (Thornhill, Clare, May, 2004) autoři nacházejí tři žánry, a to útěk, osvícení a vydržení. V našem prostředí vyšla studie Michala Adlera „Žánr klientova příběhu v psychoterapii“ (2004), ve které nachází žánry životních příběhů tří klientů (reportáž, sága, kronika) a dává je do souvislosti s průběhem psychoterapie.

Jedním z častých problémů při narativní analýze je rozsah a komplexnost zkoumaných příběhů. V literatuře nalezneme snahy o hledání určitého způsobu zjednodušení analyzovaného příběhu, anebo spíše nalezení zkrácené struktury (kostry) příběhu, se kterou by se dalo lépe analyticky pracovat. Mishler (1986) extrahuje z dlouhého vyprávění jakousi podstatu příběhu – o čem příběh je. Jedná se o hledání tzv. jádrového

vyprávění (core narrative). Podobně postupuje Chrz (2007), když analyzuje životní příběhy lidí ve středním věku. Jádrové vyprávění označuje také jako „intratextové paradigma“ (s. 90). Riessmannová (1993) zas při redukci příběhu používá koncept hybridního příběhu (hybrid story) anebo spolu-konstruovaného meta-příběhu (co-constructed meta-story), anebo později „overarching storyline“ (2008). Tento postup byl aplikován například ve studii o africko-amerických seniorech (Coats, Crist, Berger, Sternberg & Rosenfeld, 2017). Postupy nalezení zkrácené struktury příběhu umožňují lepší práci s typologií příběhů, zejména pokud je počet analyzovaných příběhů větší.

Cílem této studie je pokus o nalezení typů narativní konfigurace příběhu změny anebo také typů zápletky. Předpokládáme, že jednotlivé typy narativní konfigurace se budou vzájemně lišit dle individuálních kombinací narativních kategorií. Uvědomujeme si, že málokdy příběhy tvoří „čisté typy“, a většinou se alespoň mírně jednotlivé typy konfigurace překrývají.

8.1 Metody

Participantů

Pro tuto studii byly vybrány rozhovory s těmi participanty, kteří poskytli v průběhu studie minimálně dva, ideálně až tři rozhovory s časovým odstupem. Celkem se jednalo o 24 participantů, z toho 16 z nich poskytlo tři rozhovory (uprostřed léčby, na konci 12týdenní léčby a přibližně 9 měsíců po ukončení stacionáře). Z těchto 24 studií byly za účelem této analýzy ještě vyřazeny rozhovory, ve kterých byla narativita omezená, až velmi slabá, byly to rozhovory s respondenty, kteří na otázky odpovídali zjednodušenými formulacemi, a v podstatě lze říct, že nekonstruovali příběh, případně role tazatele byla tak velká, že se o samostatné konstrukci příběhu změny dá snadno pochybovat. Celkově tedy pracujeme s patnácti participanty, jejichž základní charakteristiky jsou uvedeny v tabulce č. 4, a to včetně údaje, zda dotyčný participant dosáhl dle objektivních ukazatelů měření efektu terapie (popsány v úvodní kapitole výzkumné části) změny, a to v rozdělení na: klinicky významnou změnu, statisticky významnou změnu, nedošlo ke změně, případně došlo ke zhoršení.

Tabulka č. 4 Dosažení změny u participantů

přezdívká	věk	klinicky významná změna	statisticky významná změna	nedošlo ke změně	zhoršil/a se
Anna	38	x			
Eva	23	x			
Hanka	43	x			
Monika	28		x		
Zuzana	46	x			
Viktórie	41		x		
Lenka	26	x			
Alena	44		x		
Emílie	37		x		
Marie	44	x			
Petr	49	x			
Dana	56			x	
Ester	24				x
Helena	38			x	
Silva	52			x	

Analýza

Analýza sestávala z několika kroků. V prvním kroku byly u každého participanta popsány narativní kategorie, které byly popsány již v předchozích studiích – témata změny, aktérství, pozice, hodnoty a přesvědčení.

Následně bylo každé vyprávění redukováno na meta-story (Riessman, 1993) a bylo identifikováno jádrové vyprávění (Mishler, 1986; Chrz, 2007). U každého participanta byl vytvořen detailní analytický záznam. To ale neznamená, že se pracovalo jenom s takto zjednodušenými daty, ke každému tvrzení v analytickém záznamu byly přiřazeny citace z rozhovorů, ke kterým jsme se průběžně vraceli pro potvrzení správnosti dalšího postupu.

Ve druhém kroku analýzy byly jednotlivé záznamy participantů srovnávány mezi sebou s cílem nalezení typických stylů narativní konfigurace. V tomto kroku se inspirováme některými postupy zakotvené teorie, zejména metody neustálého porovnávání (constant comparison) (Glaser, 1965). Cílem je nalezení typických vzorců, konfigurací zmíněných analytických kategorií. Ve třetím kroku analýzy byla předběžná zjištění opět konfrontována s původními daty.

K. Murray (1989) analyzuje příběhy lidí, kteří se rozhodli zaběhnout maraton a pro identifikaci žánru strukturuje zápletku vyprávění do zjednodušené kombinace narušení – krize – náprava, inspirován fázemi zápletky příběhu dle N. Frye (agon, pathos, anagnorisis). Právě tato struktura nám byla inspirací pro hledání meta-struktury zápletky příběhů změny v psychoterapii, kterou můžeme charakterizovat jako narušení/krize – řešení – vyústění. Tato meta-struktura nám umožňuje podat popis příběhů tak, aby byla zachována časová souslednost.

Fáze narušení/krize je běžně konstruována jako popis průběhu nemoci, příznaků, těžkostí. Řešení je v těchto příbězích většinou spojeno s psychoterapií, více či méně úspěšnou, s větším či menším osobním zapojením aktéra, u některých stylů vidíme, že součástí řešení byla často také konstrukce mentální práce participanta i mimo vlastní terapii. Ve fázi Vyústění je ztvárněn výsledek řešení, k čemu protagonista došel, co si případně uvědomil.²⁴

8.2 Zjištění

Byly nalezeny čtyři typy narativní konfigurace, které jsou strukturovány do částí narušení/krize – řešení – Vyústění. Každá z těchto částí zápletky bude popsána s užitím citací z rozhovorů a budou znázorněny i narativní kategorie, tak, jak se v té které části a typu narativní konstrukce objevují. Některé typy narativní konstrukce (zejména první a druhý typ) jsou popsány rozsáhleji a s využitím většího počtu citací. Je to z toho důvodu, že použité úryvky z rozhovorů mluví samy za sebe natolik výstižně, že by byla škoda je krátit nebo opomenout. Na konci popisu každého z typů je uvedeno shrnutí analýzy narativních kategorií a na konci celého výčtu typů je pro větší přehlednost zařazena tabulka srovnání nalezených typů.

8.2.1 Postavila jsem se za sebe

V tomto typu narativní konfigurace protagonistky konstruuji potíže jako „neschopnost postavit se za sebe“, „uvědomit si a prosadit své potřeby“, a to zejména v kruhu nejbližší rodiny a přátel. Potíže kulminuje depresí, úzkostmi, případně i psychosomatickými problémy a ústí do selhání jak vztahového, tak

²⁴ Podobně nalezneme třetí fázi příběhu pod pojmem anagnorisis – uvědomění u N. Frye (2003) a Vladimír Chrz (2007) anagnorisis definuje jako rovinu reflexe, v některých případech i co protagonista ztratil, co postrádá, co mu chybí, jaké je vyústění, výsledek jeho příběhu.

pracovního/studijního a do stavu celkové psychické beznaděje. Do psychoterapie „jdou“ tyto aktérky od začátku „naplno“, protože „teď je ta příležitost“, všímají si hlavně sebe, je zde znát obrovská motivace k vyléčení. Díky aktivní účasti ve skupině se s vysokou mírou aktérství dosahuje vyřešení potíže, aktérky konstruují příběh o momentu, momentech, kdy „nalezly samy sebe“, „uvědomily si, za co stojí“, „naučily se umět říct, co cítí a co chtějí, a stát si za tím“, „dospěly“ a podobně, často i za cenu interpersonálních konfliktů ve skupině, a tedy i převládajícího individualistického postoje ke změně. Dobře konstruovanými příběhy popisují změnu zejména v osobní, ale také ve vztahové rovině. Následně přidávají (často až ve třetím rozhovoru s odstupem času) propracované autobiografické zdůvodnění vzniku potíže.

Narušení/križe

Počátek příběhů je situován v čase do období začátku psychických problémů, které vedly k návštěvě psychiatra a zařazení do stacionáře. Zde je plně vykresleno „trouble“ – potíže, která představuje narušení anebo odchýlení se od normálního řádu. Pro tento typ narativního ztvárnění je typické, že protagonista i své narušení takzvaně „vlastní“: je tady znatelné výrazné aktérství, původ potíže je umístěn vevnitř – výroky jako „nezvládala jsem, nevěřím si, ponižovala jsem se“ anebo i „neumím přijmout kritiku, jsem vztahovačná“ –, i když se samozřejmě projevuje i navenek, a to hlavně v mezilidských vztazích, ale i problémy ve škole a v práci, a samozřejmě příznaky nemoci, jako jsou stavy úzkosti, deprese, únava a psychosomatické problémy.

Anna v prvním rozhovoru popisuje svoji krizi:

„Já jsem byla opravdu strašně zoufalá, byla jsem v obrovském stresu, pod tlakem z práce, že, že... selžu, že nezvládnou ty úkoly odevzdat, dostávala jsem se tím i do toho, že jsem práci nebyla schopná vůbec dělat, že jsem už jenom ležela a nepracovala jsem, byť tu práci jsem měla odevzdat, čili jsem byla úplně zablokovaná, neměla jsem, neměla jsem, to nebyla ani energie jak... prostě takový kolo, v kterým jsem se pořád motala, zároveň jsem byla strašně rozhozená z výkyvů nálad mého okolí a brala jsem si za vinu jejich rozladěnost třeba, myslela jsem si, že třeba... že to je všechno moje vina.

... prostě strašný pocity viny a výčitek, ze svého selhání, přitom okolí mě docela vnímalo poměrně jako úspěšnou, spokojenou, ale já jsem se tak vůbec necítila a připadalo mi to strašný.“

Zde jako hlavní figury vidíme paralyzující strach ze selhání a zranitelnost vůči náladám okolí, participantka si „vše bere na sebe“, „dává si za vinu“ a zároveň si reflexivně uvědomuje, že její vnitřní pocity jsou v nesouladu s tím, jak ji vnímá okolí.

Hanka také v úvodu příběhu zdůrazňuje vlastní podíl na vzniku své potíže:

„ ... tak trpívala jsem takovým pocitem jako ehm... bych řekla až k nenávisti k sobě samý, a k lidem okolo sebe jsem naopak byla vstřícná, zas tak jako přehnaně vstřícná, tak bych to řekla... a... víc lidí na skupině se vyjádřilo ve smyslu, že mám hroznou smůlu a tamto a tamto a já jsem jim říkala, ehm, že ne, že nemám smůlu, že prostě si takové věci (smích) sama tak organizuju a sama si je (smích) jakoby způsobuju, takže to není žádný smůla, ale je to spíš to, co já prostě dělám a... co já prostě ehm... připouštím ehm... aby se mi mohlo stát.“

Figura „rozdíl, jak mě vnímá okolí versus jak se cítím“ je přítomná i u dalších participantek. Zde uvedeme delší ukázkou z rozhovoru s Evou, která reaguje na otázku, jak by popsala sama sebe:

T (tazatel): Jak byste popsala samu sebe?

E (Eva): (smích)

T: Zkuste samu sebe nějak popsat, co jste zač?

E: Já nevím. (hlasitější smích)

T: Těžká otázka, že?

E: Strašně těžká otázka.

T: Hm.

E: Pro mě je to velmi, hrozně těžká otázka a upřímně třeba jako ne, nerada se jako nad tím, nerada se jako zamejšlim. (smích)

T: Nevadí, můžeme jít dál. Můžeme jako, pokud vám ta otázka nesedí...

E: Já to udělám tak jako obecně, že jo, to jako já zase jako naopak bych jako potřebovala, že jo, se zastavit a zamyslet se nad tím, jaká jsem. Ale jako hrozně se toho jako bojím.

T. Hm.

E. Bojím se, jak prostě, já nevím, si jako nevěřím a... a vidím se v nějakých prostě jako v negativním světle, tak se strašně jako... Vím, že to potřebuju, že bych to udělat měla jako nastavit si to zrcadlo a podívat se, ale jako strašně se bojím toho, že se prostě nějaký moje obavy a... a nějaký prostě představy, že, že jakoby je nezpochybním, že se jako potvrděj, že, že jsem jako opravdu jako tak jako hrozná a špatná a selhávající na všech jako nějakých polích mého života.

T: A jak by vás popsali ostatní, vaši blízcí, co myslíte?

E: (smích) Já myslím, že pozitivně, že... Nebo jsem vždycky se snažila, aby mě prostě jako vnímali jako, jako pozitivní, vždycky s úsměvem na rtech a bezproblémovou, kdo prostě nemá žádný problémy, nic pro něj není problém, všechno prostě jako dokáže, zařídí a je velice jako schopnej a výkonnej a dokáže prostě všechno a všechny jako zorganizovat a je za všech, jako je s ním sranda, za všech okolností, má ten úsměv na rtech, no. Což jako je ta iluze, je, je, je to taková ta maska, no.

T: Hm, hm.

E: Ale jako myslím, že jako docela dobře se mi na ní jako dařilo zapracovat celej svůj život.

V této ukázce se ukazuje kromě jiného i to, jak se v procesu výzkumného rozhovoru vynořuje význam, dost možná i pro samotnou participantku. I když šlo o otázky převzaté z Client Change Interview a Narrative Assessment Interview – „jak byste popsala samu sebe?“; „jak by vás popsali vaši blízcí?“, které můžou evokovat obranný postoj u participanta (viz kapitola 3), Eva se zcela v souladu se svým nastavením bojovnice, která „jde do terapie naplno a chce si vzít maximum“ vypořádala i s těmito otázkami velmi poctivě.

Hlavními figurami zde jsou strach z toho, že by se mohlo potvrdit, že je „hrozná a špatná“, a také rozpor s její sociální identitou jako „schopné, výkonné, vždy s úsměvem

na rtech“. Jedná se tedy zápas o autenticitu. Eva trochu ironicky naznačuje, že na své masce pracuje intenzivně celý život – tento náhled již předznamenává možnosti změny.

Řešení

Pro tento styl narativní konfigurace příběhů změny je typické, že protagonistky konstruují část „řešení“ jako aktivní, intenzivní reflexivní práci. Typické výrazy jsou „uvědomila jsem si, došlo mi“, přemýšlela jsem o tom i doma“, „bylo to těžké, ale vyšla jsem s tím ven na skupině“, „podařilo se mi promluvit i o věcech, o kterých jsem nikomu předtím neřekla“.

Anna popisuje již v polovině stacionáře, jak intenzivně pracuje na skupině i mimo ni:

„Je to moje první zkušenost s ní (skupinovou psychoterapií) a... je to opravdu, opravdu velmi přínosný. Myslím, že jsem jedna z mála ve skupině, nebo, která už od začátku té terapie, jak kdybych dostávala rány do hlavy... když jsem, pořád říkám no jo, aha... teď mi to došlo. Hodně mně to prostě jede, šrotuje v hlavě a už v pŕlce prostě se cejtím jako někdo jinej a i úplně jinak se chovám, jsem sebejistější... úplně neuvěřitelnej, neuvěřitelná změna... A když se mi teď cokoliv děje, tak to přinesu sem do tý skupiny. A taky to dělám, bavíme se tady o tom a... i taková ta vzájemnost mi dává pocit sebejistoty. A rozhodně o věcech jako přemýšlím, takže hodně mě to dává, no...

... věci, který jsem nechtěla přijmout, tak jsem prostě přemýšlela nad nima ne jako, abych je omluvila, řekla, že to tak není, přemýšlela jsem nad nima, proč mi to... proč mi to je nepříjemný, proč nad tím... proč se tomu zdráhám takhle a taky jsem tady v týhle terapii jakoby poprvé otevřeně prostě se třeba podívala kriticky na chování rodiny.“

Konstrukce řešení v tomto případě je výrazně aktéřská, změna je pevně v rukou Anny, pracuje na ní na skupině i mimo skupinu, konstruuje příběh v podstatě hrdinského boje s nesnázemi („věci, které jsem nechtěla přijmout, tak jsem prostě přemýšlela nad nima ne jako, abych je omluvila, řekla, že to tak není, přemýšlela jsem nad nima, proč mi to... proč mi to je nepříjemný, proč nad tím... proč se tomu zdráhám“).

Aktivní práce s nepříjemnými pocity i doma mimo terapii se ukazuje také v následujícím úryvku rozhovoru s Hankou:

„Teď už po nějaký tý době si myslím, že to někam teda vede, že přece jenom jsou věci, který potom člověka i doma najednou napadnou.... jako vysvětlující k něčemu, nebo pocit, kterej... najednou si vzpomenu na pocit a myslím, co si... kde jsem ho vzala, a najednou zjistím, že ho znám od dětství, že se mi vynořil už kdysi dávno a teďka při tý terapii někdy vyplul a já nevím, kde se prostě vzal... najednou se to vzalo. Takže po tom se zase třeba o tom bavím na tý skupině a zase můžu s tím pracovat dál, že se mi to nějakým způsobem ehmm... třeba podaří, nějak ho, jak bych to řekla, zpracovat, aby mi nevyskakoval v nepravou chvíli no... protože asi ty pocity, jak zjišťuju, tak na člověka zaútočí nečekaně a bůh ví odkud.“

Zde se ukazuje jakési reflexivní zkoumání, hledání původu pocitů, které se vynořují. Hanka vypráví o tom, že když přijde na to, že pocit například pochází z dětství, tak se dá lépe uchopit, zpracovat v terapii. Můžeme říct, že jde o aktivní proces hledání významu, dávání smyslu vlastnímu prožívání, a to v souvislosti s vlastním životním příběhem.

Eva dále konstruuje řešení potíže jako „dovolení si“ nebýt v pořádku, a tedy vlastně být takovou, jaká je:

„Když jsem řekla všechny ty, ne všechny, ale že, že jsem se tak nějak jako podělila o ty moje nepříjemný věci, tak to je jako by ze mě jako částečně jako dost spadlo, že už prostě nemusím jako hrát a předstírat jako na toho člověka, kterej prostě jako všechno jako zvládne a nic se mu neděje a jak je to vlastně všechno jako fajn. Takže taková... A že tady si to jako můžu dovolit, jo? Takže vopravdu ze mě jako částečně prostě jako spadlo to, co jsem prostě už jako několik let prostě jako hrála, že mi je jako dobře, a že všechno je jako v pořádku, a že jsem si jako, zní to jako blbě, že jsem si jako sama dovolila, sama sobě dovolila jako nebejt v pořádku a eště to jako ukázat. Takže taková jako, taková jako částečná úleva, že zase po strašně, ale hrozně dlouhý jako době jsem jako jsem sama sebou, i když, u když to jako, to co, jak se vnímám, není, není zrovna jako pozitivní, jo, že prostě jako jsem tady a... a... a není mi dobře, ale že jsem to vlastně jako já.“

V průběhu řešení se v tomto typu narativní konfigurace často, téměř u všech protagonistek, objevuje konflikt s členem anebo členy skupiny, ve kterém se naše hrdinky aktivně angažují. Jedná se o prosazení nově objevené potřeby sebepotvrzení i za cenu konfliktu, a to nejen u Anny (pro detailní analýzu konfliktu Anny s Karlem viz Studie 2.), konflikt ve skupině tematizuje také Eva a Monika, také ony, podobně jako Anna, vyprávějí o tom, jak se díky konfliktní situaci poprvé skutečně vymezily a postavily za sebe.

Konflikt tematizuje i Monika, podobně jako o Annu i o ni projevil zájem jeden ze spolu-pacientů, po odmítnutí byl na ni „hnusný“ a řekl jí, že za deset let na tom bude hůř, než je teď. Monika po víkendu plném váhání nabrala odvalu a v pondělí na skupině útočnicka konfrontovala, a bylo to poprvé v jejím životě, co se k takovému kroku odvážila.

V souladu s aktérstvím Evy, které je jaksi umanuté, s touhou mít všechno pod kontrolou a přesvědčením, že je potřeba vytěžit z terapeutické příležitosti maximum, je i její zdůvodnění potřebnosti konfliktů, kdy je potřeba „z toho něco vytřískat“. Celkově se v části řešení objevuje silné aktérství u všech protagonistek, jednou z nejvýraznějších figur je „postavila jsem se za sebe“, která se v různých obměnách objevuje ve všech příbězích:

„Když budu s někým souhlasit, tak z toho nikdy nic jako nevytřískám. Takže já jako naopak jako úplně kvituju, když má někdo opačnej jako názor nebo úhel pohledu než já, a že mě to jako, velice prostě cejtím, že se jakoby cvičím v tom, někomu jakoby oponovat, s někým nesouhlasit, s někým prostě argumentovat jako postavit se sama, sama za sebe.“

Podobně Anna, když vysvětluje svoje zapojení se do konfliktu s Petrem (podrobněji viz Studie 2) říká, že se v té hádce „strašně postavila na svoje nohy“. Hanka zas vypráví krásný příběh o tom, jak došlo ke klíčovému uvědomění, že „sama sebe stojí za to“, tento úryvek z rozhovoru je sice poněkud delší, ale domníváme se, že výstižně vykresluje vlastní aktérskou práci a moment změny, a proto ho uvedeme v nezkrácené podobě:

„T: Ta změna, že jste říkala, že si jakoby více stojíte za svým. Můžete to prosím trochu přiblížit?“

H: No, nejdřív se jakoby nedělo nic, potom konec února, spíš ten březen, duben ehm... se to začalo nějakým způsobem jako kdyby dít samo, jo, jako kdyby to prostě přišlo samo od sebe, pak jsem řešila dycky chvilčkama nějaký problém, nad kterým jsem přemýšlela už né teda ve vztahu, co se řešilo tady, ale vůbec jakoby, že jsem o něm přemýšlela sama... a pak jsem jakoby, teda podle toho nějak jednala, a jednou jakoby jsem si uvědomila, co jsem přemýšlela nad vším možným ehm... jsem si prostě jakoby v sobě řekla, že stojím sama za to, abych... ehm... abych si jakoby taky dopřála něco pro sebe... že prostě si ohlídám to, co je pro mě důležitý a... že na tom není nic špatného.

T: Vzpomněla byste si i konkrétněji? Co to bylo?

H: Ehm... no... určitě tam byl nejdřív problém nějaký s tou dcerou, že jsem si říkala, že si musím trošičku i vůči ní prosadit svou, že nemůžu bejt pořád matka, která prostě jí obětuje všechno, bude kolem ní poskakovat, a vlastně bude na mě akorát drzá, takže to jsem si jakoby prosadila, že řeknu tak a tak, a prostě to tak je, a když ne, tak ehm... to řeším tak, že zkrátka a dobře jí řeknu, ať si jde do svého pokoje, já si tam prostě dělám svý a nevšímám si jí... ona většinou se srovná (smích), přijde sama, že se... že se jakoby unormální, takže pak s ní teda jsem zjistila, že jsou možný chvilky, kdy je teda s ní rozumnej rozhovor a že si na něj holt musím počkat, protože řešit něco mermomocí, v daný okamžik těch jejích emocí nejde, ani v těch... mých, no a potom jsem řešila dost ten vztah, protože už někdy v tom únoru, březnu, to začlo skřípat, a začla jsem se tak jako cítit nespokojeně, tak jsem přemýšlela proč a co a jak, a usoudila jsem, že od partnera nedostávám navzdory jeho řečem a slibům nic jinýho než ty řeči a sliby, že ty skutky jsou tam jenom občas a v mnohem menší míře, že se jakoby k tomu vztahu chovám zodpovědnějc a čestnějc víc než on a dělám pro to víc než on a že teda bych měla sama sobě stát za to, abych vyžadovala totéž, pakliže to nebude, takže teda nebudu za každou cenu ten vztah akceptovat a začala jsem to taky řešit, no... tak jsem to holt nevyřešila a rozpadlo se to, protože z druhý strany jaksi chyběla spolupráce, ale na druhou stranu, nebylo to pro mě jakoby v tom taková katastrofa, protože považuju to za správný rozhodnutí, než žít v nějakým vztahu, kterej by byl opět nepovedeněj. Já nevim, jak se to stalo, prostě ono to bylo takový divný, že jsem v noci o něčem přemýšlela, rozhodla jsem se,

že to a to řešit nebudu a tak a tak, a že taky sama sobě stojím za to, abych prostě něco mohla vyžadovat... no a najednou prostě druhý den ráno jsem se probudila a cejtla jsem se jakoby strašně dobře psychicky jako jo... kdyby, to popíšu ten stav... jako kdybych se probudila a najednou sebenenávist byla pryč... jako kdybych všem všechno mohla odpustit a cítila k nim jakoby příjemné pocity, a přesto jim uměla říct ne, odsud posud, tady ne... a nevím, kde se to vzalo (smích) jako celej život to byl problém a najednou z jedné noci na druhou se to prostě obrátilo (smích) takto a zůstalo to tak... takže si myslím, že to asi je dobrý výsledek.“

Hanka zde konstruuje sekvenci toho, jak došlo k významnému zlomu v jejím příběhu změny. Sekvence postupuje od přemýšlení k rozhodnutí, novému způsobu jednání a následnému zhodnocení že „na tom není nic špatného“. Po dotazu na detailnější popis momentu změny vzpomíná na konkrétní noc, kdy přemýšlela a rozhodla se k určitému jednání, „že sama sebe stojí za to, aby mohla něco vyžadovat“, a následkem tohoto rozhodnutí se na druhý den probudila s novým pocitem „najednou sebenenávist byla pryč“ a v té chvíli věděla, že svým blízkým může říct ne, udržet si své hranice a přitom je mít stejně ráda. Můžeme si například domýšlet, že kauzální propojení mezi neuspokojivým vlastním jednáním ve vztazích s blízkými a sebenenávistí se u Hanky pravděpodobně tvořilo a utužovalo již delší dobu v rámci terapie i po ní, a ke změně chyběl tento důležitý moment – uvědomění si, že „sama sebe stojí za to“ a rozhodnutí ke změně jednání.

V konstrukci řešení potíže protagonistky zaujímají také pozice, v tomto typu narativního ztvárnění se nejčastěji objevuje pozice nesouhlasu, neboli vymezování se vůči těm členům skupiny, kteří na sobě nepracují, anebo se nesnaží, nejdou „do toho“ dost naplno:

„Přijdu si, že jsem, já jsem prostě udělala nějaký velkej pokrok v sobě a hem... mělo takovou ve mně prostě odezvu, že už prostě, pak pro mě bylo takový náročnější už jenom jako chodit sem, protože mě vlastně štváli lidi, kteří byli zaseklý ve svých problémech a že se neposouvali dál.“ (Anna)

Podobně Eva opakovaně vyjadřuje nesouhlas konkrétně s jednou pacientkou ze skupiny, která si často brala slovo, ale nikdy neřekne nic nového a ze zpětné vazby si nic nevezme:

„Mně přijde, že jako někdo sem chodí jenom jako vypovídat jako svoje jakoby křivdy jako jo a furt jako nedělá nic jinýho, než že jako rád pořád jako celejch těch jako šest tejdnu nebo jak dlouho jsme tady, nedělá nic jinýho, než že furt jako opakuje, jo. Takže to mně potom přijde takový jako, jako zbytečný, že jo? Protože jako člověk jako musí začít jako u sebe a ne jako, aby všichni jako hledali a dávali a ňáký jako, ňáký podněty a on nakonec stejně řekl, že to jako nejde a nic si z toho prostě jako nevzal.“

Vyústění

Vyústěním tohoto typu příběhů je dosažení změny. Změna je popisovaná jako „velká změna“, „neuvěřitelná změna“, „něco neuvěřitelného“, dokonce jako „zázrak“.

Eva, která studuje medicínu, vypráví o tom, jak nevěřila, že by obyčejné povídání mohlo pomoci změnit v jejím životě nějaké důležité věci:

E: „Nikdy bych neřekla, že se jakoby něco změní jenom tím, že si o tom budu být jako intenzivně s někým, s někým jako povídat a... moc jsem tomu nevěřila, že se ehm... že se teda tímhle způsobem dá nějak jakoby změnit, a asi kdybych to nezažila, tak jako nevím... jo jako někde jsem si přečetla, že to funguje jo.. ale (smích), ale jako je to... je to prostě, je to prostě zvláštní, jak... jak ehm... prostě na spoustu věcí prostě nevím, třeba půl roku i zpátky, je vidím jako úplně jakoby jinak a řekla bych, že jakoby líp no... že to jakoby není všechno katastrofa, spousta věcí se dá prostě... má řešení a to řešení nemusí bejt úplně jako špatný a tak, že ehm... tohle jsem třeba před já nevím tím rokem, ani tomu nevěřila, že, že to jakoby může bejt jinak no... ale jako samotnou, pro mě samotnou je to taková jakoby nevím, záhada, zázrak možná...“

T: Zázrak?...

E: (smích) Jo... asi jo...“

Anna a Zuzana zas mluví o proměně, o tom, že se cítí být jiným člověkem:

„Nečekala jsem, že to je možný jako, já jsem úplně jako jinej člověk no... ale jako trvale, i vidím, i vidím, jakým způsobem já komunikuju s lidma, jak se kom... jak ta komunikace je úplně jiná... Není to samozřejmě jenom o tom, že nejsem depresivní a že jsem veselá a radostná, ale že i v nepříjemných situacích, prostě si umím stát za svým a vím... co si myslím a co je můj pocit, tyhle ty návodný věci, který tady, myslím, to je přínos tý terapie... prostě neuvěřitelná změna, neuvěřitelná.“ (Anna)

„Musím říct, že po tý terapii sem někdy i sebe samu překvapila. Mam takový pocit, že chvílema začínám být opravdu někdo jiný, než sem byla předtím. Ale pro mne je třeba důležitý, že vnitřně cítím, že, teď jsme mluvili třeba o těch nepříjemnejch věcech, ale že se jako vnitřně jako člověk cítím líp. A možná ty změny, které probíhají, nejsou jako komfortní, úplně, ale já z toho mám pak vnitřně lepší pocit, že jsem nepotlačovala zase sebe samu, jak to mám ve zvyku dělat.“ (Zuzana)

V předchozích úryvcích z rozhovorů se objevují figury „neuvěřitelná změna“, „zázrak“, „jinej člověk“, „někdo jinej“. Tyto figury ztvárňují esenci změny, která ještě pravděpodobně bude v novém životním příběhu dále narativně zpracována tak, že respondentky ji přijmou víc jako sobě vlastní, viz Eva v jednom z předchozích úryvků říká „jsem to vlastně já“.

Jako potvrzení velké změny, která se udála, je spontánně (bez toho, abychom se na to dotazovali) používáno příkladů ze života, kde protagonistky ukazují, že již jednaly jinak, než bylo předtím pro ně obvyklé. Eva uvádí, jak zvládla komunikaci se sestrou v nemocnici, což by bylo pro ni před terapií naprosto nepředstavitelné:

„Stala se mi taková jedna situace, na kterou si teda jako pamatuju, jako kterou jakoby mám, když jsem šla k tátovi do nemocnice pro výsledky a tam byla nějaká sestra, která mě na první dobrou prostě odpálkovala, že mi to dát nemůže, že, že tam nenapsal žádný heslo a blablalabla a jako to já bych jako řekla před tím jako: ‚Děkuju. Na shledanou.‘ Teda možná vlastně před tím stacionářem bych tam možná ani nešla. To, to, to je, to je, to je úplně asi ta základní věc. Ano a pak kdybych tam teda došla, uslyšela teda tu odpověď, tak bych teda sklapla patky a odešla a tejdén si jako lízala rány a řekla si, už nikdy s cizím člověkem

jako nepromluví. A teď můžu říct, jako že jsem docela solidně jí jako zasolila a deset minut jsem jí tam prostě jako honila, ať tu jeho kartu najde a jestli tam to heslo opravdu není, ať se podívá, jestli tam není napsanej ten souhlas a teď kon ona tam tu jeho kartu jakoby neměla, takže prostě musela po oddělení jako lítat a to... A takže vlastně pro mě taková jako úplně předtím jako nepředstavitelně nepříjemná situace, do který bych s největší pravděpodobností ani nešla, tak teď jsem v ní byla a jako a asertivně jsem se jako chovala k cizímu člověku. Notabene ještě od někoho, od kterýho jsem jako něco chtěla, potřebovala a stejně jako jsem se jako nenechala prostě jakoby odbýt.“

Anna zas uvádí historku s manželem, při které jednala jinak, než bylo před léčbou pro ni běžné:

„Tahle zkušenost se mi vyplatila nejvíc v mém osobním životě, kdy... partner je právě taky trochu labilní a snažil se mi dát nějakou vinu... že si nevšímám jeho rodiny a takhle... a já jsem právě v tom klidu byla a říkám, tak mi dej konkrétní příklad, a teď jsem začla používat ty metody, který jsem se tady naučila a on najednou... ne tak... Je nerespektuješ, počkej, tak to je další, to je jinej problém... takže tě nerespektuju... a teď jsem to takhle probrala, ale nikam jsem ho nemanipulovala, jen jsem se chtěla dobrat toho, bylo mi to nepříjemný, ale nerozbrečela jsem se, nezačala jsem se jako omlouvat za svý činy a nenechala jsem si dát do hlavy výčitku... A to je prostě ta terapie, která se mnou takhle jako jako... Prostě pomohla no... a mělo to výsledek, promiň Markéto, já jsem se asi špatně vzbudil a omlouvám se, a šli jsme na oběd, jako že super, jinak by to dopadlo tak, že bych se třeba fakt zhroutila... takže skvělý, skvělý.“

Většina protagonistek také přiznává, že stále není všechno vyřešeno a že to je práce na dlouho, mají v plánu pokračovat anebo již pokračují v individuální psychoterapii a například Monika ještě stále má problémy se zvládnutím emocí, z jejího vyprávění je ale také cítit odhodlání na tom dále pracovat. Vzápětí konstruuje autobiografické zdůvodnění svých problémů a vypráví o tom, jak si díky terapii dokázala o minulosti promluvit s rodiči:

„Já když to řeknu hodně hnusně, tak jsem si hodně nechala srát na hlavu od všech, že jak si všechno беру, tak někdo mi něco řek a já jsem si to hned vzala k sobě, teď už se třeba snažím tomu člověku hned něco říct, nebo si to aspoň nenechávat v sobě, nedusit to v sobě, necejtít se ublížená, protože já si hrozně беру každou kritiku, takže tohle jsem si vzala, tohle se mi otevřelo a to jsem si uvědomila. S rodičema, dokážu jim říct svoje pocity a to, jak jsem prožívala ten rozvod, protože my jsme se o tom už pak nebavili, protože to nějak proběhlo a já když jsem byla malinká, tak oni ten rozvod řešili hodně přede mnou a hádali se přede mnou a mlátili se a všechno a já jak jsem neměla kolem sebe nikoho, tak jsem si to všechno dávala do sebe ty pocity, neměla jsem to komu říct a oni to na mně ani neviděli, že se trápím, já nevím, babičce jsem to neříkala. Takže to jsem s nima otevřela, bavila jsem se o tom, hodně s mámou.“

Autobiografické zdůvodňování slouží našim protagonistkám jako východisko pro pochopení nemoci a představuje vlastně rozuzlení příběhu. Objevuje se u všech příběhů tohoto typu narativní konfigurace, často propracované do detailu. Tato verze příběhu je vyprávěna v rozhovorech na konci terapie anebo někdy až v katamnstickém rozhovoru. Anna vypráví, jak si uvědomila, že její problémy byly způsobeny nevhodným stylem výchovy:

„Čím je starší můj syn, a vidím, jak se k němu chovají mí rodiče, ti prarodiče, že mají v sobě nějaký vzorec chování, který prostě uplatňují, tak čím dál víc vidím, že prostě bylo se mnou manipulováno a vlastně jsem byla bohužel vychována k tomu, abych jenom všem vyhověla a nedělala nic, co chci já. A to si myslím, že pak v té dospělosti jsem najednou sama se sebou neuměla prostě být. A z toho myslím, že byly ty deprese...“ (Anna)

Zuzana vypráví, jak se smířila s traumatickými vzpomínkami na dětství, kterými zdůvodňuje i svoje problémy v dospělosti. Navíc díky terapii lépe chápe svoji matku, která trpěla depresí:

„Jsem v takové fázi, že tomu příběhu víc rozumím, víc rozumím tomu jejímu jednání, které jako by bylo, možná to souvisí i s tím mým věkem, že mi je jako 40, to člověk taky určité věci vidí jinak, mezitím se mi podařilo vychovat dítě, takže s tou maminkou jako... nejsem šťastná, že jsem byla součástí tohoto příběhu,

ale na druhou stranu teď jakoby s ní víc soucítím a umím si to vysvětlit, že si to jako nevztahuju osobně. Druhá věc, kterou sem na tý terapii objevila, je, že se objevují určité mechanismy mého chování a jednání v určitých situacích, které jsou ovlivněny právě tou výchovou. A z toho teda nejsem nadšená, jakoby to dneska nezvládám, a že se spouští samovolně, a že mně to dokáže strašně hodně zasáhnout v ten moment. “

Výraznou figurou v těchto posledních třech úryvcích je „něco se mi v dětství dělo, a proto jsem jednala nesprávným způsobem“. Narativní zpracování zde spočívá ve vytvoření nových kauzálních souvislostí mezi specifickou událostí v minulosti (dětství) a potíží, a tedy vede k porozumění, vysvětlení své potíže. Toto porozumění dává protagonistkám nejen nový referenční rámec pro rozumění svým interpersonálním vztahům a svým možnostem, ale také potřebnou vůli ke změně jednání (ve smyslu „už chápu, proč to tak bylo, můžu to změnit“).

Shrnutí k narativním kategoriím:

Aktérství

- Výrazné aktérství ve všech fázích příběhu
- Aktivní snaha o vyléčení se
- Aktivní snaha o „dopátrání se“ původu potíže, o pochopení svého příběhu

Narativní pozice

- Změna z pozice „byla jsem moc hodná“ na pozici „už vím, kdo jsem, postavila jsem se za sebe“
- Zejména vymezení se vůči těm, kdo v terapii dost nepracují

Hodnoty a přesvědčení

- Je třeba být autentická, sama sebou
- Teď není čas na brání velkých ohledů na druhé, jde hlavně o mě
- Do terapie je potřeba jít na plno

Reflexivita

- Vysoká reflexivita, zejména v části řešení a vyústění
- Aktivní hledání významu vlastního prožívání
- Hledání souvislostí se životním příběhem

Srovnání s teoriemi žánru:

Tento typ narativní konfigurace má z narativních žánrů popsaných N. Fryem a K. Murrayem nejbližší k žánru romance. Příběh je o dosažení žádoucího v režii jedince, z pohledu hodnot je jednoznačně za dobré považováno dosažení změny. Také se zde vynořují figury, které jsou blízké hrdinskému boji, zápasu, hledání. I proto z pohledu žánrů A. Franka má tento typ narativní konfigurace nejbližší k žánru quest.

8.2.2 Neuměla jsem si přiznat, že je toho na mě moc, teď se to učím

Příběhy tohoto typu narativní konfigurace mají na první pohled společné výrazné téma, a to je přepracování a následné zhroucení. A také všechny protagonistky jsou ženy. Téma ale není to jediné, co tyto příběhy spojuje. Typický příběh narušení je konstruován tak, že hrdinka měla v podstatě dobré vlastnosti – byla prostě příliš pracovitá a zodpovědná, a nechala se zneužít zlou firmou anebo zlým šéfem, zjednodušeně řečeno vstupuje sem externí element, který hraje významnou roli ve vzniku potíže. Objevují se silné kontra-pozice vůči firmě, vůči šéfům, vůči pravidlům korporátního světa apod. a také strach ze stigmatizace od spolupracovníků po návratu z léčby a výrazné obavy z návratu do pracovního procesu. Celkově je v tomto typu příběhů víc akcentována sociální identita protagonistek, zejména pracovní vztahy. Ve fázi řešení je v těchto narativech časté vyhýbání se mluvení o těžkých osobních věcech na skupině, čekání na kouzelné slovíčko od terapeutů a dá se říct, že víc receptivní a méně aktérský postoj ve srovnání s prvním typem příběhů. Díky proběhlé psychoterapii nastává zhodnocování a přehodnocování dosavadního přístupu k životu a k práci a uvědomění si vlastní odpovědnosti za vzniklou situaci. Typicky si protagonistky (zcela v souladu se svým výkonovým nastavením) stanovují přesné cíle, své nové hranice a různé propracované metody, díky kterým v budoucnu dojde k zamezení opětovného ohrožení. Autobiografické zdůvodňování se v tomto typu příběhů objevuje jenom výjimečně a v omezeném rozsahu.

Narušení/krise

Popisy zhroucení v práci jsou velmi detailně propracované, jsou to historky, které se pravděpodobně již vyprávěly a budou vyprávět. Tyto příběhy barvitě vykreslují, jak se protagonistka nechala dohnat k přepracování, až došlo k psychickému zhroucení.

Alena začíná své vyprávění tím, jak nastoupila nedávno do nové firmy jako fakturantka, ale brzo se ukázalo, že „místo, aby rozšířili a posílili tu technickou stránku, změna programu, změna tiskárny atd., tak vlastně to posílení nedělali, dělali to na úkor lidského faktoru“. Kvůli tomu jí kopírování faktur často zabralo i 10–14 hodin denně. Mluvila o tom se šéfem a ten jí řekl, aby ještě vydržela, že se to brzylepší, ale tato těžká situace trvala dále. Samotný nástup nemoci je vykreslen jako napínavý příběh:

„A: A prostě začlo mi to, to úterý jsem tam byla od 7 od rána do půl desátý večer...

T: To je strašné...

A: Do čtvrt na devět a ještě jsem tiskla, takže jsem končila ve čtvrt na deset a musím říct, že už vod těch půl devátý mi tak nějak začalo bušit šíleně srdce, ale prostě, jako když máte dostat infarkt a blbě se mi i dýchalo. A prostě protože jsem tam byla sama, že jo. Tak říkám, co s tím, tak říkám, já otevřu okno, dobrý, to se mi udělalo líp. Tak říkám fajn, tak já to ještě teda dotisknu, tak jsem jako pak už mi to bylo, můžu vám říct, dostala jsem se do takovýho stavu, jak jsem to vydýchala, tak říkám, ať to dotisknu, jak to dotisknu, mně je to jedno, ve čtvrt jsem se sebrala a říkám a jedu domů. Můžu vám říct, že cestu metrem si ještě pamatuju, ale cestu autobusem, jak když mě někdo vymaže.“

V následujících dnech přišly vysoké horečky, nevysvětlitelná únava až neschopnost vstát z postele, až měsíc trvalo, než po všech možných vyšetřeních se konečně potvrdilo, že problémy jsou psychického rázu.

„... potom jsem se dostala do takovýho možná emočního vypětí a emoční spirály, kdy prakticky mě už skoro všechno otravovalo. Ne lidi, ale všechno, co mě bavilo, třeba vycházka se psem, vaření, třeba jsem ani nevěděla, co budu vařit, to teďka taky třeba nevím, ale mě to úplně už deptalo, jako co budu vařit a jak to nakoupim, když jsem nakoupila, tak už jsem byla vyčerpaná tak, že jsem to neuvařila, tím pádem jsem to mohla uvařit až druhý den, jo takže prostě pro mě to jako, spíš taková ta spánková deprese, byla jsem na ní dost naštvaná, že když už teda chrápu tolik hodin, měla bych bejt aspoň odpočatá, ale já fungovala hodinu a už jsem zas spala.“

Marie zas popisuje, jak se v práci snažila všechno stihnout a „neustále zrychlovala“, až dokud nedošlo k situaci, kdy se octla na dálnici v ohrožení života:

„Přestala jsem si věřit, někdo mi v té práci říkal, mohlo by to jít líp, tohle bys mohla zvládnout, já jsem věděla, že tak to asi není, ale nechala jsem se takhle blbě vymanipulovat, nedokázala jsem to zastavit, cítila jsem se strašně nepříjemně... Někdo mě postavil do nějaký koleje a říkal, jed', jed' rychle, rychle. Já jsem furt zrychlovala. Ale zrychlovat nemůžete donekonečna. Já jsem sem k paní doktorce přišla den poté, co jsem na dálnici, jezdím každý den po dálnici autem, začala jsem strašně brzdit, viděla jsem kamion, kterej byl přes 3 pruhy dálnice, začala jsem strašně brzdit, mam poměrně slušný auto, naštěstí ten člověk za mnou měl slušnější brzdy, tam žádný kamion nebyl, ale já jsem ho tam viděla. Já bych v tu chvíli na život své dcery přísahala, že to tam vidím, ale to bylo zřejmě už nějaký finální vyčerpání, kdy to tělo říkalo, hele nehraju, ale já jsem to neviděla. Já jsem to neviděla, až do téhle příhody.“

Kromě jiného je na uvedené citaci příznačné, jak halucinace kamionu a prudkého brzdění na dálnici (po které se jede samozřejmě co nejrychleji, hlavně když máte slušné auto) vlastně předznamenává eskalaci Mariiny potíže, která končila zhroucením. Příhoda na dálnici, ve které se jí zdálo brzdění, vlastně znamenala začátek prudkého zpomalení a změny v jejím životě.

V některých případech je již na začátku ztvárněno jakési přehodnocování, náznaky uvědomění, případně sebeobviňování za vzniklou situaci. Marie později dodává:

„Pracovala jsem 12 hodin denně, notebook o víkendech, z Českýho ráje na dovolený, já jsem byla v Austrálii na dovolený a v noci jsem řešila věci tam, to tady byl den, než jsem šla spát, šla jsem spát pozdě, kolem 12., tak mezi 10.–12. jsem úřadovala do Čech, což samo jenom říká, jaké já jsem pitomec.“

Viktorie podobně, při popisu jak došlo k přepracování, dochází k tomu, že byla zneužita a že „ztrácí sebe samu“:

„Najednou si jakoby zjišťuju, že ta firma vlastně spoléhá na tu mou zodpovědnost, na to, že já chci mít tu práci dobře, že to chci mít vždycky co nejlépe, a najednou zjišťuju, že se cítím nějaká zneužitá... já jsem se vždycky snažila dělat věci, jak nejlépe umím, někdy to vycházelo z mého vnitřního přání, někdy to vycházelo z přání někoho jiného, možná, to že člověk chce být jakoby dobrý a perfektní, tak ho to stojí hodně sil, protože takhle to v reálu fungovat

nemůže, nemůže to takhle fungovat každý den... tak je to asi především tlak toho okolí, když se chceme někomu zavděčit a ztrácíme sebe samy, no.“

Řešení

Psychoterapie je zde ztvárněna jako bezpečné prostředí a čas na vydechnutí, nabrání sil. V tomto typu příběhů protagonistky často vyprávějí o tom, jak se vyhýbaly na skupině mluvení o těžších problémech, vyhýbají se také konfliktům na skupině. Jediná Marie říká, že do terapie „šla naplno“. V příbězích se objevuje čekání na „kouzelné slovíčko“, které je zázrakem vyléčí. Důležitým znakem období řešení je strach z ukončení léčby a z návratu do práce, také obavy ze stigmatizace od spolupracovníků, dokonce v jednom případě i strach ze stigmatizace od rodiny. Fungování ve společnosti se všemi svými nároky je pro tyto protagonistky ohrožující, protože vnímají samy sebe jako zranitelné, i na konci terapie. Řešení vrcholí přehodnocováním svého přístupu k práci a uvědoměním si vlastní zranitelnosti.

Alena popisuje začátky ve skupině:

„Takže já jsem to sem šla zkusit. Prostě buď se to povede, nebo se to nepovede. Byla jsem v jednu chvíli přesvědčená, že se mi tady nedaří, není to podle mých představ, nikam se neposouvám. A sestřička mi tady říkala na tý ranní komunitě, že abych vydržela, že to jsou jako takový, být nás na to upozorňovali ze začátku, že to jede nahoru, dolu, nahoru, dolu... s čím nejsem ještě úplně srovnaná, tak nerada publikuju.“

Emílie také vypráví o tom, jak se jí nechtělo mluvit na skupině:

„Hlavně bylo fajn to, že na začátku, jak jsem nechtěla extra mluvit o sobě, tak když někdo mluvil o sobě, o svém problému, tak jsem si řekla, že budu poslouchat a nemusela jsem jako říkat já, že ten problém mám, že jo. Takže to mi ze začátku dost pomohlo, že jsem to nemusela říkat já.“

Stacionář je popisován jako „bezpečné prostředí“, „chráněné území, kde mi nikdo nemůže ublížit“, kde si mohou protagonistky oddechnout, nabrat síly. V tomto typu narativní konstrukce nejsou tematizovány žádné konflikty (jenom Emílie vzpomíná, že byla svědkem konfliktu někoho jiného ve skupině a že ji to rozrušilo).

Za všechny výroky zde uvedeme popis Aleny, do kterého se podle nás také vtipně promítá i její zaujetí prací:

„Skupina je úžasná, s lidma jsme si sedli, nejsou tu žádný větší konflikty, skupina pracuje úžasně... Opravdu jsme si padli do noty. Myslím si, že si nás dovedu představit jako pracovní tým.“

Slabší vlastní nasazení v terapii je u některých protagonistek vyváženo očekáváním zásahu zvenčí. Očekává se (a u Aleny se tak také děje) jakési čarovné slovíčko, věta, zásah ze strany terapeutů anebo spolupacientů, které by najednou všechno osvětlilo, vyřešilo. Alena vypráví, jak k takovému zásahu, který nazývá „Amorův šíp“, došlo v průběhu arteterapie:

„A: Uvědomovala jsem si to, věděla jsem, co mi skupina říká, jak to se mnou myslí, ale pořád to nebylo to pravý ořechový, co bych potřebovala slyšet, potřebovala se tím řídit, byla bych tím přesvědčená, protože jsem ještě říkala, jako je to dobrý, tak si odpočinu, pak půjdu do práce a uvidíme. A jak jsme tady kreslili, jak tady vidíme každého ze skupiny jako ve zvířecím světě, tak mě tady jeden kolega nakreslil jako zlatou rybkou, jako že splním každý přání, že vždycky mě ty lidi vycucnou, že splním ty tři přání a potom mě vodhoděj do toho moře, ale já jsem to chápala jako pozitivně. Že mám tu obrovskou moc, že můžu plnit ty přání, a vůbec nekoukala jsem na to nijak negativně. Ale paní doktorka psychologka mi říká: ‚No já nevím, já bych nechtěla bejt tou zlatou rybkou‘ a odešla. Možná tahleta její věta, která byla dobře střelená, vyvolala ve mně emoce strašný, já jsem si říkala, co ta ženská si o mně myslí. Proč mi to říká? Mě to strašně nasralo, ta její věta, a to je asi to, že ona mě nakopla. Uvědomila jsem si, že když každému budu plnit ty tři přání a potom mě pustěj, byť mám obrovskou moc, tak ale já budu vyšťavená a nebudu mít energii sama pro sebe, pro svůj život, pro svoje záliby, koníčky, co chci dělat, kam se chci posunout, protože pořád budu plnit někomu jinému ty tři přání. A právě proto, že mě takhle nakopla, jenom touhletou banální větou, která nebyla možná... dobře mířila...

T: A ještě odešla...

A: Jo. A já jsem to komentovala, že mně se to líbí, já jsem si to chtěla nejdřív probrat sama pro sebe. Já jsem jí argumentovala hned, stála jsem si za svým

názorem, chci bejt ta zlatá rybka, a vona říká, jak myslíte, to je jako vaše. No nicméně na ranní komunitě jsem se k tomu vrátila, protože jsem to potřebovala rozebrat, vzala jsem si to i do skupiny, byla jsem ráda, že tady byla, že jsem jí mohla říct jako osobně, že teda mě naštvála, že jsem pociťovala u toho po tý vyřčený větě, že u mě vládly negativní emoce, že jsem byla na sebe naštvaná, na ní naštvaná, že jsem to nemohla potom přežít, ale že asi brnkla tam, kde jsem potřebovala, že i když jsem na ní měla negativní emoce, byla na ní naštvaná, tak že asi tím se to dalo do pohybu. A stačila k tomu jedna dobře mířená věta. Byť tady mi to kolegové říkali v jiných fázích. Tak tahle věta byla, když to vezmu v metafoře, takovej Amorův šíp.

T: Hm, co následovalo potom?

P: Potom samozřejmě jak mi to řekla, tak jsem si to musela, ten Amorův šíp jako prožít, zpracovat, sama osobně já... tak nějak s ním pohejbat, rozebrat si to v klidu, dát si to na papír, kam se chci pohnout, jak to chci změnit, takže fakt mi to trvalo takovej týden, než jsem to překousla. Pak jsem si sepsala jako ty oblasti, jak pracovní, osobní, rodinný, trávit víc volného času, věnovat se kamarádům, vzít si knížku do postele, prostě nastavila jsem si ty oblasti, co jsem zanedbávala, co jsem zanedbávala vlastně, na co mně až tak nevyzbyl čas, ne že bych to zanedbávala, ale den má 24 hodin, takže nějak si nastavit takovej ten pevný režim, co bych chtěla, měla, musím. Dala jsem si to na papír, abych to měla před sebou, takže jo, to se tím pohnulo, fakt, potom jsem s tím šípem hejbal a rejčila, musím říct, že jsem potom i plakala, bylo mi smutno, byla jsem na sebe naštvaná, vzteklá, naštvaná, že jsem blbá, obviňovala jsem se, že jsem to nechala dojít až tak daleko, že jsem to neviděla dřív a tak dále.“

„Amorův šíp“ v podobě metafory zlaté rybky konečně dodává chybějící střípek významu, tak aby Alena plně pochopila to, co se jí skupina i terapeuti snažili říct již několik týdnů. Tento externí zásah je jednak něco, na co Alena čekala, „co bych potřebovala slyšet“, a také zde může být důležité, že přichází od autority, psychologky. V citaci je hezky ztvárněno, jak nové pochopení významu dokáže silně aktivovat emoce a následně motivovat k novému jednání. Zde můžeme kromě jiného vidět, že i řešení Aleny má výkonový charakter, například když říká, že si sepsala, co všechno musí změnit a „nastavit takovej ten pevný režim, co bych chtěla, měla, musím“.

V průběhu procesu psychoterapie naše protagonistky konstruuji vyprávění o přehodnocování svého dosavadního přístupu k práci a k lidem: co po nich chce okolí versus co by chtěly ony samy, ve velké míře, téměř u všech se objevují narativní pozice vymezování se vůči firmě, šéfům, pravidlům práce v korporacích a podobně.

Probíhá zde zhodnocování a přehodnocování toho, co je v životě důležité. Viktorie si postupně uvědomuje, že práce v korporaci, v tom nasazení, které ona má (a jinak to neumí, protože je perfekcionistka) je neslučitelné s jejím zdravím. Táže se, jak je možné, že jim v práci na školení tvrdí, že pracovní život se soukromým jde sladit (tzv. work-life balance), a ona to nedokáže. Začíná mít pocit, že firma jí obelhává.

„A u nás ve firmě je hodně takových různých školení, jak si ten život správně nastavit, takový ten správný poměr... a mně přijde, že to prostě nemůže fungovat... ať to беру zleva, zprava, tak já se nedopočítám toho, aby tam ten soulad byl. Bud' neumím počítat, anebo to, co nám říkají, je totální nesmysl. Neumím se dopočítat. Takže bud' by měl člověk dělat práci, kterou má aspoň trochu rád, a pak do toho ještě, neříkám že každý den, ale alespoň dvakrát třikrát do týdne opravdu si vyčlenit ten čas na sebe, ale říkám, nějak mi to prostě neseď, jakoby to, co oni se snaží říct, že tady je ta cesta, tam si myslím, že jakoby není všechno řečený na rovinu.“

Viktorie se celou dobu léčby potýká s obavami o svou práci, ještě i v průběhu stacionáře, když je práceneschopná, se nechá přemluvit šéfem, aby dále z domova vedla jeden mezinárodní projekt, protože „nikdo jiný ve firmě se v tom neorientuje, prostě mě teď potřebují“. Uvědomuje si, že „byla zneužita“, že byla příliš odpovědná, pečlivá, snaživá. Přehodnocuje také cenu vlastního času:

„I když teda nevím, co chci dělat, ale zjišťuju, že mě to tahá strašně dolů. Strašně mě to tahá dolů, vyčerpává, protože člověk tráví v té práci že jo spousty hodin, osm devět hodin, já ještě dojíždím, tak to máte hodinku tam, hodinku zpátky, a najednou teď zřetelně vidím ten nepoměr, kolik hodin dělám to, co nechci, a jak, jak málo hodin dělám to, co chci. A někdy to, co chci, k tomu se nedostanu vůbec, takže teď se ani nedivím tomu, že jsem tam, kde jsem.“

Dalším problémem je strašák stigmatizace. Emílie měla dokonce problém přiznat to, že navštěvuje psychiatrickou léčbu, i před svojí rodinou, ví to jenom manžel a v práci to ví

jenom jedna kolegyně. Strach ze stigmatizace je v našem prostředí pochopitelný, stále ještě je na duševně nemocné lidi, kteří se léčí na psychiatrii, pohlíženo s nedůvěrou. A v tak vysoce konkurenčním prostředí, jako je například marketingové oddělení mezinárodní korporace, kde pracuje Viktorie, je to jistě handicap. V takové práci prostě nejde veřejně přiznat, že se léčíte s duševní nemocí. Ví to jenom její šéf a Viktorie má obavy, že kolegové mohou začít něco tušit:

„No já se právě teďka bojím jako... já ani nevím v podstatě, jakou mám diagnózu tady. Ale jako o charakteru mých problémů ví teda jenom můj šéf a myslím si, že spousta lidí na tom jakoby přemýšlela, přece jenom nebudu půl roku v práci, tak to není jenom běžné nachlazení, a autonehodu jsem určitě neměla, takže spousta lidí nad něčím takovým určitě přemýšlí a vím, že se mi tam nebude vracet dobře do toho prostředí. A že se toho jako docela obávám, protože... jak mě ty lidi budou vnímat, že teďka se bude šuškat po chodbách, no to sem asi angínu neměla nebo něco takovýho, takže to člověk se bál i jako, to jeho sebevědomí, jak se asi skrz prsty budou koukat ti ostatní, tak to tam taky hrálo velký vliv.

Já jsem v té firmě pracovala 10 let a ani jednou jsem nebyla na nemocenské. Za těch 10 let ani jednou. Tak si říkám, že prostě, na druhou stranu, že to moje tělo docela jakoby hodně vydrželo, že z toho ani nemusím být smutná, že si to prostě vybralo teďka tu svou daň. Ale vím, že až se do té práce vrátím, že tam určitý pocit studu budu pociťovat.“

Firma je tedy v příběhu Viktorie ztvárněna jako místo, kde se zneužívá, lže, pomlouvá, jsou tam zlé mezilidské vztahy, dělá se tam to, co člověk nechce, co ho nebaví. Taková narativní pozice firmy ulehčuje odhodlání ke změně, která by mohla spočívat v budoucím odchodu.

V tomto způsobu narativní konfigurace je oproti předešlému typu kladen mnohem větší důraz na to, co si lidé kolem myslí, na udržení sociální identity. Vlastně i důvod vzniku potíže je konstruován jako důsledek nesouladu mezi možnostmi protagonistky a požadavky okolí: naše hrdinky mají kladné vlastnosti, ale tyto vlastnosti jsou okolím zneužity. Protagonistky si postupně uvědomují, že tyto jejich kladné vlastnosti mají

svoji zápornou stránku, a tou je jejich zranitelnost, a že se vůči dalšímu takovému nebezpečí potřebují obrnit.

K tomu pomáhá další proces přehodnocování, který spočívá v uvědomění si rozdílu mezi vlastními hodnotami a hodnotami dané firmy.

Marie říká „moje morálka a morálka té firmy je někde jinde“, „mám v životě navíc, než dělat něco, co mně nebaví“ a dodává:

„Já už se tomu teď taky směju, ale za to nemůže ta firma, kdybyste se mnou mluvila před dvěma měsíci, nebo já nevím jak dlouho, tak 6 týdnů, tak bych vám říkala, že ty firmy jsou hrozný, že dovedou ty zaměstnance až na kraj blázince a že je to hrozný a tolik toho po vás chtěj, když mi slíbili, že až manžel bude doma, že mi uleví, tak takhle bych s váma mluvila před měsícem. Teď si říkám, ty jsi taková kráva, že jsi se nechala zavést takhle daleko.“

Viktorie si před pár lety vzala hypotéku, a to zmiňuje jako hlavní důvod, pro který tak dlouho (8 let) vydržela pracovat v korporaci. V poslední době se ale situace začala zhoršovat, došlo k propouštění a odešli právě lidi, které měla Viktorie ráda. Největší ránou pro ní ale bylo, když se firma přestěhovala do open space prostoru.

V následujícím úryvku z rozhovoru můžeme vidět, jak Viktorie konstruuje jakýsi dialog sama se sebou o tom, zda se odváží po návratu do práce říct si šéfovi o přemístění do uzavřené kanceláře:

„... no a největší vrchol byl, když nás strčili do open space kanceláře a já sem se tomu tak strašně bránila a nechtěla jsem tam, úplně jsem tam bytostně nechtěla, normálně se mi doma stalo to, že jsem doma ztratila vědomí a omdlela tak, že jsem si rozbila tvář a to jsem si říkala, ajaj, tak to už je teda hodně. To už, to už jsem najednou věděla, že nevládne rozum, ale že to tělo si dělá, co chce. Tak to už přišel takovej jako hodně velkej vykřičník, že bych neměla potlačovat to, co v sebe mám... ale prostě nemůžu říct šéfovi, musíte mě dát do jiné kanceláře, mně se z toho dělá špatně. Takhle přece jako, umíte si představit něco takového provést? Ale já to možná udělám, až se vrátím, řeknu, že mi je prostě špatně, jako, že mi to nedělá dobře. Možná, že už se nebudu bát.“

Vyústění

Změna tak spočívá v tom, naučit se do budoucna rozpoznat ohrožení a umět s tím pracovat, obrnit se proti tomu, nastavit si hranice apod. Některé z protagonistek docházejí ve změně ještě trochu dál – začínají uvažovat o větší změně ve svém životě a to směrem k „chtěla bych dělat něco, co mě baví“. Toto se objevuje v závěrečných rozhovorech při ukončování stacionáře, nicméně při katamnestických rozhovorech po devíti měsících od ukončení léčby jenom Marie udělala krok tímto směrem, kdy při nové práci pro další korporaci dělá ještě dobrovolnickou činnost pro domov důchodců. Některé další protagonistky sice změnilly firmu, ale náplň práce zůstává více méně stejná.

Marie i Viktorie po návratu ze tříměsíční práceneschopnosti zažívají nemilé překvapení. Obě dostaly výpověď z důvodů nadbytečnosti. Marie to tak trochu předvíдалa i doufala, že dostane třeba hezké odstupné, pro Viktorii je to ale „obrovské zklamání“, které ji „z lidského hlediska hodně ranilo“, a je to také utvrzení v tom, že firma byla špatná a že musí svůj život nějak změnit. Výpověď následovala poté, co si dovolila nesouhlasit s výší odměny, kterou jí firma vyplatila za práci navíc, kterou dělala v období práceneschopnosti (kdy by pracovat neměla vůbec, ale „musela“ se starat o zahraniční projekt). Výpověď se nakonec pro ni stává jakýmsi odrazovým můstkem k dokončení změny:

„Nevím, jestli to tam ti lidi nevidí, přijde mi, že to tam prožívá více lidí. Jenže oni se bojí, bojí se projevit. Já jsem se taky nejdříve bála projevit... Oni pak zjistili, že nejsem už tou poslušnou ovečkou, začla jsem víc dbát na své nároky, začla jsem být komplikovaná... Stačí si s lidma promluvit a trošku jim otevřít oči, prostě byla jsem najednou nežádoucí. Po terapii jsem se stala nežádoucí. To, že jsem se ozvala kvůli těm penězům, byl ten spouštěč, najednou jsem přestala být ovečka. Ale myslím, že to patří k tomu, patří to k tý mojí... to byl především důvod, proč jsem byla v ESETu, už mi v té roli té ovečky nebylo dobře, najednou jsem ty hranice potřebovala rozšířit, a když jsem to začla dělat, začly přicházet první odezvy na moje nové chování, takže tak. Přilila jsem si trochu do ohně, ale jako nelituju. Nelituju, protože to by asi fakt nedopadlo dobře.“

V uvedené citaci z katamnestického rozhovoru je patrný výsledek narativní rekonstrukce, která by se dala zjednodušeně popsat jako změna z pozice zneužití oběti,

kteřá se snažila dělat svou práci co nejlépe, do pozice té, kteřá se projevila, kteřá se ozvala, kteřá přestala být ovečkou, tedy jakéhosi odboje vůči pravidlům i hodnotám firmy.

Vyústění tohoto typu příběhů často obsahuje uvědomění, že za problém je odpovědná hlavně protagonistka sama, že si ho způsobila svým jednáním, a také jsou formulovány nové zásady, nová pravidla, kterými se chtějí protagonistky v životě řídit.

Alena po ukončení stacionáře opět pracuje v podobné pozici, ale říká, že se snaží hlídat, aby nepracovala víc než 10 hodin denně. Vypráví také trochu bizarní příběh o tom, jak požádala jednoho kamaráda, aby ji sledoval, když půjde péct cukroví s kamarádkami a „zase to přežene“ a bude pracovat 36 hodin v kuse. Kamarád má sledovat, kdy a jak Alena „přešvihne svoji kontrolku“, a nějak jí pomoci v „nastavování“:

„Zjednala jsem si na to nastavování kamaráda, protože jsem přece jenom řekla, že ti druzí vás vidí v jiném světle než vy, a byla jsem tenhle týden, minulou sobotu, neděli jsem byla péct s kamarádkou a chtěla jsem si zkusit nebo byla ve mně touha prostě si zkusit opětovně začít dělat těch 36 hodin, aby ten kamarád viděl, jak to vypadá, když jedu, sledoval mě a zhodnotil to.“

Typická konstrukce důvodu nemoci neobsahuje téměř žádné autobiografické zdůvodňování, ale protagonistky si konečně přiznávají, že za problém nesou odpovědnost. Alena popisuje zpětně své vysvětlení pro vznik krize a také naznačuje, že tato krize je to, co potřebovala zažít, aby se mohla posunout dál:

„Ono to bylo tak, že jsem si nedokázala vlastně jakoby říct o pomoc. Takže jsem se tvářila navenek, že všechno je v pořádku, i když vevnitř bylo úplně něco jinýho. A pak, jak to okolí vnímá, že jste v pořádku, že jste silná, tak na vás nakládá dál víc a víc, že jo? A prostě jednoho dne to zkolabuje a už to nejde... A že si tím škodím, že to jako já už neunesu, tak to mě nikdy nenapadlo. A tím asi jak se to... A potřebovala jsem jakoby asi nabrat víc těch věcí a těch událostí, abych padla úplně na to dno, abych se dostala do toho stacionáře a pochopila takovýhle věci. Protože jinak bych v tom pokračovala dál, no... já si to uvědomuju, že jsem potřebovala dostat nálož větší, abych padla na to dno, abych se jakoby někam posunula.“

Příběh Emilie končí podobně:

„Ještě pořád nemám ten, někde ten pevnej základ, ale jak, jak se pořád jakoby na těch základech, který jsem si postavila, tak se staví další ty patra, tak si nejsem sebou úplně jistá. Ale určitě, že jsem jakoby pochopila, že, že za spoustu věcí si můžu já, že si je dělám sama. A že já sama je dokážu ovlivnit.“

Shrnutí k narativním kategoriím

Aktérství

- Méně výrazné v části narušení/krize a řešení
- Výraznější v části vyústění

Narativní pozice

- Protagonistka jako oběť
- Skupina jako bezpečné místo
- Firma/šéf jako ohrožení
- Okolí jako zdroj stigmatizace

Hodnoty a přesvědčení

- Přehodnocování své pracovitosti a odpovědnosti
- Přehodnocování vztahu k firmě a firemním hodnotám

Reflexivita

- Nižší ve fázi narušení/krize a řešení
- Vyšší ve fázi vyústění

Srovnání s teoriemi žánru:

Tento typ narativní konfigurace má v porovnání s předchozím typem nejbliže k žánru romance. Jde o příběhy o dosahování žádoucího, ale zejména ve fázi krize a řešení je změna v režii osudu, resp. ve vleku událostí: narušení je způsobeno externím faktorem a řešení je méně aktivní, viz například čekání na kouzelné slovíčko a menší zapojování se do procesu psychoterapie. Také z pohledu morálního řádu se jedná o zamezení ohrožení, ale ne formou jeho zničení (v romanci typicky boj hrdiny s drakem, kdy drak je shozen do propasti), ale spíše dosažení jakéhosi stavu příměří, kontrolovaného soužití s ohrožením. Murray (1985) zde při popisu žánru komedie používá termín „reconciliation“, tedy něco jako smíření, kompromis: všechny protagonistky hledají

způsob, jak přežít další život v korporacích, ve firmách, stanovují si nová pravidla pro toto příměří, jak se obrnit proti ohrožení.

8.2.3 Štěstí přeje připraveným

Tento typ příběhů je zastoupen pouze jedním participantem, a to Petrem, který byl jedním z protagonistů také v případové studii č. 2. Strukturu jeho příběhu ale považujeme za natolik zajímavou, že jsem se rozhodla ho rozpracovat detailněji s ohledem na narativní konfiguraci.

Narušení/krize

Krize je v tomto příběhu ztvárněna jako dlouhodobý problém v manželství, který vrcholí depresí a úzkostí. Petr si od stacionáře slibuje, že mu pomůže v rozhodnutí, které již 10 let nebyl schopen učinit, a to jestli v manželství zůstat, anebo odejít:

„Vlastně to, s čím jsem šel do stacionáře, bylo, že jsem potřeboval zjistit, proč jsem pořád hodně unavený a proč jsem v depresi a úzkosti, a... protože mám problém v manželství, tak řeším, jestli... chtěl jsem, abych.... aby mi stacionář buď dal dostatečněj nadhled nad tím manželstvím, abych v něm by schopnej vydržet dál, anebo dostatečnou odvalu na to odejít... je to věc, kterou řeším už asi deset let, jo... deset let to hrnu před sebou.... a nedělá mi to dobře.“

Petr od stacionáře čeká, že se jeho problém vyřeší, že mu stacionář „dá nadhled... anebo odvalu“. V této konstrukci je již naznačeno, že řešení se očekává zvenčí, podobně nižší míra aktérství, anebo spíše jakési přetrpění negativních situací a neschopnost učinit rozhodnutí je evidentní v celém popisu fáze krize.

Řešení

Ve skupině Petr sice mluví, a mluví hodně, ale jak sám přiznává, zůstává na povrchu, což mu říkají i terapeuti i spolupacienti (viz také studie 2).

„Já jsem se jakoby otevřel hned, co se týče toho mluvení, co se týče toho povrchového... já jsem sice hodně mluvil, a když tak bylo ticho, tak jsem se snažil vyplnit ty pauzy, ale pořád jsem jen řešil jakoby ty ostatní možná než sebe... já nevím... já jsem... já jsem měl tak jako pocit, že když sem budu poctivě chodit, bez nákejch absencí, že to se mnou bude něco dělat a že se pak uvidí...“

Zde je příznačné slovní spojení „že to se mnou bude něco dělat“, z kterého je evidentní, že Petr očekává, že bude nějakým způsobem vyléčen bez většího vlastního přičinění. Jeho úkolem je pravidelně docházet, tedy nemít absence a pak by „to“ mělo fungovat.

Petr podobně, jako participantky ve stylu „mám to strašně těžký a nejde to změnit“, konstruuje začarovaný kruh problémů, ze kterého lze jen stěží vidět cestu ven. V půlce stacionáře stále čeká na rozhodnutí zvenčí, v tomto případě od skupiny:

„Jo... tím, že já jsem byl v situaci, kdy jsem vlastně... minulej týden ve čtvrtek už opravdu řešil, co mám od toho stacionáře chtít, jestli se mám odstěhovat od té rodiny, abych mohl využít tu druhou polovinu stacionáře k tomu, abych měl od té skupiny podporu a... nějakým způsobem jsem za těch šest týdnů zpracoval to nejhorší, když už jsem dole, tak abych teda šel úplně na dno, abych to udělal všechno najednou, ale nevím, jestli je to dobře v tenhle moment to udělat všechno najednou, jo... protože druhá věc je, že jsem v situaci, kdy na to finančně nemám, abych si tohle mohl dovolit, a znamenalo by to, že bych šel tvrdě do mínusu, dokud bych se nedal dohromady...“

Při pravidelném kolečku reflexí na konce týdne, které byly vedeny hlavním terapeutem, a tedy největší autoritou kliniky, ale dochází v Petrově příběhu ke zlomu:

„Někde v průběhu těch čtrnácti dní tam došlo k nějaký změně... jo... no a vlastně to bylo v pátek, předtím jsme tady byli s hlavním terapeutem, a... to byla taky taková zajímavá situace, kde já jsem byl uprostřed toho kolečka reflexí, on začal těm lidem říkat už doporučení co dál... jo... prostě ty budeš pokračovat v individuálu, pro tebe časem bude lepší otočit ještě jednou nákej podobnej stacionář a takový... no a... já jsem si říkal, to je bezvadný, tak prostě budu také pokračovat v nějaký léčbě, a... no a když došlo na mě, tak jsem říkal, že bych taky rád pokračoval v nějaký léčbě... a pan hlavní terapeut mi říkal, vy nebudete pokračovat v žádný léčbě... ehm... vy už potřebujete začít něco dělat... sám. A jak jsem se těch deset minut těšil, jak mi řekne, že budu taky pokračovat, a byl jsem takovej jako spokojenej, že se tady zase někde zašiju na dalšího čtvrt roku a nebudu muset nic řešit, tak to pro mě byl strašnej šok a... no a takže vlastně v návaznosti na to, já už jsem se pár sní s tím kolegou domlouval, že to zkusíme (řídít auto, pozn.) znova, ale taky mě to namotivovalo, najednou to šlo.“

Petr konstruuje příběh o bodu zvratu, kdy jeho spokojené očekávání, že bude dál pokračovat v léčbě, bylo narušeno zásahem autority, tedy zásahem shora. Najednou je jasně dáno, že Petr další léčbu nepotřebuje a musí již začít něco dělat. Petr tento názor okamžitě přijímá jako danou věc a začíná jednat. (Zde je nutno poznamenat, že to byla ze strany terapeuta opravdu účinná intervence.) Jako zázrakem od této chvíle je v Petrově vyprávění znatelné výrazné aktérství, najednou „to“ jde.

Hned po „zásahu“ činí rázná rozhodnutí: sjednává si kolegu ze skupiny na kondiční jízdy, aby se mohl vrátit ke své původní profesi řidiče. V průběhu dvou dnů oznamuje manželce, že od ní odchází. Za další den ale zjišťuje, že to byla chyba, a rozhoduje se, že s manželkou zůstává. Z vyprávění je poznat, že Petr se snaží učinit finální rozhodnutí ještě před koncem stacionáře, aby jej mohl sepsat a přednést na závěrečné skupině. Závěr stacionáře popisuje jako hektické období, již má plány na to, jak se pokusí vrátit do práce.

Vyústění

Po necelém roce při katamnestickém rozhovoru Petr vypráví, jak se od ukončení stacionáře cítí dobře a že v jeho životě se dějí výrazné změny – našel si práci, nakonec se přece jenom odstěhoval od manželky, má přítelkyni a několik nových přátel:

Já bych to shrnul, že vlastně od toho staciku přicházej změny a nabídky změn, který já vnímám a který jsou vždycky o trochu rychlejší, než jsem já. To znamená, že chvílku před tím, než jsem připravenej, tak přijde nějaká možnost změny nebo něčeho nového. Já to musím rychle zpracovat, rychle se dotáhnout, tak abych s tou nabídkou byl srovnanej a abych na to mohl rychle zareagovat, než mi to uteče. No a ve spoustě věcech se mi to daří. Takže nabídka na práci přišla v momentu, kdy jsem neřídil, tak přišla nabídka na práci řidiče.

Takže v podstatě tím, jak u mě všechny ty změny nastaly v momentu, kdy jsem odešel z práce, prošel tou nemocí, tak v podstatě to byly takový jedna zkouška za druhou, kdy já jsem se postupně posunoval někam jinam, jo? Takže ta práce byl vlastně další posun, prostě hodilo mě to úplně, ale úplně jinak, jo? Ke svobodě, k pohodě a já jsem si uvědomil, že to, o co jsem usiloval, ty poslední dva tři roky, vo nějakou takovou jako vnitřní vyrovnanost, takže začíná pomalu přicházet. A že je to vopravdu, a že se začínám měnit já.“

Petr konstruuje aktérství, které je otevřené vůči „nabídkám změn“, na které aktivně reaguje, musí se rychle „dotáhnout“ než mu příležitost „uteče“. Výraznou figurou v této citaci je „posunování se od jedné zkoušky za druhou“, což může připomínat úrovně nějaké počítačové hry – když se dosáhne jedné úrovně, posune se na další.

Prostřednictvím kolegyně se Petr dostal k paní, která „dělá bachovky“ – Bachovy esence, a to Petrovi pomáhá při občasných stavech úzkosti, které stále ještě někdy zažívá. Z dalšího vyprávění se dovídáme, že paní nedělá jenom bachovky, ale také vidí auru a vykládá tarotové karty. Tento spirituální rozměr nabývá v Petrově novém životě velký význam, dokonce až takový, že sám začíná druhým lidem radit v jejich „osobním rozvoji“:

„Začlo se to hodně projevovat v práci, protože jednak se na mě začli obracet kolegové se svejma problémama, já jsem je vyslechl, občas jsem utrousil nákou jakoby radu, ale tak jenom zlehýnka. Snažil jsem se, aby mi to nebralo čas ani sílu, jo, ale nechával jsem tomu volnej průběh. No a v momentu, kdy mi kolegyně, se kterou jsem byl patnáct let na nože a teď už jsme v pohodě, tak když mi řekla, ‚hele co to má znamenat ten nověj ten tvůj nověj guru styl?‘, tak jsem pochopil, že je vidět, že se začínám měnit.“

V katamnstickém rozhovoru dochází i na rekonstrukci důvodu vzniku potíže, nově dostává krize jasné obrysy a časové ohraničení, a to v souvislosti s duchovním zážitkem, přechodem přes žhavé uhlí. O tomto zážitku Petr v prvních dvou rozhovorech nemluvil:

„Nemoc vlastně přišla v souvislosti s dvouma věcmi. Měsíc před tím, než přišla nemoc, tak já jsem absolvoval takovej nákej víkendovej, víkendovou akci s tím přechodem přes to žhavý uhlí, kde to bylo hodně vo duchovnu a já jsem měl možnost tam hodně přemejšlet, něco jsem si zažil, spali jsme potom v teepee, běhali tam náký energie, byl tam voheň v teepee a takovýdle věci. Ráno jsem se vzbudil hodně brzo, vo tři hodiny dřív než vostatní a měl jsem absolutní klid na to si to zpracovat, jo? Přemejšlet si a tak jako se zklidnit. Pochopil jsem, že to, co bylo do toho momentu, nebylo to, co chci. Začal jsem to chtít jinak, ale nevěděl jsem jak. Najednou jsem měl vobrovskou potřebu všechno změnit a vod všeho si odpočinout. A v momentu, kdy ta potřeba byla vopravdu velká, tak se

realizovala tím, že ta psychika mě prostě vodpojila a umožnila mně si udělat tu pauzu. Takže já to vnímám vopravdu tak, že to, co jsem chtěl, jenom jsem nevěděl, jak to udělat, tak ta psychika udělala za mě. Prostě mě ustříhla vod toho, co bylo, a donutila mě naprosto natvrdo a nekompromisně si udělat přestávku a udělat si ten restart.“

V této citaci je vidět, jak Petr pře zpětném pohledu na svoji krizi rekonstruuje příběh změny směrem k většímu aktérství v části krize. Formulací „psychika mně prostě vodpojila a umožnila mně udělat si pauzu“ Petr sám sebe narativně umísťuje mimo svou psychiku, avšak nevíme, co přesně pod pojmem psychika míní.

Petr konstruuje nový systém hodnot a přesvědčení, který je ztvárněn v následujících dvou citacích:

„T: A věříte více v osud, nebo ve svoje nějaké schopnosti?

P: Věřim v oboje. Myslim, věřim v to, že štěstí přeje připravenejm. V podstatě, když to shrnu. To znamená, že já můžu ovlivnit to, jestli budu dobře vnímat věci, který přicházej tak, abych dokázal využít všechny možnosti, který mi osud přináší. A můžem tomu říkat osud, můžem tomu říkat život, je to úplně jedno. Jo? Snažím se brát si ze všeho trošku to, co potřebuju na to, abych si byl víc jistej, abych byl silnější, jo? Takže pokud se můžu opřít o přátele, který jsou materiální, tak se o ně opřu. Pokud se můžu opřít o paní, která dělá karty, nebo o lidi, který dělaj energie, tak se vo ně taky vopřu. Jo? A nemam problém to kombinovat, jo? Jediný, co se snažím, abych nekombinoval moc věcí, protože pak to může jít proti sobě.“

...

„T: A tehdy, jak jste vzali tu práci, co ve vás probíhalo?

P: No já jsem řek, že to prostě, že to prostě zkusím a že udělám všechno pro to, aby to fungovalo. Jo? Samozřejmě, že jsem nevěděl, jak to dopadne, jo? Ale to je přesně to... Je to prostě skok někam, kde to neznáte, a máte to podepřený jenom tím, že věříte tomu, že to dobře dopadne. Vy to nevíte, jak to dopadne, ale prostě věříte. No já prostě věřím, že to bude dobrý, věřím, že si to užiju. No prostě, jdu do toho a nechávám tomu volnej průběh. To je další věc, kterou jsem se naučil a co mě učí i ta paní tady odsud, co dělá ty karty, že ty věci musím nechávat

přirozeně běžet, protože když to moc tlačím, tak pak zasahuju do toho, jak je to přirozený, jo? “

Shrnutí k narativním kategoriím

Aktérství

- Nízké ve fázi narušení/krize i ve fázi řešení
- V bodě obratu na konci terapie dochází k výraznému zvýšení aktérství, ale ne autorství, Petrovo autorství lze popsat jako reaktivní

Narativní pozice

- Pozice sebe jako trpitele, který čeká na řešení zvenku
- Pozice sebe jako člověka, který ví, jak dobře žít, ví, jak na to

Hodnoty a přesvědčení

- „Šťěstí přeje připravenějm“
- Když se to nechá přirozeně běžet, bude to dobrý
- Je potřeba využít všechny možnosti, které osud přináší

Reflexivita

- Ve fázi krize a řešení nízká, ve fázi vyústění výraznější

Srovnání s teoriemi žánru:

Tento typ narativní konfigurace má z narativních žánrů nejbliže k žánru komedie, jedná se o dosahování žádoucího v režii osudu. Tento příběh změny je zajímavý tím, jak pracuje s „nabídkami“ osudu. Klíčové slovo zde je příležitost – Petr se do každé situace „vměstná“, přizpůsobí se, takže jde o typ adaptivního aktérství, ale již ne autorství, jeho autorství je reaktivní. Díky longitudinálnímu designu opakovaných rozhovorů máme možnost vidět, že jeho konstruovaná identita je jaksí nekonzistentní. Zde se nabízí jako nejvhodnější označení „adaptivní vykutálenost“.

8.2.4 Mám to strašně těžký a nejde to změnit

Hlavní charakteristikou tohoto typu narativní konstrukce je, že se jedná o příběhy o změně, která neproběhla. Narušení/krize, která je dlouhodobá, ve většině příběhů (s výjimkou Ester) není nijak naznačen začátek krize ani její důvod. Charakter potíže je

většinou dost obecný a stěží řešitelný – jako například samota, existenční problémy, starosti s rodinou, sled různých negativních událostí a podobně. Řešení, anebo spíše neřešení, je spojeno s vyloučením ze skupiny, pocity nepochopení, konflikty a silnými negativními pozicemi vůči skupině. Typická je vlastní pozice oběti, na kterou skupina útočí, a s tím související pocity nepochopení a samoty. V rámci řešení se konstruuje patová, neřešitelná situace, kdy protagonistky již trochu vědí, co by se v jejich jednání mohlo změnit, ale také vzápětí dodávají, že to z různých důvodů změnit nejde.

Vyústěním je na konci stacionáře pocit selhání a zoufalství, v následných katamnestických rozhovorech se většinou objevuje mírná naděje na případné zlepšení anebo alespoň ochota pokračovat v další terapii.

Narušení/križe

Fáze narušení/križe v tomto typu příběhů není jasně ohraničená, protože všechny participantky mají chronické, dlouhodobé problémy, které se stupňují, a stacionář je u většiny z nich již nekolikátým pokusem o řešení. Tyto chronické problémy mají jeden společný rys, a to ten, že jsou velice obtížně řešitelné, až neřešitelné. Problém je konstruován jako série negativních situací, které se prostě staly, v příběhu není konstruováno jejich zdůvodnění, a protagonistka je postižena těmito situacemi nebo tímto stavem.

Například Silva označuje za svůj největší problém samotu a existenční nouzi, hovoří o „začarovaném kruhu“:

„No já to právě mám jako to dokola. Tu samotu, kterou, s čím jsem sem vlastně přišla. Dlouho jsem řešila úplně jiné věci, jako existenční a rodinné záležitosti, co teď není dobrý. Tu práci mám. A k tomudle jsem se dostala až dýl, a v podstatě je to takovej začarovanej kruh, kterej když se vrátím z něčeho, tak to stejně skončí tady u těch dvou věcí. Buď samota, anebo co teď já budu, jak já budu fungovat – kde budu, co bude dál. A nemůžu najít prostě třeba příčinu na tu samotu a nevím, co bude dál. To jsou moje dvě zásadní věci, že teda to vím, ale nevím, co s tím anebo jak co dělat, no.“

Metafora začarovaného kruhu již naznačuje, že potíže je vlastním jednáním protagonistky neřešitelná. Figura „jak já teď budu, co já budu, nevím co s tím“

ztvárníuje bezradnost, obavy z budoucnosti, zoufalství. Z citace dále vyplývá, že protagonistka čeká, že ve stacionáři dostane jakýsi návod „jak co dělat“.

Chronické problémy u Dany vrcholí zhroucením, k čemuž konstruuje poměrně rozsáhlý popis až neuvěřitelných těžkostí, kvůli kterým byla několik týdnů i hospitalizovaná v psychiatrické léčebně a teď „skončila“ tady:

„D: No, já jsem měla nějak strašně moc starostí. Všechno, všechno možný. Mamka – mozková mrtvice, přestala mluvit, chodit, kopala do mě. Tatka – rakovina, chemoterapie a umřel. Sestra vlastní umřela. Tři kamarádi mi umřeli, tři tety, dva strejdové. Dcera, že má rakovinu štítný žlázy, a místo aby šla do nemocnice a na operaci, tak se vydala sama pěšky do Santiaga, takže ušla sama přes tři tisíce osm set kilometrů. Prostě všechno. Rozváděla jsem se, podved mě právník. Ted' jsem, ted' mě dal k soudu. Do toho jsem, protože jsem chodila s přítelem, tak do toho on onemocněl, měl tři tejdny, přecházel třetí infarkt a měl protrženou chlopeň, takže když jsem ho dopravila, nebo přinutila, že musí jít k doktorovi, tak řekli: ‚To bude dobrý‘. A najednou mi řekli: ‚Dyť on je v kritickém stavu, během měsíce sedmkrát, prostě umřel.‘ Ho oživovali, byl prostě úplně mimo. Z úžasnýho chytrýho chlapa se stal sprostěj blbec. No prostě všechno, všechno dohromady.

T: To je drsné.

D: A do toho, jak jsem se rozváděla, tak já jsem si vzala půjčku a ptala jsem se, jestli náhodou mi něco nehrozí: ‚Ne, v pohodě‘. Takže v šedesáti třech letech splácím už šest tisíc šest set měsíčně, no a dostala jsem v práci padáka. A ten právník mě dal k soudu s tím, že ještě mi vyhrožoval, že jak zastává ty grázly a všechno, tak takhle luskne prstem a oni mě přijdou třikrát do tejdne vybělit, třikrát do tejdne strískaj celou moji rodinu a tak. Takže já strašnej strach a spala jsem dvě tři hodiny za tejden, no a najednou jsem se úplně, prostě klepání a nebyla jsem schopná nic. A do toho manžel, že mu je špatně, tak vzal pistoli, že se jde zastřelit. Já jsem mu jí otočila k sobě a říkala jsem: ‚Zastřel mě!‘ a najednou mi bylo strašně dobře a strašně jsem chtěla skončit, úplně, že to je to nejlepší, co můžu udělat pro všechny. No a takový věci se mi začaly tam dít najednou, co já dřív neměla. A takový to klepání a dýchat nemůžu a pak jsem si

někde akorát svezla na zem a tam jsem se klepala a brečela jsem a prostě takový, no děs, no.“

Ester uvádí, že problémy má již od dětství, setkala se se šikanou, s „fyzickým násilím ze strany rodičů“, pak příliš brzo uprchla z domu, měnila zaměstnání, nezvládala školu. Vystřídala již několik typů psychoterapie a „někam se sice pohnula“, ale její psycholožka jí navrhla, ať zkusí tento stacionář. Jako svůj největší problém označuje neschopnost normální komunikace a vztahů s druhými, má „blok v komunikaci“, setkává se pravidelně s nepochopením:

„Se to sypalo, protože jsem vůbec nevěděla, co s životem, nic, udělala jsem milion kiksů, prostě, protože jsem tak jako samozřejmě odešla brzo z domu, takže jsem se snažila se živit, úplně to nefungovalo, nefunguje to doted', prostě, všude jsem narážela, všechno možný. Je to problém, který jako musím vyřešit, jako vím, že musím, protože bez toho fakt jako nejsem schopná nějak jako existovat.“

Řešení

Zkušenost se skupinou těmto participantkám „nesedla“, zažívají opakované momenty nepochopení, necítí se ve skupině bezpečně a je jim zatěžko do skupiny dál docházet. Vyprávějí o tom, jak se snaží a jak to nejde, protože skupina je nechápe, nepřijímá, ostatní jsou vůči nim nespravedliví, co se týče například vyžadování dodržování pravidel. Některé participantky popisují pocity, jak je skupina pomlouvá za jejich zády. Jsou konstruovány silné pozice proti skupině jako celku a také vlastní pozice oběti. Dalším výrazným rysem fáze řešení je intenzivní přehodnocování toho, jak vidí sebe samé pod vlivem reakcí skupiny.

Dana a Helena zažívají na skupinách intenzivní konflikty, popisují různá interpersonální nedorozumění a připouštějí (Helena ve větší míře než Dana), že možná by mohla být část problému také na jich straně.

Dana popisuje eskalaci konfliktu a jak navzdory tomu, že se fakt snaží, nedokáže pochopit, co udělala špatně a proč ji ostatní nechápou a nadržují druhé pacientce. Také se zde promítá silná narativní pozice vůči pacientce Káje, která byla ve skupině oblíbená a skupina se postavila na její stranu:

„Když mi takhle tady odsud křičí do ucha, který mě bolí, tak prostě já už jsem byla úplně... Já jsem říkala a prostě teď každému furt do toho skáče, jo? Nikoho ňák nenechá domluvit, tak já: ‚Kájo, prosím tě, nech toho.‘ Teď jsem... a viděla jsem, že paní doktorka se nadechuje, teď že chce něco říct a Kája zase vyjela. Ta se takhle koukala na sestřičku a já říkám: ‚Kájo, tak koukej kolem sebe, ne? Mlč chvílku.‘ Jo? A oni, že ji napadám, no.

A výsledek byl, že teda oni, že se mi Kája snažila pomoci a já jsem na ní byla hnusná. A já jsem řekla, že, že prostě jsem to od ní necejtila upřímně a že mi to strašlivě vadilo. A když někoho pětkrát prosím, aby mě nechal na pokoji a von furt reje dál, takže prostě mně to vadí. No a všichni se tady postavili... Kája začala brečet, že jsem jí ukřivdila, že jsem, že se k ní chovám blbě. No a všichni se postavili na její stranu, takže já jsem, já jsem zřejmě úplněj, úplný hovado, opravdu, který se prostě neumí chovat, ale... A furt, celej, celou tu skupinu dneska chtěli, abych, abych jako přiznala tu vinu svojí a omluvila se jí za to, že jsem jí ublížila... A mně hrozně vadí, že nikdo to nemůže cejtít tak jak já, já nevím... ale že to nikdo nepochopí, to, to co povídám já. Já nevím, co jsem to teda za člověka, že si opravdu vymejšlím věci, který nejsou nebo? Já tomu prostě nerozumím. Nevím, co s tím mám udělat.“

Heleně zas „skupina řekla“ že na ně útočí a že všechny obviňuje:

„Takže minulej tejden, to jsem tady jako prej obviňovala všechny, tak mně to tak nepřišlo, já si myslím, že jako říkám svůj názor.“

Ester vypráví, jak chodí do stacionáře „se sebezapřením“, skupina pro ni „není moc příjemná“ a neví, „jestli to má nějakou cenu“. Její nepříjemná situace ve skupině se vyvíjela postupně:

„Nedělalo mi ani moc problém si třeba vzít slovo na té, na těch skupinách na začátku, když ještě všichni jako tak nevěděli, co, ale... No a jakoby ale čím dál tím víc nějak jsem začínala jakoby komunikovat, respektive nekomunikovat, tak, no tak jako jsem se poměrně dost jakoby separovala, což teda je můj takovej problém, takže jsem si tak nějak připomněla veškeré ty jako vlastně problémy, které tak nějak jako zažívám v tom životě s tou, s tou izolací a tak, takže se mi to tak jako úspěšně opakuje i tady, no. Takže vlastně ty první dny byly nejlepší a

každý další den byl pro mě horší a horší a horší. ... Ale jakoby na začátku právě, mně to přišlo jako boj o pozice a prostě taky jako si každý chtěl jako urvat prostě to svoje místečko to, hm, toho přijetí a tohle, tak jako prostě tak jako všichni to a jakoby já jsem prostě jako zase cítila to, že jsem fakt něco prošvihla jako a že to prostě bude blbě, jo...“

Nejsilnější charakteristikou této fáze je silné negativní vymezení se, anebo narativní pozice, vůči skupině jako celku. Skupina pro naše protagonistky není bezpečná a někdy nemají ani chuť se dále skupiny účastnit.

„No, to jsem měla ten velkej propad, že jsem tam nemohla jít, že jsem se tam necejtila bezpečně. Že vlastně jsem jakoby otevřená rána, do který všichni sypou sůl, aniž by to věděli, jo? Ale že spousta věcí mi ubližuje a nejsem na to v tuhle chvíli připravená. Nemám na to sílu a nemůžu tam jít.“ (Helena)

Participantky připisují skupině různé negativní charakteristiky, například Ester i Dana vyprávějí, jak měly opakovaně pocit, že skupina je pomlouvá za jejich zády, Helena má zas pocit, že se „všichni spikli“ proti ní. Dana konstruuje popis chování členů skupiny jako chování zlomyslné smečky, která si vždy přisadí, když se na někoho útočí:

„Dycky ty v tý skupině něk bojovali, někdo proti někomu a v tu chvíli maj ty ostatní jakoby klid, takže když se to někam otočí, tak, tak, tak se přidaj.“

Daně se v závěru stacionáře ještě povedlo pohádat se s celou skupinou kvůli tomu, že nerozlišuje měkké a tvrdé drogy a odsoudila kouření marihuany, ke kterému se přiznali dva členové skupiny. Ukazuje se, že Dana zastává poměrně konzervativní hodnoty, což jí také ke skupině nepřiblížilo. Podobně jí vadí, když se o rodičích mluví sprostě:

„No ale jako když slyším, ta Kája jednak mě strašně vadí to, jak se vyjadřuje o tom svým tátovi. Já nevím, jak může říkat, že je zmrda a takovýdle, takovýdle slova o tátovi, prostě mně to šíleně vadí jako u... Prostě ty děti by se měly chovat slušně k těm rodičům a... a ona řekne: ‚Máma je kráva, protože po mně chtěla, abych uklidila.‘ No tak mě to vytáčí tohle jednání, mě to prostě vytáčí. A Kája je chudinka, protože máma po ní chce, aby uklízela.“

Neznamená to ale, že tyto protagonistky si nic z terapie nevzaly. V příbězích se objevují různá větší či menší uvědomění si něčeho, co je potřeba v životě změnit, jak je správné jednat. Avšak tato uvědomění drtivou většinou končí tím, že sice vědí, jak by měly jednat, ale z různých důvodů to nejde. Konstruují tak pro sebe bezvýhodnou situaci.

Dana vypráví o tom, jak si přece jenom něco na skupině uvědomila, a to díky tomu, že mohla slyšet perspektivu druhé strany v konfliktu podobném tomu, jaký zažívá ona se svou dcerou. Ale vzápětí vyprávění ukončuje tím, že sice ví, jak by se správně měla chovat (omezit volání dceři), ale že to prostě nejde.

„Dneska, jak mluvila ta holka, že máma se k ní chová špatně, a ta máma se k ní chová úplně stejně jako já ke své dceři, že jo? A nechápu, co ta holka proti mně má, když já jsem všechno dělala pro ní, že jo? ... No a nechápala jsem to vůbec a ta byla celá nešťastná, našťvaná, že jako máma jí pořád kontroluje, že když někam jde, tak chce vědět telefonní číslo, když někam jde. Samozřejmě! Já to vidím z té pozice té mámy a ta máma má o to dítě strach! To je prostě celý, chce vědět, co bude. Holce je jednatřicet a já ten strach mám pořád, to se asi nikdy nezmění. No ale naučila jsem se, že už teda... Já jí furt volám a říkám, ona mi nikdy nezavolá. No a bývalý manžel: ‚Ty jí nenecháš, nedopřeješ ten čas, aby ti mohla zavolat.‘ No, takže jsem musela omezit to volání a ona se mi pak ozvala, že jo? No jenže já už to nemůžu vydržet, to se nedá tak dlouho vydržet.“

Podobně Silva konstruuje patovou situaci:

„S: Protože já jako vidím na sobě, já bych chtěla bejt zdravá. A chtěla bych prostě fungovat, ale eště to není v té fázi, no.

T: A věříte, že budete jednou zdravá?

S: No já doufám. Jako chci to. U mě to je hodně o té samotě. Prostě naučit se žít sama, sama prostě bez té rodiny, no. Ale teďka prostě to nejde, protože nejsem finančně zabezpečená a nemám žádný dobrý vyhlídky. A vlastně, už mi bude končit nemocenská, takže nebudu mít ani peníze. Prostě je to, je toho hodně, no.“

U některých participantek dochází k přehodnocování pohledu na sebe sama, například Helena, která dostala od skupiny velmi špatné zpětné vazby, vypráví, jak se snaží něco si z toho vzít:

„H: A zjistila jsem, že jsem prej dost vztahovačná, taky jsem dost náladová.

T: Že se skupina na tom shodla, nebo?

H: No, pochopila jsem, že asi... Protože spoustu věcí nebylo míněný a já jsem si to pak sama v sobě vztáhla: ‚Hm, tak to je kvůli mně‘, no tak tím jsem si taky zadělala na problémy. Takže asi jsem opravdu vztahovačná. Potkala jsem vztahovačný lidi a zjistila jsem, že dělám to samý. Takže asi jsem vztahovačná. Nějak to ještě neumím úplně přijmout. A zjistila jsem, že někdy nevědomě ubližuju. A že některý lidi se toho boje a čekaj to. Že se tak jako přisaju a ubližím, což já... No to je zase, co si myslí ostatní a ne já. Ale o tom, víc o tom ted' přemýšlím, jestli to tak není, že nevědomě ubližuju. Tak nevím... já jsem to tak nikdy nevnímala ani to tak vlastně nevnímám, že bych to dělala, ale trošku mě to děsí, že to možná dělám.“

Vyústění

Vyústění v tomto typu narativní konstrukce nalezneme na ose mezi zoufalstvím a mírnou nadějí, která ale někdy působí spíše jako přesvědčování sebe sama o tom, že je možné někdy v budoucnu dosáhnout vyřešení. Dobrou zprávou je, že zoufalství a pocity nemožnosti nalézt řešení, nepochopení celé situace, nedostatku pochopení od druhých a vlastního selhání byly nejsilněji konstruovány v rozhovorech bezprostředně na konci stacionáře. V katamnestických rozhovorech již je většina příběhů zoufalství rekonstruována na příběhy (sice velkého) propadu, ale i mírné naděje ve zlepšení, nevzdávání se.

Dana podává emočně silný popis toho, jaké to je, být psychicky nemocná a nepřijatá skupinou:

„D: Já bych jim skoro přála, aby tu mou hlavu chvilku měli, aby věděli, jak to je, jak to je hnusný. Jak se s tím moc, moc dělat nedá... jak to...“

T: Jasně.

D: (pláč)

Jak to člověka úplně... A oni, že to není žádného člověka, že si to dělám sama, no. Dobře, no. Nejde mi to vždycky, vždycky úplně zpracovat. Nejde mi to, števe mi to...

Ale co s tou kebulí mám udělat? Prostě došlo k nějaké změně, nevím proč k ní došlo.

Hm.

A je to, je to jiný. Je to prostě hloupý. No a kdokoliv prostě má nějakou poznámku na mě, tak já automaticky jsem taková jako v opozici. A i když to myslí třeba úplně dobře, tak já z toho cejtím něco špatně... Všechno prostě úplně... Já jsem někdo úplně jinej, než jsem byla. Úplně, nevím. No a ve všem vidím úplně to nejhorší, furt, furt se všeho bojím, protože co může dopadnout špatně, tak stoprocentně dopadne.“

Eva zas připouští, že i když v této skupině bylo „všechno špatně a čím dál tím horší“, mohla by v budoucnu ještě zkusit další psychoterapii:

„Nevím třeba, jestli by bylo lepší třeba zkusit ještě nějaký jiný, třeba jestli tam nebude jiná skupina, nebo třeba s čím, s tím, co tady vím, tak ještě to zkusit jednou, třeba víc, víc zabojovat už na tom začátku, třeba se nějak jako líp zapojit, zkusit to prostě nějak si, nějak si prostě přepsat tu zkušenost debilní prostě.“

U Heleny můžeme vidět, jak se konstrukce příběhu změny (v tomto případě spíše příběhu zlé zkušenosti se skupinovou psychoterapií) vyvíjí v čase. Na konci stacionáře Helena konstruuje příběh o změně k horšímu:

„Jsem nerada, že jsem sem šla, protože mě to zase vykolejilo, rozhodilo mi to ty moje pevný body některý, tak se bojím, že když budu mít nákej propad, že se propadnu ještě hloubš, tam kde sem třeba už někdy byla před x lety, takže i proto potřebuju tu následnou terapii, abych se do těch propadů úplně nedostávala. Protože mám pocit, že tu jistotu, kterou už jsem nějakou měla, ty schůdky, který jsem si postavila, tak ty jsou tak trošku teď nalomený, pobouraný a bojím se, že bych mohla spadnout zas až dolu, no.“

Vzápětí ale ještě dodává:

„Ale dalo mi to hrozně moc, objevila jsem spoustu věcí v sobě, o kterých jsem nevěděla, dobrých i špatných. Ty dobrý můžu rozvíjet, na těch špatných potřebuju pracovat.“

V katamnestickeém rozhovoru po uplynutí 9 měsíců už je příběh „jemnější“, je zde znát, že proběhla reflexe, smíření, zdůvodňování:

„Uvědomila jsem si tunu věcí, na který bych jinak nepřišla. I jsem si dost toho jakoby přímo tam prožila nebo pak odpoledne, večer, že, že opravdu jsem třeba i brečela nebo pár dní mi nebylo vůbec dobře, že jsem jeden den vůbec nemohla přijít. Vysloveně psychicky mi nebylo dobře. Takovej ten úplnej propad. Bych řekla, že to, co asi hodně nakopává, takovýdle ty úplný propady, tak od těch se jakoby posouvám pak dál, že si opravdu uvědomím, že něco je jinak nebo k něčemu dojdou.

Já jakoby mám se pořád ráda a snažím se ty pochyby o tom zahnat, protože vím, že to umím mít se ráda, že je mi v tom dobře a že vím, jaká jsem, že jsem prostě dobrá, ale je to těžký, když vám tady šest osm lidí ukazuje, že vůbec ne. No, potřebuju se asi víc stýkat s lidma, který mě maj rádi takovou, jaká jsem, a neukazujou mi, co všechno dělám špatně.“

Popis těchto typů narativní konstrukce uzavřeme výstižnou citací z katamnestickeého rozhovoru s Danou, která říká:

„Já se chci uzdravit, chci bejt normální, tak jak jsem byla dřív... ten prstýnek takovej čarovnej bych potřebovala.“

Shrnutí k narativním kategoriím

Aktérství

- participantky se snaží za sebe postavit a bojují, takže aktérství je vcelku vysoké, i když nedochází k dosažení žádoucího

Narativní pozice

- Pozice oběti
- Silně negativní pozice vůči skupině jako celku a vůči některým členům skupiny

Hodnoty a přesvědčení

- Hodnoty někdy v rozporu se zbytkem skupiny

Reflexivita

- Ve fázi krize a řešení nízká, spíše formou ruminace
- Ve fázi vyústění u některých participantek určitá reflexe probíhá

Srovnání s teoriemi žánru:

Tento typ narativní konfigurace má z narativních žánrů popsaných N. Fryem a K. Murrayem nejbliže k žánru tragédie. Nedochozí zde k dosažení žádoucího, a to v režii osudu, anebo okolností, které jsou mimo kontrolu jedince. Hrdina je ostrakizován, protože porušuje morální pravidla skupiny, a vyústěním je zoufalství (srov. Murray, 1985).

8.3 Diskuse

V studii byly identifikovány čtyři typy narativní konfigurace příběhu změny v psychoterapii. První typ „Postavila jsem se za sebe“ je typický vysokým aktérstvím a dosahováním žádoucího zcela v režii participantek. Druhý typ „Neuměla jsem si přiznat, že je toho na mně moc, teď se to učím“ má ve srovnání s prvním nalezeným typem nižší úroveň aktérství a dosažení žádoucího probíhá zejména ve fázi krize a řešení v režii osudu, anebo externích událostí. Třetí typ „Štěstí přeje připraveným“ má sice na první pohled podobnou konfiguraci jako typ druhý, dochází zde ale k výraznější roli osudu a specifické formě adaptivního aktérství. Čtvrtý identifikovaný typ narativní konfigurace s názvem „Mám to strašně těžký a nejde to změnit“ představuje příběhy o tom, jak změna neproběhla.

Tyto typy nelze v žádném případě pokládat za konečný výčet typů příběhů v psychoterapii, a to zejména z důvodu omezeného vzorku. Podobně nelze vyvozovat závěry ohledně počtu participantů co do jednotlivých typů.

Fakt, že jsme identifikovali tři typy úspěšných příběhů (a jeden typ neúspěšného příběhu) neznamená, že každý klient, kterému psychoterapie pomůže, si vytvoří koherentní a „dobrý“ příběh změny. I v našem vzorku, v rozhovorech, které jsme ve třetí studii vyřadili z důvodu nedostatečné narativity, jsou klienti, kteří dosáhli klinicky významnou změnu.

V této studii o typech jsme se pokusili osvětlit to, co mají některé příběhy společné. Uvědomujeme si, že se nejedná o pravdivý popis reality, tedy jak to skutečně bylo, jak to v životě a léčbě našich protagonistů a protagonistek probíhalo. Vše, co zde máme

k dispozici, je narativní ztvárnění zkušeností protagonistů, navíc se jedná o spolu-konstrukci, tedy příběhy, které vznikaly v rozhovoru s výzkumníkem. Každý příběh změny je specifický a na detailní popsání každého jednotlivého příběhu by byla potřebná samostatná případová studie.

Samozřejmě se nabízí otázka, jak si nalezené typy narativní konstrukce „stojí“ v porovnání s dosaženou změnou, měřenou dotazníky. Můžeme říct, že nejefektivnější je jednoznačně první typ „postavila jsem se za sebe“, ale také druhý a třetí typ, na rozdíl od posledního nalezeného typu. Takové srovnávání ale jednak nebylo účelem této práce a nemá ani velkou výpovědní hodnotu, a to vzhledem k použité kvalitativní metodě, a tedy nutně subjektivním postupům ve sběru dat a jejich analýze. A i kdybychom chtěli takové srovnání provést, vzorek je prostě příliš malý, aby z něj šlo cokoliv statisticky usuzovat. Necháváme tedy zcela na čtenářích, jestli, pokud je některá z postav těchto příběhů zaujme, se podívají na přehled výsledků dosažení/nedosažení změny, které jsou uvedeny v tabulce v úvodu studie.

V analyzovaných příbězích lze vidět, jak protagonistky a protagonista užívají narativních pozic, aby podpořily své zvolené řešení, svůj styl vyprávění příběhu. Narativní pozice dodávají jistotu, že aktér(ka) jedná správně – například vymezení se proti členům skupiny, kteří nepracují dostatečně, jde ruku v ruce s přístupem k řešení potíže ve smyslu „udělám maximum, teď nebo nikdy“ a s přesvědčením, že je správné usilovat o změnu a vyvinout pro to maximální úsilí. Podobně vymezení se vůči skupině, která protagonistku nechápe a útočí na ni, podporuje pozici oběti a styl řešení potíže, který spočívá v hledání důvodů, proč potíž nelze řešit. Na tomto propojení lze vidět, jak se jednotlivé narativní kategorie prolínají a společně tvoří jeden celek – typ narativní konstrukce.

V úryvcích z rozhovorů v prvním nalezeném typu narativní konstrukce se objevují figury „neuvěřitelná změna“, „zázrak“, „jinej člověk“, „někdo jinej“. Zde se nabízí spekulace o tom, že při úspěšné změně v psychoterapii může být dočasně narušen pocit kontinuity, který je základem identity (Pasupathi, 2015), a proto participantky zažívají tento pocit zázraku a neuvěřitelné změny. Je pravděpodobné, že postupem času se vlivem autobiografického zdůvodňování i jejich životní příběh změní tak, že tuto „neuvěřitelnou změnu“ absorbuje a rekonstruuje na změnu pochopitelnou a předvídatelnou.

Slabou stránkou studie je nízké zastoupení mužů ve zkoumaném vzorku. Je to dáno jednak celkově nižším počtem mužů, kteří podstupují psychoterapii, a také tím, že z nasbíraných rozhovorů jsme vyřadili některé muže právě kvůli nízké narativitě rozhovorů.

9 DISKUSE

Ve výzkumné části práce jsou představeny tři studie a každá z nich trochu jiným způsobem přistupuje k výzkumnému cíli, kterým bylo pochopit a popsat charakteristiky narativní konstrukce příběhů o změně ve skupinové psychoterapii. První studie vznikla již v roce 2017 a dívá se na data hlavně skrz narativní kategorie, co nemusí vytvářet celistvý obraz o zkoumaném fenoménu. Druhá a třetí studie byly realizovány v roce 2019 a snaží se o komplexnější pohled. Ve druhé studii je kladen důraz na roli selektivního převyprávění příběhů klientů tak, aby byl pokud možno vytvořen „dobrý příběh“, což je v narativní analýze jedno z kritérií důvěryhodnosti. Navíc jsme se v druhé studii snažili ukázat podstatu narativní rekonstrukce, co bylo možné díky opakovanému sběru dat v různých časových obdobích.

Třetí studie je taky specifická. Dlouho se zdálo, že cíl nalézt určité společné typy narativní konfigurace byl příliš ambiciózní, souvislosti jednotlivých typů se začaly vynořovat až po delší době „pobývání s daty“. Lze říct, že nalezené typy tento vzorek podstatným způsobem vystihují, že představují nejvýraznější způsoby toho, jak participanti, kteří se účastnili této studie, své příběhy o změně konstruovali.

Zde je nutno se ještě na chvíli zastavit u případů, které nebyly do třetí studie zařazeny. Jedná se o celkem 9 participantů, z toho tři muže. Důvodem nezařazení byla, jak uvádíme v metodách studie, omezená narativita rozhovorů. Co si pod tímto pojmem představit? Jednalo se často zejména o zkratkovité odpovědi, které netvořili souvislý příběh, dobrým přirovnáním by byl žánr „kronika“, který označil Michael Adler (2012) jako žánr vyprávění, který je ochuzen, nekonstruuje dostatečně kauzalitu, nesdělujeme nám, jaký je význam popisovaných událostí pro vypravěče. Případně pokud subjektivní významy byly zmíněny, jednalo se spíše o obecné floskule typu „*tak byl tam nákej konflikt ve skupině, to nebylo moc příjemný*“). Část těchto vyřazených rozhovorů by se dala označit i jako simplexní.

Omezená narativita ve výzkumném rozhovoru ale ještě vůbec neznamená, že by participant měl mít nějakým způsobem omezenou schopnost tvořit příběhy. Zde může působit i situace rozhovoru, osoba tazatele, případně celkově obranný postoj participanta, který se prostě ve výzkumném rozhovoru nechce „nechat poznat“. Dalším faktorem, který má určitě vliv na validitu našich zjištění, je výběr metody sběru dat, a

tedy polo-strukturovaného rozhovoru. V rozhovoru dochází ke spolu-konstrukci příběhu, který se tvoří v dialogu participanta s tazatelem, nemáme tedy k dispozici vlastní nerušené vyprávění. Vliv tazatele v rozhovoru nejde nikdy úplně eliminovat, ale snažili jsme se jej alespoň minimalizovat. Určitým omezením byl daný scénář rozhovoru, kterého se bylo potřeba (v rámci většího projektu) držet.

Scénář rozhovoru obsahoval několik povinných otázek, z nichž některé lze vnímat jako problematické. Jsou to právě otázky, které nalezneme i v Client Change Interview (Elliott, 2012) a Narrative Assessment Interview (Hardtke & Angus, 2004): „jak by jste popsal sám sebe?“, „jak by vás popsali ostatní?“, „kdyby jste mohl něco na sobě změnit, co by to bylo?“. Bylo to dáno tím, že při designu výzkumu jsme se snažili alespoň část scénáře utvořit z již ověřených metod, z dnešního pohledu nad vhodností použití takových otázek lze pochybovat, a to z důvodu, že příliš zasahovaly do přirozeného toku vyprávění participantů. Pokud by byl použit čistě narativní rozhovor, kde by na začátku proběhla výzva k vyprávění a následně by se tazatel už jenom případně doptával a naslouchal, možná by některé rozhovory byly ještě bohatší a rozvinutější.

Fakt, že se jedná o spolu-konstrukci rozhovorů, je ale běžný u většiny kvalitativních výzkumů. Pro co největší transparentnost jsou ve výsledkové části ukázány i některé citace z rozhovorů, kde je tato spolu-konstrukce dobře viditelná. Například velmi zajímavá je ukázka rozhovoru s participantkou Evou (studie tři, první nalezený typ narativní konfigurace), kde je vidět, jak si Eva poradila právě se zmíněnými otázkami o tom, jak se vidí a jak ji vidí ostatní. Jak již bylo zmíněno v metodologické části, při rozhovorech jsme se snažili vyhýbat navádějícím otázkám a celkově podsouvání obsahů, které nebyly participantům vlastní.

Další skutečnost, která mohla mít vliv na celkovou situaci a konstrukci vyprávění bylo to, že výzkum byl participantům prezentován jako výzkum toho, jak pacienti v stacionáři rozumějí své změně v psychoterapii. To mohlo u některých z nich vyvolat pocit, že je potřeba mluvit o změně, případně že je potřeba konstruovat změnu, prezentovat se jako ten, kdo se vyvíjí a mění. Na druhou stranu máme zde výhodu tzv. tvrdých dat, ze kterých je evidentní, že většina participantů skutečně změnou prošla, a to i dle objektivních ukazatelů měření efektu psychoterapie.

Když se podíváme na naše zjištění v kontextu jiných studií, nalezneme mnoho styčných bodů. Jak je vidět ze všech tří studií, ústřední roli v úspěšném příběhu změny hraje

aktérství, což odpovídá teoriím o faktoru klienta (Levitt, Pomerville, & Surace, 2016; Williams & Levitt, 2007) i výzkumům Jonathana Adlera a kol. (Adler, 2012). V této studii je navíc ukázáno, že aktérství může mít různé podoby, někdy se objevuje až v pozdějších fázích terapie, někdy je umanuté, jindy kontrolované, případně adaptivní. Taky se ukazuje, že je potřeba rozlišovat mezi aktérstvím a autorstvím a že aktérství ještě neznamená lehkou cestu ke změně (studie 3). Podobně teorie o narativních pozicích se v této studii ukázala jako užitečná kategorie analýzy, která dobře rozlišuje mezi jednotlivými typy narativní konstrukce. V studii Madillové a kol. (2005) se také ukázal rozdíl v narativních pozicích v závislosti na dosažení změny.

Podobnosti lze vidět i ve srovnání s teoriemi narativního kódování. V příbězích o úspěšné změně nalezneme mnoho ukázek tzv. objevujícího vyprávění, či inovativních momentů, anebo vyprávění s nečekaným výsledkem, zatímco u participantů, kteří nedosáhli změny, jsou časté stejné staré příběhy a umělé příběhy, či ambivalence (Angus & Greenberg, 2011; Gonçalves, Fernandez-Navarro, Mendes, & Tiago, 2016).

Moertl a Wietersheim (2007) realizovali podobnou studii zaměřenou na účinné faktory psychoterapie v denním stacionáři na klinice v Ulmu. Rozhovory byly realizovány s 26 pacienty, opakovaně ve třech časových obdobích v průběhu léčby a byly orientovány na pomocné faktory psychoterapie, tedy pacienti byli dotázáni na to, co jim v terapii pomáhá, jaké byly nejdůležitější momenty apod. Když se podíváme na výsledky této studie, tak všechny faktory, které autoři našli, jsou vidět také v našich rozhovorech. Pokud by cílem naší studie bylo najít pomáhající faktory, byly by výsledky pravděpodobně velmi podobné.

Limity studie

Jedním z limitů studie je poměrně vysoká úmrtnost vzorku. Ze 32 rozhovorů v polovině se nakonec podařilo realizovat jenom 24 rozhovorů na konci léčby, bylo to dáno tím, že Někteří pacienti léčbu nedokončili, jiní nebyli k dispozici pro rozhovor na jejím konci. Katamnestických rozhovorů se povedlo uskutečnit celkem 15, jelikož né všichni participantů byli dosažitelní v době rozhovorů. Dalším z možných limitů studie je již zmíněný polo-strukturovaný scénář rozhovoru.

Možnosti dalšího zkoumání

Díky opakovaným rozhovorům jsme měli možnost sledovat, jak se vyvíjí porozumění a konstrukce příběhu vlastní změny v čase. Potenciální další výzkum by mohl tento vývoj sledovat po delší časové období, případně také na větším vzorku a s použitím více strukturovaných dat, která by byla případně vhodná pro zpracování metodou narativního kódování. Další možný přístup by mohl spočívat v porovnání efektivních a neefektivních stylů narativní konstrukce příběhů změny.

10 SOUHRN

Otázce, jak funguje proces změny v psychoterapii se věnuje výzkum procesu změny v psychoterapii (change process research, CPR). Mezi jeho hlavní metody patří výzkum významných momentů, výzkum společných faktorů psychoterapie a mikro-analytický sekvenčně konverzační výzkum. Všechny tyto součásti jsou představeny v teoretické části práce. Podle mnohých autorů se ve výzkumu psychoterapie opomíná nejdůležitější faktor – faktor klienta (A. C. Bohart & Wade, 2013; Arthur C Bohart & Tallman, 2010). A přitom právě takzvaný faktor klienta má ze všech terapeutických faktorů na úspěšnosti psychoterapie největší podíl, vysvětluje ze všech pojmenovaných účinných faktorů největší část variance v efektu psychoterapie. Klient je aktivním účastníkem terapeutického procesu, vytváří si vlastní strategie a teorie o fungování psychoterapie. Mnoho autorů zdůrazňuje důležitost výzkumu procesu psychoterapie z pohledu klienta (Fuertes & Williams, 2017; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016).

Základním předpokladem narativního přístupu je chápání narativní konstrukce jako principu strukturace zkušenosti. Narativní přístup se udomácnil i ve výzkumu psychoterapie, kde v průběhu posledních dvou desetiletí vzniklo mnoho přínosných studií. Důležitý vliv na celý vývoj narativního přístupu ve výzkumu psychoterapie měl i vznik narativní psychoterapie jako samostatného terapeutického směru (White, & Epston, 1990). Současný vývoj v narativním výzkumu změny v psychoterapii by bylo možné charakterizovat zejména třemi trendy. Jednak je to rozvoj narativních skórovacích systémů, které se vyvinuli z narativního směřování některých psychoterapeutických směrů, zejména psychodynamického, konstruktivistického a dialekticko-konstruktivistického. Druhým trendem je rostoucí počet intenzivních případových studií, které využívají narativní koncepty a metody narativní analýzy. A jako třetí trend je možné označit nástup tzv. „překladových“ studií.

Výzkumná část této práce se skládá ze tří studií, které pojí jednotné téma narativní analýzy příběhů změny v psychoterapii. Všechny tři studie pracují s daty, které byly sbírány v rámci větší studie s využitím smíšených metod GAČR 14-35577S „Účinné faktory a efektivita skupinové psychoterapie v ČR“ a to zejména její kvalitativní části,

kteřá sestávala z opakovaných rozhovorů s vybranými klienty denního stacionáře Psychoterapeutické a Psychosomatické Kliniky ESET v Praze.

Výzkumným cílem této studie je pochopit a popsat charakteristiky narativní konstrukce příběhů o změně ve skupinové psychoterapii, a to u konkrétního vzorku pacientů denního stacionáře, zaměřeného na úzkostné a psychosomatické problémy a deprese. Léčba trvala 3 měsíce, klienti docházeli do stacionáře vždy v pracovní dny. Sběr dat probíhal v letech 2014 až 2016, z celkového počtu $n = 220$ klientů (celkově 21 skupin v délce trvání 12 týdnů). Kvalitativní části projektu, zaměřené na subjektivní porozumění dosažené změně, se účastnilo 32 klientů, kteří se k rozhovorům dobrovolně přihlásili na začátku stacionáře, z každé skupiny se rozhovoru účastnili většinou jeden až tři klienti na základě dobrovolnosti. Klienti byli vybráni náhodně z těch, kteří na začátku léčby označili ve vstupním formuláři, že souhlasí s účastí na rozhovorech. Rozhovory byly realizovány v 6. a ve 12. týdnu stacionáře a následně 9 až 10 měsíců po ukončení léčby. Z celkového počtu 32 klientů 8 klientů terapii nedokončilo, anebo nebyli z jiných důvodů schopni poskytnout druhý rozhovor při ukončení léčby. Druhý rozhovor tedy poskytlo celkem 24 klientů. Třetí, katamnestický rozhovor, poskytlo celkem 16 klientů. Celkově tedy bylo sebráno celkem 72 rozhovorů o průměrné délce 42 min. (nejkratší rozhovor měl délku 23 minut, nejdelší 76 minut), co představuje 50 hod. a 24 min. audiozáznamu. Scénář rozhovoru byl polo-strukturovaný, zaměřený na změnu, klientovo pochopení změny a terapeutické faktory (co pomáhá). Rozhovor začínal delší narativní částí, s otázkou: „Prosím, vyprávějte mi tak nějak od začátku – jaké to tady pro vás je, jak se tady máte?“ Následně byly kladeny otázky dle připraveného scénáře s využitím otázek Client Change Interview Protocol (Elliott, 2010) a Narrative Assessment Interview (Hardtke & Angus, 2004). V rámci kvalitativních metod byla použita metoda narativní analýzy, a to zejména kategorická a ve třetí studii také globální (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998; Chrz, 2007).

První studie se zabývá otázkou, jaké jsou narativní charakteristiky příběhů úspěšné změny. Pracuje s užším výběrem osmi klientů, kteří dle objektivních ukazatelů měření změny v psychoterapii dosáhli klinicky významnou změnu. Data byla analyzována dle narativních kategorií: témata změny, aktérství, narativní pozice a hodnoty a přesvědčení. Ukazuje se, že u některých klientů dochází v průběhu procesu změny teprve ke „zrodu“ agency, k jaké se re-autORIZACI vlastního jednání. Objevují se zde dvě varianty aktérství, systematicky režisérský typ a uvolněnější, otevřenější typ. V kategorii positioning zřetelně viditelný vliv faktu, že se jedná o skupinovou terapii – klienti se vymezují (v narrativech naznačují své pozice) k ostatním členům skupiny, a to z různých důvodů (identifikace, připisování zásluh druhému, vymezení se proti druhému), jako i vůči celé skupině a také jako skupina vůči „zbytku světa“. V kategorii hodnoty a přesvědčení se ukazuje hodnotový a normativní aspekt dosažení změny v psychoterapii. Klienti

si různě vysvětlují a zdůvodňují, co se jim děje, tvoří si vlastní teorie fungování psychoterapie a snaží se zasadit zkušenost se svou nemocí a léčbou do širšího kontextu svého životního příběhu. Klienti také často přehodnocují, co je dobré a oč má cenu, v souvislosti se změnou, usilovat – do popředí se dostávají zejména hodnoty jako otevřenost, sounáležitost, tolerance a také autenticita. Někteří klienti v procesu změny přehodnocují svoje celkové bytí ve světě – rozhodují se o vážných změnách (někteří je také realizují) s cílem žít smysluplněji.

Druhá studie je detailní sondou do procesu změny u tří protagonistů, kteří byli společně v jedné skupině, a zaměřuje se především na roli konfliktu při dosažení změny v psychoterapii. Prostřednictvím narativní analýzy jsou ukázány individuální „příběhy změny“ a pozornost je věnována zejména průběhu konfliktních situací, které aktéři prožívají, interpretují, reflektují a zužitkují ve svém dalším životě. Účastníci terapie, konstruují své porozumění tomu, jakým způsobem dochází v psychoterapii k transformaci a narativní rekonstrukci.

Ve třetí studii bylo naším cílem nalezení typů narativní konfigurace a pracuje se vzorkem 16 participantů. V prvním kroku byly u každého participanta popsány narativní kategorie, které byly popsány již v předchozích studiích – témata změny, aktérství, pozice, hodnoty a přesvědčení. Následně bylo každé vyprávění redukováno na meta-story (Riessman, 1993) a bylo identifikováno jádrové vyprávění (Mishler, 1986; Chrz, 2007). Ve druhém kroku analýzy byly jednotlivé záznamy participantů porovnávány mezi sebou s cílem nalezení typických stylů narativní konfigurace, s využitím metody neustálého porovnávání, ve třetím kroku analýzy byla předběžná zjištění opět konfrontována s původními daty. Byly nalezeny čtyři typy narativní konfigurace, které jsou strukturovány do částí narušení/krize – řešení – vyústění.

V studii byly identifikovány čtyři typy narativní konfigurace příběhu změny v psychoterapii. První typ „Postavila jsem se za sebe“ je typický vysokým aktérstvím a dosahováním žádoucího zcela v režii participantek. Druhý typ „Neuměla jsem si přiznat, že je toho na mě moc, teď se to učím“ má ve srovnání s prvním nalezeným typem nižší úroveň aktérství a dosažení žádoucího probíhá zejména ve fázi krize a řešení v režii osudu, anebo externích událostí. Třetí typ „Štěstí přeje připraveným“ má sice na první pohled podobnou konfiguraci jako typ druhý, dochází zde ale k výraznější roli osudu a specifické formě adaptivního aktérství. Čtvrtý identifikovaný typ narativní konfigurace s názvem „Mám to strašně těžký a nejde to změnit“ představuje příběhy o tom, jak změna neproběhla.

Jedním z limitů studie je poměrně vysoká úmrtnost vzorku. Dalším z možných limitů studie je již zmíněný polo-strukturovaný scénář rozhovoru. Potenciální další výzkum by mohl sledovat vývoj příběhů změny po delší časové období, případně také na větším vzorku a s použitím více strukturovaných dat, která by byla případně vhodná pro zpracování metodou narativního kódování. Další možný přístup by mohl spočívat v porovnání efektivních a neefektivních stylů narativní konstrukce příběhů změny.

11 SEZNAM LITERATURY

- Adler, M. (2004) Žánr klientova příběhu v psychoterapii. *Československá psychologie*, 48, 1, 84-92.
- Adler, J. M. (2012). Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 367–389. <https://doi.org/10.1037/a0025289>
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 839–845. <https://doi.org/10.1037/a0033774>
- Adler, J. M., Skalina, L. M., & McAdams, D. P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), 719–734. <https://doi.org/10.1080/10503300802326020>
- Adler, J. M., Wagner, J. W., & McAdams, D. P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1179–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.006>
- Angus, L. (1992). Metaphor and the communication interaction in psychotherapy: A multi methodological approach. In S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 87–210). Newbury Park, CA: Sage.
- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in Emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22(4), 367–380. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.683988>
- Angus, L., & Rennie, D. (1988). Therapist participation in metaphor generation: Collaborative and non-collaborative styles, *Psychotherapy*, 26(Winter), 552– 60.
- Angus, L., & Rennie, D. (1989). Envisioning the representational world: Metaphoric expression in psychotherapy relationships. *Psychotherapy*, 26(Fall), 372–379.

- Angus, L., & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy : Practice, theory, and research* (Counseling and psychotherapy transcripts, client narratives, and reference works). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. (2004).
- Angus, L. E., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C., & Khattra, J. (2016). The Narrative-Emotion Process Coding System 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychotherapy Research: Journal Of The Society For Psychotherapy Research*, 3307(December), 1–17.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1238525>
- Angus, L., & Greenberg, L. S. (2011). *Working With Narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing Stories, Healing Lives* (1st ed.). APA.
- Angus, L., & Hardtke, K. (1992). Narrative Processes in Psychotherapy. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 35(2), 190–203.
<https://doi.org/10.1037/0708-5591.35.2.190>
- Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 35(2), 190–203.
<https://doi.org/10.1037/0708-5591.35.2.190>
- Angus, L., & Kagan, F. (2013). EVIDENCE-BASED CASE STUDY Assessing Client Self-Narrative Change in Emotion-Focused Therapy of Depression : An Intensive Single Case Analysis, 50(4), 525–534. <https://doi.org/10.1037/a0033358>
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999a). The Narrative Processes Coding System : Research Applications and Implications for Psychotherapy Practice, 55(10), 1255–1270.
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999b). The narrative processes coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255–1270. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1255::AID-JCLP7>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1255::AID-JCLP7>3.0.CO;2-F)
- Angus, L., Lewin, J., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-gaze, J., & Greenberg, L. (2012). Narrative Processes Coding System : A Dialectical Constructivist Approach to Assessing Client Change Processes in Emotion-

- Focused Therapy of Depression, *15*(2), 54–61.
<https://doi.org/10.7411/RP.2012.006>
- Andersen, D. (2015). Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of “whats” and “hows” in institutional storytelling. *Sociology of Health & Illness*, *37*(5), 668–82.
<http://doi.org/10.1111/1467-9566.12228>
- Arduser, L. (2014). Agency in illness narratives A pluralistic analysis. *Narrative Inquiry*, *24*(1), 1–27. <http://doi.org/10.1075/ni.24.1.01ard>
- Asay, T. R., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 23-55). Washington DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-001
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, *9*(1), 69–96.
<https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>
- Bamberg, M. (1997). Positioning Between Structure and Performance. *Journal of Narrative and Life History*, *7*, 335–342.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Bandura, A. (2006). Toward a {Psychology} of {Human} {Agency}. *Perspectives on Psychological Science*, *1*(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Bamberg, M. (2004). Form and Functions of 'Slut Bashing' in Male Identity Constructions in 15-Year-Olds. *Human Development*, *47*(6), 331-353.
- Bamberg, M. (2012). Narrative practice and identity navigation. In Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. *Varieties of narrative analysis*(pp. 99-124). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781506335117
- Bamberg, M. (2005). Positioning. In: Herman, D., Manfred, J., Marie-Laure, R. (Eds.) *Routledge Encyclopedia of Narrative Theory* (pp. 445–446). New York: Routledge.
- Bamberg, M. G. W. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, *7*, 335_/342.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Diguer, L. (1995). A comparison of

- core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 145–148.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.145>
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd Ed.)* (2nd., pp. 83–111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th Ed.* (pp. 219–257). New York: Willey.
- Bohart, Arthur C, & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy, 2nd ed.* (pp. 83–111). Washington, DC, US: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Boothe, B., Grimm, G., Hermann, M. L., & Luder, M. (2010). JAKOB narrative analysis: The psychodynamic conflict as a narrative model. *Psychotherapy Research*, 20(5), 511–525. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.490244>
- Boothe, B., & von Wyl, A. (2004). Story Dramaturgy and Personal Conflict: JAKOB A Tool for Narrative Understanding and Psychotherapeutic Practice. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (pp. 283–296).
<https://doi.org/10.4135/9781412973496.d21>
- Boritz, T., Barnhart, R., Angus, L., & Constantino, M. J. (2017). Narrative flexibility in brief psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 27(6), 666–676.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152410>
- Boritz, T., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L., & Constantino, M. J. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). *Psychotherapy Research*, 24(5), 594–607. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.851426>

- Boritz, T. Z., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L. S., & Constantino, M. J. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). *Psychotherapy Research*, 24(5), 594–607. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.851426>
- Bruner, J. S. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990) *Acts of meaning*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1996). *Culture of Education*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71, 3, 691-710.
- Bryntwick, E. (2016). An examination of the interrelationship of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy for trauma. York University, Toronto. Dostupné z: <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/33471>
- Butler, R. N. (1963). *Life review - an interpretation of reminiscence in aged*. *Psychiatry*, 26(1), 65-&.
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: an exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies TA - TT -*, 15(2), 67–94. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1132756> LK - <https://rug.on.worldcat.org/oclc/6127843363>
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Čermák, I. (2002) Myslet narativně: Kvalitativní výzkum „on the road“. In: Čermák, I., Miovský, M. (eds.): *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Sborník z konference. PsÚ AV ČR Brno, SCAN Tišnov, 11-25.
- Čermák, I. (2003). Psychologie v narativní tónině se vynořila v souvislostech. *Československá Psychologie*, 57(6), 513 – 532.

- Čermák, I. (2004a). Autobiografická paměť a životní příběh. Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské university. *Studia minora fakultatis. Philosophicae Universitatis Brunensis*, P8, 29-41
- Čermák, I. (2004b). Narativní myšlení a skutečnost. *Československá psychologie*, 58(1), 17 -26.
- Čermák, I., Chrz, V. (2005) What is Life Story Genre? In: N. Kelly, Ch. Horrocks, K. Milnes, B. Roberts, D. Robinson (eds.): *Narrative Memory and Everyday Life*, Huddersfield, University of Huddersfield Press, 49-57.
- Cierpka, M., Strack, M., Benninghoven, D., Staats, H., Dahlbender, R., Pokorny, D., ... Albani, C. (1998). Stereotypical relationship patterns and psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(4-5), 241-248.
<https://doi.org/10.1159/000012286>
- Coats, H., Crist, J. D., Berger, A., Sternberg, E., & Rosenfeld, A. G. (2017). African American Elders' Serious Illness Experiences: Narratives of "god Did, " "god Will, " and "life Is Better." *Qualitative Health Research*, 27(5), 634-648.
<https://doi.org/10.1177/1049732315620153>
- Cumba-Avilés, E. (2017). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Latino Youth with Type 1 Diabetes and Depression. *Clinical Case Studies*, 16(1), 58-75
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2015). Assessment of Subjective Client Agency in Psychotherapy: A Review. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(1), 1-23.
<https://doi.org/10.1080/10720537.2014.939791>
- Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 406-411.
- Deppermann, A. (2015). Positioning. In A. De Fina & A. Georgakopoulou (Eds.), *The Handbook of Narrative Analysis* (p. 472). Wiley Blackwell.
- Dierick P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 203-230.
doi:10.1521/ijgp.2008.58.2.203
- Doležal, P., Čeveliček, M. (2017). Předpoklady a metody dialogického výzkumu v psychoterapii. *Československa Psychologie*, roč. 61, č. 1, s. 16-28. ISSN 0009-062X.

- Dubovská, E., Chrz, V. (2019). Konflikt a změna v skupinové psychoterapii: narativní případová studie. *Psychoterapie* (2)
- Dubovská, E., Furstová, J., Růžička, J., & Tavel, P. (2019). Validity of the Czech Version of the Therapeutic Factors Inventory–Short Form (TFI-S). *International Journal of Group Psychotherapy*, 69(3), 308–327.
<https://doi.org/10.1080/00207284.2019.1584527>
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 503–527). New York, NY, US: Guilford Press.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. In A. Thompson & D. Harper (Eds.) (2012). *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (pp. 69–81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells.
- Epston, D., White, M. and Murray, K. (1992). A proposal for re-authoring therapy' *Therapy as Social Construction* In S. McNamee & K.J. Gergen(ed.) London: Sage
- Fivush, R., Habermas, T., Waters, T. E. A., & Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: Intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology*, 46(5), 321–345.
<https://doi.org/10.1080/00207594.2011.596541>
- Frank, J.D. (1955). Some values of conflict in therapeutic groups. *Group Psychotherapy*, 8, 142–151.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frank, A. W. (1995) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago, Chicago University Press.
- Frye, N. (2003) *Anatomie kritiky*. Brno, Host, Teoretická knihovna.
- Fuertes, J. N., & Williams, E. N. (2017). Client-focused psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 369–375.
<https://doi.org/10.1037/cou0000214>

- Fuhriman, A., Drescher, S., Hanson, E., Henrie, R., & Rybicki, W. (1986). Refining the Measurement of Curativeness. *Small Group Behavior*, 17, 186–201.
doi:10.1177/104649648601700204
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Penguin.
- Gonçalves, Miguel M., Matos, Marlene and Santos, Anita(2009)'Narrative Therapy and the Nature Of “Innovative Moments” in the Construction of Change',*Journal of Constructivist Psychology*,22:1,1 - 23
- Gonçalves, M., Fernandez-Navarro, P., Mendes, I., & Tiago, J. (2016). Three narrative-based coding systems : Innovative moments , ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 0(October), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>
- Gonçalves, M. M., & Angus, L. (2017). Narrative measures in psychotherapy research: Introducing the special section. *Psychotherapy Research*, 27(3), 251–252.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1265687>
- Gonçalves, M. M., & Guilfoyle, M. (2006). Dialogism and psychotherapy: Therapists’ and clients’ beliefs supporting monologism. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(3), 251–271. <https://doi.org/10.1080/10720530600691723>
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the Nature Of “Innovative Moments” in the Construction of Change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Gonçalves, M. M., Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., Matos, M., Narrative, A. S., ... Santos, A. (2016). Narrative Therapy and the Nature Of “ Innovative Moments ” in the Construction of Change OF “ INNOVATIVE MOMENTS ” IN THE CONSTRUCTION OF CHANGE, 0537(November).
<https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., INÊS, M., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497–509.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2016). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in

- narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 425–435.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1035355>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21(1), 27–40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.507789>
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., ... Fernandes, C. F. (2017). Narrative Changes Predict a Decrease in Symptoms in CBT for Depression : An Exploratory Study, 845(October 2016), 835–845.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2048>
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4–9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Greenberg, LS, Rice, LN & Elliott, R (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169–194). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10170-008.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. E. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: A dialectical constructivist approach. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 331–349). Thousand Oaks, CA: Sage. doi:10.4135/9781412973496.d25
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657–678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Habermas, Tilman, & Köber, C. (2014). *Autobiographical Reasoning Is Constitutive for Narrative Identity*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199936564.013.010>
- Habermas, Tilmann, & Bluck, S. (2000a). Getting a life: The development of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748–769.
<https://doi.org/10.1037/033-2909.126.5.741>

- Habermas, Tilmann, & Bluck, S. (2000b). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748–769.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.748>
- Hardtke, K. K., & Angus, L. E. (2004). The Narrative Assessment Interview: Assessing Self-Change in Psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (pp. 247–262).
<https://doi.org/10.4135/9781412973496.d19>
- Hayes, Adele M.; Feldman, Greg C.; Goldfried, Marvin R.; *In: Insight in psychotherapy.* Castonguay, Louis G. (Ed); Hill, Clara (Ed); Publisher: American Psychological Association; 2007, pp. 231-253.
- Hermans, H. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology*, 7(3), 243-281.
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (Eds.) (2004). *The dialogical self in psychotherapy.* New York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J. M. (2001). Culture & Psychology The Dialogical Self: Toward a Theory. *Culture & Psychology*, 7(3), 243–281.
<https://doi.org/10.1177/1354067X0173001>
- Chrz, V. (2004). Výzkum jako narativní rekonstrukce. In M. Miovsy, I. Čermák, & V. Rehan (Eds.), *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.*, (pp. 21-32). Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého
- Chrz, V. (2007) Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu. Praha, PsÚ AV ČR, 152 s.
- Chrz, V., & Čermák, I. (2005). Žánry příběhů, které žijeme. *Československá psychologie*, 59(6), 481 – 495.
- Chrz, V., & Cermak, I. (2007). Genre as a tool of interpretation: The individual in the context of culture. *Československá Psychologie (Supplement)*, 51, 70-79.
- Chrz, V., & Cermak, I. (2015). Narativní komplexita. *Československá Psychologie*, 59(1), 1-16.
- Chrz, V., Dubovská, E., Tavel, P., Poláčková–Šolcová, I. & Čermák, I. (2016). Resilience ve stáří: žánry narativní konstrukce. *Československá psychologie*, 60(1), 53–63

- Hiles, D. & Cermák, I. (2008). Narrative psychology. In Willig, C., & Stainton-Rogers, W. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp. 147-164). London: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781848607927
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practise*, 81(3), 309–328. <http://doi.org/10.1348/147608308X320125>
- Jániš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *Psychologie, elektronický časopis ČMPS*. 2010. roč. 4. č.1. s. 30-50.
- Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*. Praha: Academia, Roč. 36. č. 5, s. 385-398.
- Joyce, A. S., Macnair-Semands, R.R., Tasca, G. A., & Ogrodniczuk, J. S. (2011). Factor structure and validity of the Therapeutic Factors Inventory–Short Form. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15, 201–219.
- Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyf, J., Boone, L., & Smets, J. (2014). Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders TA - TT -*, 47(6), 585–600. <https://doi.org/10.1002/eat.22266> LK - <https://rug.on.worldcat.org/oclc/6894462145>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4–5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Keskinen, Suvi (2004): Between Abstract Individualism and Gendered Lives. Negotiating Abused Women's Agency and Identity in Therapy. In Lieblich, Amia, McAdams, Dan & Josselson, Ruthellen (eds.): *Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy*. APA Press. Washington, DC.
- King, L. A. (2001). The hard road to the good life: The happy, mature person. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 51–72. <https://doi.org/10.1177/0022167801411005>

- Kimball, T. G., Wieling, E., & Brimhall, A. (2009). A Sense of sisterhood: A qualitative case study of a flexibly structured, long-term therapy group for divorced women. *Journal of Feminist Family Therapy, 21*(4), 225–246
- Kivlighan, D.M., Multon, K. D., & Brossart, D. F. (1996). Helpful impacts in group counselling: Development of a multidimensional rating system. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 347–355.
- Kivlighan, D. M., Mullison, D. D., Flohr, D. F., Proudman, S., & Francis, A. M. R. (1992). The interpersonal structure of “good” versus “bad” group counseling sessions: A multiple-case study. *Psychotherapy, 29*(3), 500–508.
- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi*. (3. vyd.) Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2007). *Příběhy terapeutických skupin*. Praha: Triton.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry, 7*, 4, 295-321.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research, 9*(3), 274–287. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332761>
- Labov, W. and Waletzky, J. (1967) Narrative analysis: Oral versions of personal experience. In J. Helm (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle, WA: University of Washington Press.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Angus, L. (2001). Narrative Process Coding System in Marital and Family Therapy: An Intensive Case Analysis of the Formation of a Therapeutic System. *Contemporary Family Therapy, 23*(3), 309–322. <https://doi.org/10.1023/A:1011183016456>
- Lambert, Michael J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 94–129). New York, NY, US: Basic Books.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. L. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.) New York: John Wiley. 2004. s. 139-193.
- Lambert, Michael J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects.” *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 855–869. <https://doi.org/10.1002/jclp.20130>

- Lambert, Michael J. (2013a). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. (2013b). The Efficacy And Effectiveness Of Psychotherapy. Bergin and garfields 169-218
- Lambert, Michael J., & Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy, 51*(4), 500–504. <https://doi.org/10.1037/a0036580>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation , emotional arousal , and the process of change in psychotherapy : New insights from brain science, 1–64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*, 467–481.
- Lese, K.P. & Macnair-Semands, R.R. (2000). The therapeutic factors inventory: Development of a scale. *Group, 4*, 303–317.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314–324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Levitt, H. M. (2001). Sounds of Silence in Psychotherapy: The Categorization of Clients' Pauses. *Psychotherapy Research, 11*(3), 295–309. <https://doi.org/10.1093/ptr/11.3.295>
- Levitt, Heidi M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Levitt, Heidi M., Pomerville, A., Surace, F. I., & Grabowski, L. M. (2017). Metamethod study of qualitative psychotherapy research on clients' experiences: Review and recommendations. *Journal of Counseling Psychology, 64*(6), 626–644. <https://doi.org/10.1037/cou0000222>

- Levitt, Heidi M., & Rennie, D. L. (2004). Narrative Activity: Clients' and Therapists' Intentions in the Process of Narration. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (pp. 298–313). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d23>
- Lewin, J., & Angus, L. (2008). The importance of emotional-reflexive patterns and depth of experiencing for productive experiential therapy: A narrative process analysis. North American Chapter, Society for Psychotherapy Research, Yale, New Haven. CT.
- Lieblich, A., McAdams, D., & Josselson, R. (2004). *Healing plots : The narrative basis of psychotherapy* (1st ed., The narrative study of lives). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., Zilber, T. (1998) Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation. London: Sage
- Lilgendahl, J. P., & McAdams, D. P. (2011). Constructing Stories of Self-Growth: How Individual Differences in Patterns of Autobiographical Reasoning Relate to Well-Being in Midlife. *Journal of Personality*, 79(2), 391–428.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00688.x>
- Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). [Naturalistic Inquiry](#). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lippe, A. L. Von Der, & Oddli, H. W. (2019). Therapist strategies early in therapy associated with good or poor outcomes among clients with low proactive agency, 3307. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373205>
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223–237.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (2004). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method (2nd Ed.)*, (January 1997), 0–4.
<https://doi.org/10.1037/10250-000>
- Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E., & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research*, 4(3–4), 172–183.
<https://doi.org/10.1080/10503309412331334012>

- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 441–453.
<https://doi.org/10.1080/03069880802343837>
- Mackrill, T. (2009). Constructing Client Agency in Psychotherapy Research. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 193–206.
<https://doi.org/10.1177/0022167808319726>
- MacNair-Semands, R.R., Ogrodniczuk, J.S., & Joyce, A.S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the Therapeutic Factors Inventory. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60, 245–281.
- Madill, A., Sermpezis, C., & Barkham, M. (2005). Interactional positioning and narrative self-construction in the first session of psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(4), 420–432.
<https://doi.org/10.1080/10503300500091249>
- Maslow, A.H. (2014) O psychologii bytí. Praha: Portál.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., Martins, C., Matos, M., Santos, A., ... Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy Innovative moments and change in narrative therapy, (June 2015), 37–41.
<https://doi.org/10.1080/10503300802430657>
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York, NY, US: William Morrow & Co.
- McAdams, D. P. (2001) The psychology of Life stories. *Review of general psychology*, 5, 2, 100-122.
- McAdams, D. P. (1995). *The life story interview*. Evanston, IL: Northwestern University.
- McAdams, DP (1996). Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry* 7, 4, 295–321
- McAdams, D. P. (2010). Personal Narratives and the Life Story. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research. Third Edition*. (pp. 242-262): The Guilford Press.

- McAdams, D. P. (2013). *The redemptive self: Stories Americans live by* (rev. ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (Eds.). (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McAdams, D.P., & Jones, B. K. (2017). Making Meaning in the Wake of Trauma: Resilience and Redemption. *Reconstructing Meaning After Trauma*, 3–16. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803015-8.00001-2>
- McAdams, Dan P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., & Bowman, P. J. (2001). When Bad Things Turn Good and Good Things Turn Bad: Sequences of Redemption and Contamination in Life Narrative and their Relation to Psychosocial Adaptation in Midlife Adults and in Students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4), 474–485. <https://doi.org/10.1177/0146167201274008>
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McLean, K. C., Pasupathi, M., & Pals, J. L. (2007). Selves Creating Stories Creating Selves: A Process Model of Self-Development. *Personality and Social Psychology Review*, 11(3), 262–278. <https://doi.org/10.1177/1088868307301034>
- McLeod, J. (1997): *Narrative and psychotherapy*. London, Sage
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, (11), 1, 1-10
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: how is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(June 2013), 692–701. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.514960>
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research*,

- 21(3), 304–315. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.565489>
- Mishler, E. G. (1986) The Analysis of Interview-Narratives. In: T. R. Sarbin (ed.): Narrative psychology: The Storied Nature of Human Conduct. New York, Praeger.
- Moertl, K., & Von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, 18(3), 281–293. <https://doi.org/10.1080/10503300701797016>
- Murray, K. D. (1985). Life as fiction. *Journal for the Theory of Social Behavior*. 15:2
- Murray, K. D. (1989) The construction of identity in the narratives of romance and comedy. In: Shotter, J., Gergen, K. (eds.): *Texts of Identity*. London, Sage, 176–205
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*. Lambert, Michael J.: Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, UT, US, 84602, michael_lambert@byu.edu: Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Olivera, J., Braun, M., Martín, J., & Penedo, G. (2013). A Qualitative Investigation of Former Clients ' Perception of Change , Reasons for Consultation , Therapeutic Relationship , and Termination, *Psychotherapy*, 50(4), 505–516. <http://doi.org/10.1037/a0033359>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.,pp. 307–390). Hoboken, NJ:Wiley.
- Pals, J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: Pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of Personality*, 74(4), 1079–1110. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x>
- Pasupathi, M. (2014). Autobiographical Reasoning and My Discontent. *The Oxford Handbook of Identity Development*, (February), 1–18. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199936564.013.002>
- Pasupathi, M., & Mansour, E. (2006). Adult age differences in autobiographical reasoning in narratives. *Developmental Psychology*. Pasupathi, Monisha: Department of Psychology, University of Utah, 390 South 1530 East, BEH-S 502, Salt Lake City, UT, US: American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.798>

- Pasupathi, M., Wainryb, C., Mansfield, C. D., & Bourne, S. (2017). The feeling of the story: Narrating to regulate anger and sadness. *Cognition and Emotion*, *31*(3), 444–461. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1127214>
- Polkinghorne, D. E. (1988) *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany, NY, SUNY Press.
- Popper, K. R., & Eccles, J. C. (1997). *The self and its brain*. New York: Springer.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999.
- Rasmussen, B., & Angus, L. (1996). Metaphor in psychodynamic psychotherapy with borderline and non-borderline clients: A qualitative analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *33*(4), 521–530. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.521>
- Rennie, D. L. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. (pp. 155–172). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Rennie, D. L. (1994a). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(4), 427–437. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.41.4.427>
- Rennie, D. L. (1994b). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *31*(2), 234–243. <https://doi.org/10.1037/h0090224>
- Rennie, D. L. (2001). The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, *1*(2), 82–89. <https://doi.org/10.1080/14733140112331385118>
- Rennie, D. L., & Brewer, L. (1987). A grounded theory of thesis blocking. *Teaching of Psychology*, *14*(1), 10–16. https://doi.org/10.1207/s15328023top1401_2
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, *21*(1), 54–69. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504241>

- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2016). Ambivalence in Narrative Therapy : A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases, *175*(March 2015), 166–175. <https://doi.org/10.1002/cpp.1945>
- Říčan, P. (2010) *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada
- Riessman, C. K. (1993) *Narrative Analysis*. London, Sage.
- Riessman, C. K. (2003). Performing identities in illness narrative: Masculinity and multiple sclerosis. *Qualitative Research*, *3*(1), 5-33.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Řiháček, T. (2017). Medicínský model a psychoterapie. *Psychoterapie*, *11*(3), 190–203.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412-415.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, *49*(3), 186–193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 1ψ7. *The Counseling Psychologist*, *39*(2), 193–260. <https://doi.org/10.1177/0011000009359313>
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research TA - TT -*, *11*(2), 129–139. <https://doi.org/10.1080/14733140903398153> LK - <https://rug.on.worldcat.org/oclc/5713845053>
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

- Scheel, M. J. (2011). Client Common Factors Represented by Client Motivation and Autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 276–285.
<https://doi.org/10.1177/0011000010375309>
- Singer, J. a, & Blagov, P. (2004a). Story of Identity. *Building*, 117–138.
- Singer, J. A. (2004). A love story: Using self-defining memories in couples therapy. In :D. P.McAdams, R.Josselson, & A.Lieblich (Eds.), *Healing Plots: The Narrative Basis of Psychotherapy*, Washington DC: American Psychological Association.
- Singer, J. A., & Blagov, P. S. (2004b). Self-Defining Memories, Narrative Identity, and Psychotherapy: A Conceptual Model, Empirical Investigation, and Case Report. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 229-246). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Singer, J. A., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K. M. (2013). Self-Defining Memories, Scripts, and the Life Story: Narrative Identity in Personality and Psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), 569–582. <https://doi.org/10.1111/jopy.12005>
- Skorunka, D. (2008) Narativní přístup v psychoterapii: pohled psychoterapeuta a klienta (dizertační práce).
- Skorunka, D. (2010). Narativita a psychoterapie in Vybíral, Z., Roubal, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. (s 561-583)
- Skorunka, D. (2016). Narativní tónina v psychoterapii; od psychologické k post-psychologické perspektive. *Československá Psychologie*, 60(5), 482.
- Spence, D. P. (1986). Narrative smoothing and clinical wisdom. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 211-232). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Stiles, W. B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16(4), 389–392.
<https://doi.org/10.1080/10503300600735497>
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411–420. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.3.411>

- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). The as. *Consumer Reports*.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2007). Evaluating Resource Gain: Understanding and Misunderstanding Posttraumatic Growth. *Applied Psychology*, 56(3), 396–406. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x>
- Thorne, F. C. (1963). The clinical use of peak and nadir experience reports. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 248–250.
- Thornhill, H., Clare, L., May, R. (2004) Escape, enlightenment and endurance: Narratives of Recovery From Psychosis. *Anthropology and Medicine*, 11, 2, 181-199.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310–320. <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy*, 421–447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 177–183. <https://doi.org/10.1002/erv.917>
- van Langenhove, L., & Harré, R. (1999). Introducing Positioning Theory. In R. T. Harré, & L. van Langenhove (Eds.), *Positioning theory. Moral contexts of intentional action* (pp. 14-31). Oxford: Blackwell.
- White, M., Epston, D. (1990): *Narrative means to therapeutic ends*. New York, Norton.
- Whitehead, R., & Bates, G. (2016). The Transformational Processing of Peak and Nadir Experiences and their Relationship to Eudaimonic and Hedonic Well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1577–1598. <https://doi.org/10.1007/s10902->

- Williams, D. C., & Levitt, H. M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 66–82.
<https://doi.org/10.1080/10503300500469098>
- Wiseman, H., & Barber, J. P. (2008). *Echoes of the Trauma: Relational Themes and Emotions in Children of Holocaust Survivors*. Cambridge University Press.
- Wiseman, H., & Barber, J. P. (2004). The Core Conflictual Relationship Theme Approach to Relational Narratives: Interpersonal Themes in the Context of Intergenerational Communication of Trauma. In A. Lieblich, D. P. McAdams, & R. Josselson (Eds.), *The narrative study of lives. Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (pp. 151-170). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wortham, S. (2000). Interactional Positioning and Narrative Self-construction. *Narrative Inquiry*, *10*(1), 157–184. <https://doi.org/10.1075/ni.10.1.11wor>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie (2. vydání)*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., & Bagby, R. M. (2012). Therapist's Autonomy Support and Patient's Self-Criticism Predict Motivation during Brief Treatments for Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *31*(9), 903–932. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.9.903>
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research TA - TT -*, *17*(2), 137–147.

12 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Demografické vlastnosti vzorku	73
Tabulka č. 2 Analytické kategorie	74
Tabulka č. 3 Témata změny	75
Tabulka č. 4 Dosažení změny u participantů	110

13 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 ABSTRAKT DISERTAČNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 2 INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

14 PŘÍLOHA 1

ABSTRAKT DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce: Příběhy změny v skupinové psychoterapii: narativní analýza

Autor práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Školitel: prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 186 stran, 384 749 znaků

Počet příloh: 2

Počet použité literatury: 238

Abstrakt:

Disertační práce se zabývá výzkumem procesu změny v skupinové psychoterapii z pohledu klientů, a to z perspektivy narativního přístupu. Základním předpokladem narativního přístupu je chápání narativní konstrukce jako principu strukturační zkušenosti.

Cílem studie bylo popsat charakteristiky narativní konstrukce příběhů o změně v skupinové psychoterapii. Výzkumná část obsahuje tři kvalitativní studie, které pracují se vzorkem 32 klientů, kteří absolvovali denní stacionář pro úzkostné, psychosomatické poruchy a deprese. S klienty byly realizovány opakované hloubkové rozhovory uprostřed léčby, na jejím konci a 9 měsíců po ukončení stacionáře.

Studie I se zabývá otázkou, jaké jsou narativní charakteristiky příběhů úspěšné změny. Pracuje s užším výběrem osmi klientů, kteří dle objektivních ukazatelů měření změny v psychoterapii dosáhli klinicky významnou změnu.

Studie II je detailní sondou do procesu změny u tří participantů, kteří byli společně v jedné skupině, a zaměřuje se především na roli konfliktu při dosažení změny a narativní rekonstrukci.

Studie III si dala za cíl nalezení typů narativní konfigurace příběhů změny a pracuje se vzorkem 16 participantů.

Studie přináší detailní pohled na způsoby narativní konstrukce příběhů o změně s důrazem na význam aktérství, hodnot a přesvědčení klienta, vytváření narativních pozic a konfiguraci dějové linie příběhu.

Klíčová slova: skupinová psychoterapie, změna v psychoterapii, narativní analýza, aktérství.

THESIS ABSTRACT

Title: Stories of change in group psychotherapy: narrative analysis

Autor: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Supervisor: prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

Number of pages and characters: 186 pages, 384749 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 238

Abstract:

Focus of the study is client's perspectives of change in group psychotherapy. This perspective is studied using narrative approach. Within narrative approach, a narrative construction is understood to be the main principle for the construction of experience.

The aim of the study was to describe main characteristics of narrative construction of stories of change in three qualitative studies. These studies work with sample of 32 clients, who participated in 3-month daily out-patient program for treatment of depression and anxiety. Repeated in-depth interviews were realized at the beginning and the middle of treatment, as well as nine months after the completion of treatment.

Research aim of Study I. is to describe the narrative characteristics of stories of successful change. It works with smaller sample of eight clients, who, accordant to outcome measures, reached the clinically significant change.

Study II offers a detailed look at process of change of three participants, who were members of one group and focuses mainly on the role of conflict in change and narrative transformation.

Study III attempts to find types of narrative configuration of stories of change and works with 16 participants.

The studies offer a detailed view on narrative construction of stories of change, stressing the importance of agency, values and belief system of the client, narrative positioning and plot configuration.

Key words: group psychtherapy; change in psychotherapy; narrative analysis; agency

15 PŘÍLOHA 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

INFORMACE PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU:

Účinné faktory a efektivita skupinové psychoterapie v ČR

Realizuje: Pražská vysoká škola psychosociálních studií a Klinika ESET

Hekrova 805, Praha 4 - Háje, tel/fax: 267 913 634

Koodinátor studie: Ing. Bc. Eva Dubovská, kontakt: eva.dubovska@centrum.cz

V denních stacionářích Kliniky ESET probíhá mezinárodní výzkum, kterého cílem je měřit účinnost psychoterapie a zjistit, jaké faktory přispívají k úspěšnosti léčby. Výzkum je realizován pomocí dotazníků, které jsou pacientům administrovány na začátku stacionáře, uprostřed běhu stacionáře (po cca šesti týdnech), v závěru stacionáře a následně budou pacienti osloveni také korespondenčně dva měsíce po ukončení léčby, aby zcela dobrovolně zaslali vyplněné dotazníky zpátky na kliniku (poštovné bude uhrazeno).

S některými pacienty, kteří projeví zájem, budou uskutečněny rozhovory o tom, co jim v stacionáři pomohlo a jaké okamžiky psychoterapie byly pro ně klíčové.

Svou účastí ve výzkumné studii přispějete ke zlepšení služeb psychoterapie a to nejen v ČR, ale i celosvětově, výsledky výzkumu budou použity pro přípravu vědeckých výstupů.

Studie je striktně anonymní, s Vašimi osobními údaji nebude jakkoliv dále nakládáno.

Získaná data budou chráněna v souladu s platnými zákony ČR o ochraně osobních údajů.

Vaše účast ve studii je dobrovolná. Vaše otázky týkající se tohoto projektu zodpovíme kdykoli.

DĚKUJI

Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD.

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU:

Účinné faktory a efektivita skupinové psychoterapie v ČR

1) Souhlasím s tím, aby výsledky testování mé osoby byly anonymně použity ve výzkumném projektu: "Účinné faktory a efektivita skupinové psychoterapie v ČR"

2) Potvrzuji tímto, že jsem byl obeznámen s podstatou výzkumu a že svůj souhlas dávám dobrovolně.

3) Uvědomuji si, že mohu svůj souhlas stáhnout kdykoli, aniž by to mělo jakýkoli vliv na má práva nebo na povinnosti výzkumníků.

Mám zájem účastnit se také rozhovorů o úspěšnosti psychoterapie: ANO NE

(zakroužkujte svoji volbu)

Datum

Podpis:.....

