

Kdy(ž) se dialog nedaří

David Skorunka

Abstrakt: Článek je věnován teorii sociálního konstrukcionismu a dialogickým přístupům, které formovaly autorovo působení v psychiatrické a psychoterapeutické praxi. Autor vyzdvihuje myšlenky sociálních konstrukcionistů a principy dialogického pojetí, které v počátku a průběhu vlastní profesní dráhy považoval za přitažlivé a inspirující. Zmíněny jsou obtíže v jejich naplňování na psychiatrických a psychoterapeutických pracovištích. Pozornost je věnována individuálním, institucionálním a společenským faktorům, které mohou rozvíjení dialogického přístupu nejen v psychoterapii ztěžovat.

Klíčová slova: sociální konstrukcionismus, dialogický přístup, psychiatrie, psychoterapie, rodinná terapie

Abstract: The article is a personal reflection of clinical experience that was influenced by theory of social construction and dialogical approaches in psychotherapy and family therapy. The author highlights those ideas of the theory of social construction and dialogical approach which he found attractive and inspiring in the beginning and during his professional career. The challenges one can encounter when applying those ideas in psychotherapy and psychiatry institutions are discussed. Attention is paid to individual, institutional, and social factors that may impede the application of dialogical principles not only in psychotherapy practice.

Keywords: theory of social construction, dialogical approach, psychiatry, psychotherapy, family therapy

Úvod

Příspěvek je věnován dvěma inspiračním zdrojům v současné psychoterapii a rodinné terapii – teorii sociálního konstrukcionismu a dialogickému přístupu. Teorie sociálního konstrukcionismu ovlivňuje vývoj poznání ve společenských vědách a vědách o člověku přibližně od přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století, i když myšlenky tohoto druhu lze vysledovat v dálnější minulosti např. ve filozofii. V rámci širokého proudu tzv. postmoderního myšlení měli reprezentanti této teorie podíl na vzniku různých forem psychoterapeutické praxe jako je narativní terapie, využití reflektujícího týmu v rodinné terapii a rozvoje tzv. spolupracujících (*collaborative*) přístupů v psychoterapii, rodinné terapii, sociální práci a vzdělávání. Prvky sociálního konstrukcionismu lze nalézt i v dialogickém pojetí psychoterapie. Dialogické přístupy jsou v první dekádě 21. století skloňované v podobné intenzitě, jako v předcházejícím období narativní formy terapie.

Principy dialogismu a dialogického přístupu jsou diskutovány v sociální psychologii, aplikují se v psychoterapii a rodinné terapii, a v některých zemích (např. v Norsku, Finsku) se staly základem týmové spolupráce v komunitních pracovištích a institucích zaměřených na péči o duševní zdraví.

V rámci osobní reflexe bude uvedeno, jak zmíněné perspektivy a myšlenky ovlivnily počátek a průběh autorovy psychiatricko-psychoterapeutické praxe a působení zejména v oblasti duševního zdraví. Důraz bude kladen na to, v čem tyto perspektivy byly a jsou pro autora atraktivní zvláště v porovnání s naturalistickými předpoklady současné biomedicíny včetně psychiatrie a tzv. standardními formami klinické praxe v lékařství, a zejména v psychiatrii. Pozornost bude věnována různým úskalím, na která lze narazit při snaze o naplnění myšlenek sociálního konstrukcionismu a dialogického přístupu ve zdravotnických a psychoterapeutických institucích. Diskutovány budou podmínky pro rozvíjení dialogičnosti jako možného vrozeného potenciálu člověka, včetně podmínek, které mohou rozvoj takového potenciálu podporovat nebo brzdit v průběhu individuálního vývoje. Zmíněny budou faktory, které mohou naplnění dialogického přístupu v praxi ztěžovat v individuální, ale také institucionální a společenské rovině. V závěru textu dojde i na pokus o předpověď, zdali myšlenky sociálního konstrukcionismu a dialogické pojetí budou ovlivňovat vývoj v psychoterapii a rodinné terapii i v blízké budoucnosti.

Příběhy, analogie a metafory v procesu poznávání

Seznámení s texty reprezentantů sociálního konstrukcionismu a dialogického pojetí a později i s některými z myslitelů osobně předcházely první klinické zkušenosti na psychiatrickém pracovišti v rámci před-atestační přípravy. Někteří ze čtenářů už tento příběh možná znají, jeho význam i emoční náboj jsou pro autora stále živé. Je poctivé přiznat, že první roky autorova seznamování s psychiatrickými postupy charakterizovala problematická identifikace s tehdejší podobou psychiatrie jako oboru, včetně expertního pojetí role lékaře, jež v případě psychiatrické specializace navíc v některých případech zahrnuje značnou míru sociální kontroly. V 90. letech minulého století, kdy jsem započal specializační průpravu v psychiatrii, tento obor byl (a stále je) charakteristický svým převažujícím biologickým pojetím duševního zdraví a nemoci a rozmachem psychofarmakologie jako hlavní léčebné intervence. Jednou ze zásadních formativních zkušeností té doby pro mě představoval kontrast mezi důrazem na důkladné psychiatrické vyšetření, jehož součástí je explorace nejrůznějších oblastí života pacienta, a následná selekce (obrazně řečeno nucený výsek)

některých informací, které v rámci psychiatrických předpokladů (tzv. před-porozumění) korespondují s kategorizací duševních poruch v rámci konsensuálně vytvořených klasifikačních systémů (ICD-10; DSM-V). Důraz kladený v psychiatrii na diferenciální diagnostiku mezi deskriptivně, a-teoreticky pojatými variantami tzv. psychopatologie, kategorizovanými ve zmíněných klasifikačních systémech, již tehdy pro mě postrádal přiměřený respekt k subjektivním prožitkům/potížím a jejich významu v kontextu života jedince, včetně reálných životních, často traumatizujících, událostí. Během diskusí v rámci vizit a seminářů jsem míval opakovaně dojem, že životní příběhy pacientů na oddělení jsou pro mnohé z mých tehdejších kolegů nevýznamné v porovnání se stanovením přesné diagnózy duševní poruchy dle seznamu nosologických kategorií. V té době jsem nevěděl nic o narativní psychologii, ani o sociálním konstrukcionismu a dialogických přístupech. Kolegů, sdílejících rozpaky a pochybnosti o stávající podobě psychiatrie a v ní zaběhnutých postupech, nebylo v mém okolí mnoho a pocit názorového osamocení komplikoval rozvoj zdravého sebevědomí a jistoty, nutných to základních kamenů pro náročnou povahu práce s lidmi s různými projevy duševního trápení. Tyto subjektivní zkušenosti pochopitelně neopravňují k nemístným generalizacím o celé české psychiatrii, na jiných pracovištích mohla být atmosféra diametrálně odlišná. Ale význam této první zkušenosti byl zásadní, i když od té doby se okruh podobně smýšlejících kolegů rozšířil a častěji se objevují prvky pluralitního pojetí péče o duševní zdraví.

Částečnou úlevu přinesla setkání s lidmi, kteří věc nahlíželi podobně, a samozřejmě také seznámení s myšlenkovými proudy, které vyjasnily mnohé z otázek a pochybností, objevujících se zpočátku bez hlubšího porozumění. Zatímco některé z inspirativních myšlenkových proudů nabízely spíše teoretické ukotvení a privilegium meta-pozice v pohledu na proces poznávání a organizace podnětů a informací (sociální konstrukcionismus), jiné měly zásadní vliv na proměnu chápání vlastního působení v klinické praxi (systemická perspektiva, narativní terapie, dialogické přístupy). Co když teoretické koncepty nevznikají naším objevováním světa tam venku, ale spíše nám pomáhají organizovat naše chápání světa určitým způsobem? Jsou zdánlivě samozřejmé předpoklady o člověku, zdraví, o světě, o vztazích, o směřování společnosti jednou provždy definitivními danostmi, nebo jsou spíše výsledkem vzájemného vyjednávání, střetu idejí, produktem socializačních praktik a vývoje různých komunit se specifickým pojmoslovím? Na základě jakých kritérií charakterizujeme různé duševní potíže a podle čeho určujeme, kdy jde o patologii a kdy o stav přiměřený životním okolnostem a vývojovým faktorům? Jsou tzv. duševní poruchy ohraničené,

jednoznačně identifikovatelné fenomény (tak, jako přírodní druhy) nebo spíše stavy či dokonce varianty sebe-prezentace jedinečného lidského organismu v určitém životním kontextu? Můžeme se během procesu poznávání, objevování a intervence zcela zbavit vlastních předsudků, předpojatostí a před-porozumění a dosáhnout tak „čisté“ objektivitu? To jsou jen některé z mnoha otázek, které obtěžovaly mysl začínajícího psychiatra. Jaké uklidnění přineslo zjištění, že podobné otázky si kladli zkušený psychoterapeuti i akademické autority, například Harlene Anderson (1996) či Kenneth Gergen (1999) a jiní. Práce těchto a dalších autorů, zahrnující důkladnou analýzu procesu poznávání, významu jazyka, vlivu sociálních a kulturních faktorů na upřednostnění některých konstruktů apod. přinesly důležitou intelektuální útěchu začínajícímu psychiatrovi, který se postupně smířoval s nálepkou heretika. Kromě toho, osobní svědectví a konkrétní příklady těchto autorů, doplňující teoretické úvahy, korespondovaly s vlastním pozorováním absurdit a nešvarů ve vědecké a medicínské komunitě, o nichž je z různých pozic referováno jinde (Liessman, 2008; Skorunka, 2007).

Podobně „otřásající“ vliv mělo i setkání s narativní terapií Michaela Whitea a Davida Epstona (White, Epston, 1999; White, 2007) a s jazykovědci Georgem Lakoffem a Markem Johnsonem (2002), v jejichž zásadních dílech jsou patrné jak postmoderní vlivy, tak prvky teorie sociálního konstrukcionismu. White s Epstonem (1990) v návaznosti na jiné myslitele píše: *„Užití určité analogie v procesu poznávání a popisování světa významně tento proces ovlivňuje; jakým způsobem se vyptáváme na události, skutečnosti, které tím konstruuje a také „skutečné“ důsledky, které další účastníci tohoto procesu zažívají.“* (White, Epston, 1990; s. 5.). Taková formulace nevyhnutelně vyvolá u pochybujícího psychiatra další otázky. Jak analogie poruchy ovlivňuje interakci s lidmi s projevy duševního onemocnění a terapeutický postup včetně způsobů dotazování, jehož jediným cílem v psychiatrii je přiřadit některé části sdělení pacienta ke kritériím jedné či více nosologických kategorií? Jaké důsledky tyto faktory mohou mít na další budoucnost člověka – pacienta, včetně chápání potíží, sebepojetí, prognózy a životní perspektivy? Nejen klinická zkušenost (Skorunka, 2011a), ale i systematická zkoumání (Foster, 2007) ukazují, jak „jazykové uchopení“ neboli konceptualizace zkušenosti duševního trápení ovlivňuje sebe-porozumění, sebe-pojetí a zvládací strategie člověka s diagnózou duševní nemoci. A jak tyto procesy formuje zkušenost s profesionály, působícími v oblasti péče o duševní zdraví. Přitom již o mnoho starší práce lingvistů Lakoffa a Johnsona (1980) jsou v této věci inspirativní a varovné zároveň. Tito autoři na mnoha příkladech běžného užívání jazyka popsali, jak metafory prostupují náš

každodenní jazyk a jak nám pomáhají (více či méně vědomě) různé aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat. Snad všudypřítomnou je podle Lakoffa s Johnsonem (2002, orig. 1980) v našem jazyce metafora války/boje/zápasu. Slouží jako konceptualizace různých životních fenoménů (vztahy, komunikace, práce, aktivity-sport) a inspirace pro chování, které jsou s touto metaforou v souladu. Bojujeme za pravdu a o svou milou, bojujeme proti alkoholismu, infekčním chorobám a korupci, zápasíme s projevy úzkosti, v debatě porážíme názorové oponenty, útočíme na slabé místo toho, kdo nám ublížil, kapitulujeme před neomaleností politické reprezentace apod. Nechceme vzdát boj se zákeřnou depresí, ani ustoupit tomu, kdo zneužívá svých pravomocí.

Práce lingvistů, psychologů a terapeutů, ovlivněných sociálním konstrukcionismem jsou užitečné pro chápání současné medicíny, včetně zdravotnickými institucemi udržované a přitom problematické (sociálně konstruované) představy o dualitě mysli a těla. V souvislosti se sociálním konstrukcionismem o tom již bylo referováno jinde (Skorunka, 2009), ale krátké připomenutí je v tomto textu na místě. Již zmiňovaní Lakoff s Johnsonem (2002) své pojednání o metaforách v jazyce shrnuli následovně: a) používané metafory některé aspekty skutečnosti zvýrazňují a jiné naopak zakrývají; b) daná metafora může (a nemusí) být jediným způsobem, jak právě určité aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat; c) metafora se může stát určujícím průvodcem pro naši činnost a chování; d) je-li činnost určená konkrétní metaforou, bude tato činnost s metaforou v souladu, a to bude posilovat schopnost metafory činit skutečnost koherentní. Důsledky pro klinickou praxi jsou zřejmé, a ne vždy povzbuzující. Nazveme-li trápení člověka např. depresí či úzkostnou poruchou, vysíláme tím konkrétní poselství o tom, že trpí chorobou, kterou je třeba léčit. V kontextu dominujícího diskurzu edukačních kampaní, uvolněné preskripce antidepresiv v přetížených ordinacích nejen praktických lékařů a nevyrovnané dostupnosti psychoterapeutických programů v psychiatrických institucích to obvykle znamená farmakologickou léčbu. Ta je v porovnání s psychoterapeutickým přístupem, a zejména v porovnání se systematickou psychoterapií, časově i lidsky mnohem méně náročná a také je často finančně lépe ohodnocena. Užití metafory poruchy/nemoci, spolu s dalšími okolnostmi institucionálními, sociálními a ideologickými, vede k tomu, že medikace je veřejností (laickou, odbornou, reprezentanty farmaceutického průmyslu) považována často za jedinou legitimní intervenci. Ani dnes není vzácný takový názor, že deprese je onemocněním mozku, což vede k tomu, že psychosociálním souvislostem není vždy věnována dostatečná pozornost. Ano, existují práce potvrzující účinnost některých psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese (např.

kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie G. Klermana a M. Weissman; systemická párová terapie, rodinná terapie založená na teorii citové vazby) Ale zkusme zjistit, jak jsou tyto psychotherapeutické přístupy, na rozdíl od farmakologické léčby, zastoupeny v našich psychiatrických institucích.

Tím se dostáváme k poslednímu zdůvodnění atraktivity sociálně konstrukcionistických myšlenek pro autora tohoto sdělení. Někteří reprezentanti sociálního konstrukcionismu opakovaně kritizují určité jevy, které jsou součástí dlouhodobého trendu tzv. medicinizace/medikalizace lidského života. Jde o to, že biomedicínský pohled je stále častěji aplikován na různé problémy lidského života. Důvodem je nesporný pokrok biomedicíny, který přinesl nové diagnostické a terapeutické intervence s možností léčit dříve fatální onemocnění. Využití biomedicínských postupů se stalo lákavým i pro řešení problémů, které nemusí, a často ani nemají, jen „biologickou“ podstatu. Sociální problémy a další aspekty lidského života se stávají doménou medicíny a medicínských postupů řešení. Typickými oblastmi, v nichž se „daří“ medicinizaci, jsou například reprodukční medicína, období klimakteria, lidská sexualita, estetická/plastická chirurgie, některé nosologicky obtížně vymezené projevy duševního trápení a tzv. somatoformní potíže a samozřejmě problematika tzv. společensky nežádoucích jevů (např. patologické hráčství, závislosti, poruchy chování). I v těchto oblastech může medicína nabízet částečně prospěšné postupy. K pochopení, prevenci a případné komplexní intervenci je ale nutné vzít v potaz všechny podstatné souvislosti, nejen ty biologické. Britský sociolog a filozof Ivan Illich (2012) byl jeden z prvních, kdo kritizoval dopad jednostranné biomedicínské perspektivy na naše chápání zdraví, nemoci a očekávání týkajících se léčby. Kriticky nahlížel i byrokratickou přebujelost medicínsko-politických opatření, vycházejících z iluzorních předpokladů, že odpověď na utrpení leží jen v doméně biotechnologických postupů. Kritici trendu medicinizace připomínají, že aplikace biomedicíny ve stále více oblastech lidského života má formu mocenského vlivu a sociální kontroly, která je o to zrádnější, že není navenek zřejmá a jeví se na první pohled chvályhodně (Komárek, 2005). Diskutabilní je i narůstající vliv farmaceutického průmyslu, který se aktivně podílí na tvorbě poznání a poznatků v medicíně, neboť je jedním z významných „sponzorů“ výzkumu, jedním z hlavních „motorů“ distribuce poznání v odborné komunitě. Farmaceutický průmysl určuje zaměření výzkumu, ovlivňuje veřejné postoje a dostupnost poznatků (obvykle jednostranně podaných) o různých zdravotních problémech a onemocněních (Moncrieff, 2009; Moncrieff, Rapley, Dillon, 2011).

Zmíněné jevy mají negativní dopady zejména v oblasti duševního zdraví, kde doposud neexistuje tak jednoznačná shoda o etiopatogenezi tzv. duševních poruch jako v somatické medicíně. Názorně to ukazují polemické debaty o systémech klasifikace tzv. duševních poruch. Ve Spojených státech nedávno publikované páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V, 2013) představuje diskutabilní formu konceptualizace, jež spoluurčuje chování psychiatrů a dalších pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví, dalších zúčastněných stran v systému poskytování zdravotní péče a samozřejmě i tzv. laické veřejnosti. Kritické hlasy v této věci nejsou pouhou módní záležitostí, to by ostatně v různých podobách neprovázely vývoj klasifikačních systémů duševních poruch v posledních více jak třiceti letech. Polemické diskuse o klasifikačních systémech (aktuálně DSM-V) se týkají různých, často velmi zásadních, témat například a) validita nosologických kategorií; b) podstata tzv. psychopatologie; c) opomíjení kontextu projevů tzv. psychopatologie; d) vliv tzv. nálepkování na sebe-pojetí jedince; e) aktivní role zástupců farmaceutického průmyslu při vytváření nosologických kategorií (Moncrieff, 2003; Moynihan, Heath, Henry, 2002; Read, Dillon, 2013). Navzdory velkému očekávání a mnohaletému úsilí odborníků není přijetí DSM-V ani v psychiatrické komunitě zdaleka tak jednoznačné, jak se může zdát podle rutinního užívání předcházejících vydání manuálu v akademické a klinické psychiatrii (Frances, 2013; Malhi, 2013; Strakowski, Frances, 2013).

Klasifikace duševních nemocí - tato forma před-porozumění - má zásadní vliv na organizaci péče o duševní zdraví, na rozvoj institucí v této oblasti, nabídku terapeutických programů a pochopitelně i na financování. Ztělesňuje dominující biologickou perspektivu v psychiatrii, jejímž důsledkem i průvodním jevem je nárůst nosologických kategorií. Jak uvádějí opakovaně kritici, inflace psychiatrických diagnóz zahrnuje stále více oblastí lidského života a posiluje i přetrvávající stigma fenoménu duševní nemoci (Haslam, Ernst, 2002; Read, Dillon, 2013). Psychologizace a psychiatrizace různých problémů a projevů distresu přispívá k ignorování vztahových, sociálních a politických okolností. Ty pak nebývají v centru pozornosti politické reprezentace, odborných společností a bohužel už ani široké veřejnosti, jíž se negativní dopady dotýkají nejvíce (Moncrieff, Dillon, Rapley, 2011; Read, Dillon, 2013). Výstižně dopad psychiatrizace a psychologizace popisují představitelé současné kritické psychiatrie Moncrieff, Dillon a Rapley (2011): *„Tento trend na jedné straně umožňuje odborníkům v této oblasti částečně zmírňovat utrpení lidí, s nimiž se každý den setkávají, a zároveň zmírnit obtěžující pocity bezmoci, vyplývající z toho, že mohou v podstatě v mnoha případech pomoci jen omezeně. Zároveň ale dochází k tomu, že člověk se v zorném*

poli odborníků vytrácí za konceptem choroby, a sociální faktory, které mohou k duševnímu trápení přispívat, zůstávají nepovšimnuty.... (V souvislosti s modelem traumatu) je třeba připomínat, že traumatizující faktory, ovlivňující duševní zdraví mohou mít nejen dobře známé extrémní podoby, ale i běžné a komplexní, dlouhodobé interpersonální situace, v nichž dominujícími prožitky jedince jsou stud, ponížení, bezmoc, ztráta, narušení sebeúcty a frustrace v citových vazbách, které jsou úzce propojeny se základní lidskými potřebami a manifestují se v jedinečných lidských příběžích.” (Moncrieff, Rapley, Dillon, 2011, s. 4-5).

V rámci vlastního psychiatricko-psychotherapeutického působení již několik let vnímám význam reálných životních zkušeností, které ovlivňují subjektivní pohodu lidí docházejících do ambulance a přispívají k rozvoji příznaků, jež lze kategorizovat dle stávající klasifikace duševních poruch. Faktory jako existenční nejistota, dluhová situace, ztráta zaměstnání, šikana na pracovišti, nedůstojné či značně náročné podmínky na pracovišti a samozřejmě problematické vztahové situace nelze, podle mého osobního názoru, oddělit od prezentovaných problémů jako jsou poruchy spánku, anxiosně depresivní poruchy a různé formy somatizace. I když mohu při sebezpytu „objevit“ další významné proměnné, považuji sociálně konstrukcionistickou inspiraci za jeden z významných vlivů, který formoval a stále ovlivňuje můj postoj a vnímavost v těchto záležitostech.

Něco o dialogu

V běžné řeči je dialog obvykle synonymem pro rozhovor, konverzaci, komunikaci mezi dvěma a více jedinci. Během dialogu dochází k výměně informací, racionálních argumentů, názorů, úhlů pohledu, poznatků apod. V posledních dvou dekadách taková podoba dialogu neprobíhá jen mezi lidskými bytostmi, ale stále častěji mezi člověkem a elektronickým zařízením. V takovém případě je dialog také formou proudění dat, simulací zážitku, interaktivním rozhraním mezi biologickým a elektronickým systémem, prolínáním virtuální a fyzické reality. Chceme-li navázat na předchozí oddíl o sociálním konstrukcionismu, s výše uvedenými definicemi dialogu si nevystačíme. Musíme připomenout myšlenky ruského jazykovědce a literárního teoretika Michaila Bachtina. Bachtin (1981) chápe dialog jako určitou kvalitu společného jednání, vzájemné koordinace a vyladování, jež je nezbytnou podmínkou pro vynoření myšlenek, prožitků a významů v interpersonálním prostoru. V těchto podmínkách se rodí porozumění, zahrnující vyjednávání o sdílených či rozdílných významech, které přisuzujeme chování a různým fenoménům, odehrávajících se v našich životech. Probíhá-li interakce v dialogické kvalitě, lze hovořit o vzájemném spoluvytváření

sdílené reality, dočasném sdílení zkušenosti a světa jako takového. V takové interakci podle Bachtina nejsou významy neměnnou, základní kvalitou námi užívaných slov a pojmů, i když slova nevyhnutelně obsahují stopy našeho jazykového a kulturního dědictví.

Bachtinův pojem polyfonie neboli mnohohlasost není jen termínem užívaným při analýze literárních textů. Koexistence různých perspektiv, prožitků a interpretací, často konfliktních a vztahujících se přitom k jedné události, je dobře známa reprezentantům individuálních psychoterapeutických směrů, i těm, kdo pracují s rodinami. V rodinné terapii je tato koexistence různých prožitků, významů a interpretací typickým fenoménem, objevujícím se od prvních minut prvního sezení. Bývá často zdrojem silných emocí, jež zabarvují průběh společných konverzací. To představuje specifické nároky na terapeuta, ale i na členy rodiny účastnící se terapie. Není tedy překvapením, že dílo Michaila Bachtina a dialogické pojetí se stalo inspirací pro některé současné rodinné terapeuty a iniciátory transformace péče o duševní zdraví (Rober, 2005; Seikkula, Arnkill, 2006). Inspirace dialogickým pojetím se objevuje i v humanistické psychoterapii, například v existenciálních přístupech (Cooper, McLeod, 2011; van Deurzen, 2001). Stejně tak Bachtinovo pojetí dialogu přijímají se zájmem někteří sociální psychologové a reprezentanti sociálního konstrukcionismu. Sdělením: „*Neklademe otázky přírodě a ona nám neodpovídá. Klademe otázky sami sobě a pak organizujeme naše pozorování takovým způsobem, abychom dostali odpověď.*“, Bachtin předznamenává sociálně konstrukcionistické myšlení. Pojmy užívané sociálními konstrukcionisty (McNamee, Gergen, 1999) jako je vztahová zodpovědnost (*relational responsibility*), společné zkoumání/bádání (*co-operative inquiry*, Heron, 1995), sdílená zkušenost a spoluutvářené porozumění (*co-constructed understanding*) navazují na Bachtinovo pojetí dialogu.

Marková (2007) vidí Bachtinův přínos v tom, že jako jeden z prvních upozornil na nekonečné množství různých interpretací jazyka a myšlení v mnohovrstevnatém světě bez hranic. Mnohohlasost (*polyphony*) poznání je v tomto duchu formou střetu idejí a významů, jež jsou v neustálém pohybu. Pro psychoterapii a rodinnou terapii se jeví jako zásadní Bachtinovo tvrzení, že každý jedinec žije ve světě slov druhých, což podle Markové přesně vystihuje pojetí dialogičnosti: „*Lidé vytvářejí svět prostřednictvím druhých a existence každého „já“ je orientována na jazyk a svět druhých. Vstupujeme do života tak, že se učíme slova druhých, mnohostranný svět druhých se stává součástí našeho vědomí a všechny aspekty kultury naplňují náš vlastní život a zaměřují nás na druhé. Naopak smrt a neexistence jsou stavem, kdy nejsme slyšeni, rozpoznáni a pamatováni. Být znamená komunikovat a*

komunikovat znamená být pro druhého a skrze druhého být sebou (Marková, 2007, s. 121). Jistě není nutné toto vyjádření považovat za redukci lidského bytí na pouhou jazykovou, kognitivní rovinu. Počátek a průběh lidského života je determinován tělesností, ale vztahový aspekt je zcela zásadní proměnnou. Stejně tak připomínka nezbytného „rozpoznání“ druhým člověkem a naplnění svého „jáství“ skrze vztah s druhými. Lze dokonce říci, že mnozí lidé vyhledávající psychoterapii potřebují specifický (specificky bezpečný) prostor a podmínky k takovému naplnění, neboť v „běžných“ vztazích se jim to z různých důvodů nedaří.

Ještě připomeňme, že Marková (2007) rozlišuje dialogismus jako epistemologii (teorii poznání) humanitních a sociálních věd, a dialogičnost. Dialogičnost považuje za esenciální charakteristiku lidské kognice a komunikace, jejíž podstatou je schopnost uvažovat, tvořit a komunikovat o sociálních zkušenostech ve smyslu druhého, jiného (Marková, 2007). Také se domnívá, že dialogičnost lze považovat za součást vrozené výbavy lidské bytosti, stejně jako je určitá predispozice pro tzv. intersubjektivitu a jiné biologické univerzálie. Budeme-li souhlasit s tím, že dialogičnost lze považovat za součást vrozené výbavy lidské bytosti, nevyhne se otázce, zdali jsme takto „vybaveni“ ve stejné míře, a jaké faktory rozvinutí tohoto potenciálu podporují či naopak brzdí. Tyto otázky si zaslouží pozornost nejen z teoretického hlediska, ale i s ohledem na přetrvávající společenské jevy, které navzdory úrovni lidského poznání mají v reálném životě ke skutečnému dialogu daleko. Psychoterapeutickou čtenářskou obec ale budou možná nejvíce zajímat ty faktory, které se týkají klinické praxe. V ní se běžně setkáváme se situacemi, kdy se nemusí rozvíjení dialogické spolupráce z různých důvodů dařit.

Kdy se dialog nedaří; individuální faktory

Překážky rozvíjení dialogu v Bachtinovském smyslu, včetně dialogického pojetí psychoterapie a rodinné terapie, lze z didaktických důvodů rozdělit na překážky povahy individuální, institucionální a společensko-kulturní. Ze systemického hlediska nejsou mezi individuálními, institucionálními a společensko-kulturními faktory ostré hranice, můžeme spíše hovořit o vzájemném prolínání a ovlivňování nebo o různé úrovni organizace dynamicky se vyvíjejících biologických a sociálních systémů. Ale pro zjednodušení takového rozdělení překážek dialogu na tomto místě využijeme.

Začneme-li individuálními faktory, nemůžeme se opět vyhnout osobní reflexi s jistou dávkou sebekritiky. *„Dialog je v kontrastu s monologickým „ne, ale...“ konverzačním*

postojem. A také s formou komunikace „diskutování a přidávání argumentů“, kdy netrpělivě čekáme, až druhá osoba skončí, abychom mohli co nejrychleji reagovat se svým předpřipraveným konverzačním granátem...“ (Moore, 2005, in Cooper, McLeod, 2011, s. 81).

Prostá záliba v intelektuálních diskusích, jejíž součástí je v některých případech demonstrace znalostí, poznatků, názorů a zkušeností, může rozvíjení dialogu snadno brzdit. Děje se tak zvláště v těch případech, kdy pro zaujetí vlastními myšlenkovými pochody a preferovanými koncepty „neslyšíme“ hlas toho druhého. Jinak řečeno, vlastní monologické uvažování, sloužící k přípravě dalších argumentů ve prospěch našeho pohledu na věc, omezuje prostor, ve kterém by se mohla vynořit perspektiva a zkušenost našeho konverzačního partnera. Individuální potřeba sebevyjádření nebo záliba v intelektuálních diskusích nemusí být sama o sobě na škodu, jsme-li si vědomi, co v daný okamžik probíhá, a jsme-li schopni si průběžně uvědomovat nejen přínos, ale také limity takové aktivity. Problematickou se taková aktivita stává v případech, kdy jedinou motivací je dosažení intelektuální převahy a jediným cílem prosazení svého pohledu na věc bez ohledu na další osoby, jichž se projednávaná záležitost týká. Někteří rodinní terapeuti již v nedávné minulosti kriticky nahlíželi tyto tendence projevující se zejména v počátcích rozvoje rodinné terapie (Hoffman, 1992; Andersen, 1992). Jak vzpomíná Asen (2004), *„kdysi dávno, velcí pionýři rodinné terapie jezdili pravidelně po světových turné, předváděli zázraky s pomocí i bez pomoci tzv. zázračné otázky. Za sebou nechávaly zástupy přesvědčených následovníků, kteří se posléze, obvykle neúspěšně, pokoušeli napodobit demonstrované ryzí intervence. Věřící i nevěřící se poté dohadovali o svých vlastních případech a v průběhu času jsme byli svědky zrodu rozdílných škol, myšlenkových systémů a variant praxe. Jejich zástupci spolu často soupeřili, místo aby si uvědomili, že se navzájem doplňují.“* (Asen, 2004, s. 280). Až v posledních dvou dekadách se komunita rodinných terapeutů začala více zajímat o to, jak proces rodinné terapie prožívají členové rodiny a co považují z působení terapeuta za přínosné a co nikoli. K dialogické vyváženosti rozdílných perspektiv přispěl svým dílem i důkladný výzkum procesu rodinné terapie a zkoumání fenoménu terapeutické aliance (Friedlander, Escudero. Heatherington, 2006; Skorunka, 2010a).

Diskuse o individuálních faktorech, jež ovlivňují rozvíjení dialogu, se dotýká i tématu dialogičnosti jako vrozeného potenciálu člověka. Chápeme-li totiž dialogičnost spolu s Markovou (2007) jako schopnost uvažovat a komunikovat o (nejen) sociálních zkušenostech ve smyslu druhého, jiného člověka, pak těžko můžeme popřít, že se v úrovni rozvinutí této schopnosti lišíme. Nejen v psychoterapii je běžné, že s některými lidmi se nám daří snadněji

otevřeně komunikovat, sdílet své prožitky, vyjasňovat si vzájemná (ne) porozumění. Někdy je snadné si představit situaci člověka, s nímž v terapeutické místnosti pracujeme, a vcítit se do jeho životního dilematu a/nebo trápení. Stejně tak někdy vzájemnou spolupráci všichni snadno otevřeně reflektují, zatímco v jiných případech se nám to nedaří ani po opakovaných pokusech a po delší terapeutické spolupráci. Při práci s rodinou jsou rozdíly patrné obvykle již při prvním sezení; někteří členové rodiny jsou připraveni otevřeně diskutovat o emočním klimatu ve vlastní rodině, včetně specifických sociálních zkušenostech se svými blízkými, zatímco jiní členové rodiny bývají značně zdrženlivější, někdy takto zaměřený rozhovor přímo či nepřímo odmítají. A samozřejmě někteří pozvaní členové na společné setkání nikdy nedorazí, přestože by to mohlo být žádoucí a potenciálně prospěšné. Schopnost uvažovat a komunikovat o emočně-sociálních zkušenostech ve smyslu druhého člověka není samozřejmostí. Její rozvinutí úzce souvisí a prolíná se s fenomény, jež jsou popisovány různou terminologií a v rámci různých konceptů psychoterapeutů a teoretiky různého zaměření. Jmenovitě jde o pojmy a koncepty jako mentalizace, reflektující funkce, empatie a narativní schopnosti (Baerger, McAdams, 1999; Dallos, Vetere, 2009; Fonagy et al. 1991; Skorunka, 2012). I když každý z těchto pojmů a konceptů vychází z různých oblastí poznání a vzájemně se od sebe liší, v některých bodech se prolínají. Těmi je například schopnost vcítění, sebe-reflexe, schopnost komunikovat o tom, jak spolu komunikujeme (meta-komunikace).

Současné poznatky z afektivních a kognitivních neurověd v této věci korespondují s výzkumy v oblasti současné teorie citové vazby. Zmíněné dovednosti, které lze považovat za předstupeň a/nebo součást dialogického potenciálu člověka, se zřejmě rodí a utvářejí ve specifických citových vazbách zejména v počátečních fázích vývoje (Crittenden, 2008; Siegel, 2012). V psychiatrických a psychoterapeutických ordinacích se často setkáváme právě s těmi lidmi, jejichž životní osudy a zejména kvalita citových vazeb v raných fázích vývoje vytvoření dialogického potenciálu zkomplikovaly. Tím nemá být konstatován osudový determinismus bez vlivu dalších faktorů a možnosti rozvoje narativních a dialogických schopností. Jde o to, že v klinické praxi je mnohdy stejně tak důležitá schopnost vnímat optimisticky možnosti, jako je potřeba realisticky přijmout limity. Samotné nadšení a přesvědčení o výjimečnosti dialogických přístupů v psychoterapii a rodinné terapii někdy nestačí. Snaha o otevřený dialog může v některých momentech představovat ohrožení pro lidi, kteří v blízkém vztahu nezažili pocit bezpečí a přijetí, kteří si z různých důvodů plně neuvědomují nebo nedokáží sdílet své emoční prožitky a/nebo kteří pro vznik a rozvoj

dialogického potenciálu potřebují dlouhodobě konsistentní a specifické zkušenosti v rámci terapeutického vztahu.

Důležitou schopností, již můžeme považovat za předpoklad dialogické komunikace, je schopnost integrovat prožitky, významy a události vlastního života v koherentní narativní strukturu, jejíž součástí jsou ale také prožitky a perspektivy druhých osob, „hrajících“ významnou roli v našem životním příběhu (Dallos, 2006; Skorunka, 2010b). Mluvíme samozřejmě o určitém ideálu, jehož absolutní naplnění je limitováno různou formou a mírou tzv. afektivně-kognitivních distorzí, jež „zabarvují“ naše interpretace „vnitřního“ a „vnějšího světa“, včetně rozvíjení vztahů s druhými. Zdá se, že tyto tzv. afektivně-kognitivní distorze nejsou náhodně se objevující formou psychopatologie, ale spíše výsledkem souhry mnoha faktorů, včetně vlivu skutečných životních událostí a emočně nabitých zkušeností a forem adaptace na ně (Crittenden, Landini, 2011; Siegel, 2012). Lze předpokládat, že právě uvedené děje a s nimi související dovednosti jsou základem dialogičnosti jako komunikačního potenciálu, zahrnujícího schopnost vnímat situaci „očima“ druhého člověka. Výstižný je v této věci anglický obrat „*putting oneself in the other person's shoes*“, který užívají například Dallos a Vetere (2008) v diskusi o základních stavebních kamenech bezpečné atmosféry terapeutické spolupráce s rodinou, v níž je možné sdílet emoční prožitky a různé perspektivy, výklady a významy, vztažené k událostem v rodině a chování jednotlivých členů rodiny.

Kdy se dialog nedaří; institucionální a společenské faktory

V předchozí úvaze jsme se zamýšleli nad tím, jak může být schopnost rozvíjet dialogickou komunikaci ovlivněna osobní historií, vývojem životního příběhu a v něm ukotvenými zkušenostmi. Nyní se budeme věnovat tomu, jak je to s institucionálními a společenskými faktory. Institucionální faktory zde budeme chápat jako fungování, organizaci a interpersonální klima v instituci, které je zpravidla určováno jejím zaměřením, posláním případně určitou ideologií apod. Institucionální faktory odrážejí společensko-kulturní situaci a zároveň se vzájemně ovlivňují s faktory individuálními. Jako příklad uveďme zdravotnickou instituci. Například fakultní nemocnice je součástí jak systému zdravotní péče, tak institucí akademicko-pedagogickou, v níž probíhá výuka a výzkum. Léčba, výuka a výzkum představují tři hlavní aktivity v dané instituci probíhající. Jsou to zároveň tři těžiště, mezi nimiž může docházet k napětí a konfliktům, jež mohou zcela zastítn původní poslání nemocnice jako takové – poskytovat léčbu a péči nemocným. Ekonomické zájmy, stále silnější tlak na publikační činnost lékařů a na byrokratické úkony středního zdravotnického

personálu (v rámci monologického pojetí medicíny a provozu takové instituce) jsou jedny důvodů přetížení personálu, což má neblahý dopad na zvládnání komunikačních nároků terapeutické spolupráce v klinické medicíně. Během své klinické praxe jsem ještě neslyšel v ordinaci stížnosti pacientů na to, že publikace lékařů, které navštěvují, mají malý citační ohlas. Ale slyšel jsem opakovaně příběhy o tom, že nemocný nebyl přiměřeně (pokud vůbec) informován o všem důležitém ve vztahu k léčebným možnostem, o životosprávě, rehabilitaci, nemluvě o absenci uklidnění, povzbuzení a empatickém přístupu.

Dialogické pojetí spolupráce v medicíně, nejen v psychoterapii, se jednoduše řečeno nedá realizovat v atmosféře časové tísně, nedostatku personálu, přehnaném důrazu na administrativu a „vědeckou“ činnosti. Časová tíseň, spojená s nedostatkem personálu, je v medicíně zhoubnou kombinací, zvláště pro všudypřítomnou nejistotu a nevyzpytatelnost živého organismu v nemoci, navíc v interakci s lékařskými intervencemi. Tato kombinace přispívá k tomu, že interakce lékaře s pacientem je často vedena v monologickém duchu, kdy převažuje biomedicínská perspektiva a pacient se stává objektem diagnosticko-léčebné intervence a/nebo vědeckého zkoumání. Nejde o náhodu, kladou-li důraz na týmovou, interdisciplinární spolupráci ti příznivci dialogických přístupů, kteří mají zkušenost s doprovázením lidí se závažným duševním onemocněním a ve složité životní situaci (Seikkula, Arnkill, 2006) nebo kolegové, kteří pracují s lidmi s tzv. psychosomatickými potížemi (Chvála, Trapková, 2004; Chvála et al., 2012). V týmu se břemeno nejistoty a emočních nároků, spojených s lékařskou a psychoterapeutickou profesí, snáší lépe. Na druhou stranu, týmová spolupráce přímo vyžaduje schopnost dialogické komunikace nebo alespoň ochotu k ní. V týmu již nejsme v bezpečí vlastního (monologického) pohledu na věc, ale žádá se po nás, abychom „unesli“ přítomnost jiných úhlů pohledu, aniž bychom se vzdali svého názoru a zkušenosti.

Napětí rozdílných pohledů a zkušeností se někteří snaží tlumit hledáním společného jazyka nebo postojem „*not-knowing approach*“ (Goolishian, Anderson, 1992). Ale copak se lze zcela oprostít od zkušeností, od poznatků, od „životem vtisknutého“ a vskutku jedinečného postoje? Je snadné napsat, že v rámci týmové spolupráce je nutné usilovat o vyvážený přístup ve smyslu zachování profesionální identity a integrity (příslušnost k určitému směru a perspektivě) a zároveň otevřeného hledí k perspektivám jiným. Ale co v klinické praxi, kdy je potřeba se rozhodovat v určitých limitujících podmínkách a zúčastněné strany (např. kolegové na pracovišti nebo členové rodiny) mají diametrálně odlišné úhly pohledu a trvají si na svém? Je možné se vždy vyhnout situaci, kdy se nedaří

dosáhnout oboustranně uspokojivého kompromisu a jedna či více stran se musí přizpůsobit, ustoupit ze svých požadavků, potřeb a představ, kdy je jeden z pohledů na další postup prosazen na úkor jiných? V této souvislosti je výstižný komentář autorů výzkumu terapeutické aliance v rodinné terapii: není vždy možné, aby měli z rodinné terapie všichni členové rodiny stejný prospěch (Friedlander, Escudero, Heatherington, 2006).

Vrátíme-li se ještě k institucionálním faktorům, jež znesnadňují dialog a dialogickou spolupráci, pak musíme zmínit klinickou mentalitu a výrazně hierarchickou organizaci. Klinickou mentalitou rozumíme afektivně-kognitivní nastavení lékaře, které se utváří v průběhu studia medicíny a před-atestační přípravy a následně je posilováno a korigováno v průběhu klinické praxe ve zdravotnické instituci. Typickou součástí klinické mentality je snaha intervenovat, úsilí o změnu a zlepšení ve smyslu zmírnění projevů nemoci a prodloužení života. To může představovat problém v těch případech, kdy změna ve smyslu zlepšení není možná, nebo lze očekávat změnu minimální v porovnání s představou lékaře nebo pacienta. Jde o situace, kdy není tolik zapotřebí léčba (*cure*), ale spíše péče (*care*), například období stáří, nebo specifika paliativní medicíny. Snaha o změnu, motivovaná naladěním lékaře v rámci tzv. klinické mentality, se může dostat do konfliktu s prožíváním nemocného. Chod instituce, ovlivňující chování lékaře v této věci, může zcela kolidovat s potřebami nemocných, jejich tempem a způsobem jejich adaptace na situaci nemoci, léčby a souvisejících důsledků. Klinická mentalita vychází z monologického biomedicínského diskurzu, v němž se obtížně prosazují jiné perspektivy (např. psychologické a sociální), ale také perspektiva a prožitky nemocného. Problematickou může být jednostranná orientace na patologii, deficit, dysfunkci, tedy na to, co není v pořádku (např. s jedincem či rodinou) Tento rys klinické mentality mi nejen v počátcích mé profesní dráhy komplikoval působení v roli rodinného terapeuta – lékaře. Jednostranné zaměření na to, o jaké formy vztahové dysharmonie a dysfunkce v rodině jde, v tom tradičním diagnostickém duchu, podle mého názoru, ztěžuje naplnění dialogického pojetí a spolupracujícího přístupu.

Výrazně hierarchická organizace ve zdravotnické (i akademické) instituci je neméně záludná. Je-li atmosféra spolupráce na pracovišti nastavena tak, že hlas jedné odbornosti nebo několika vybraných jedinců je nadřazen těm druhým, pak nelze o dialogu hovořit. Je-li část personálu vedením protěžována, protože lidově řečeno „píská tu správnou notu“, pak nemůžeme hovořit o spravedlivých a transparentních podmínkách, včetně rovnoprávných možností rozvoje a participace pro všechny. Nejde o to devalvovat význam hierarchie, ani ji radikálně v institucích rušit. Ale jde o její míru, a o to, aby i v rámci hierarchického

uspořádání mohl zaznít jakýkoli hlas, týkající se dění v dané instituci, a aby interpersonální klima na pracovišti nebylo poznamenáno neférovými způsoby. Zkušenosti vlastní i zprostředkované hovoří jasně. Pro rozvíjení dialogu je nezbytné, aby byli účastníci takového počínání ochotni vystoupit z institucí posilované role (např. lékaře, experta, profesora apod.), a dokázali se autenticky, otevřeně projevit beze strachu, že někdo jiný takového osobního přístupu zneužije. V atmosféře hypertrofované rivality a soupeření o tituly, granty, kongresovou turistiku a další „privilegia“, dnes spojené s původně „pomáhajícími“ profesemi, je pochopitelně proměna v dialogickou formu spolupráce nesmírně náročným a někdy i těžko představitelným procesem. Je s podivem, že zmíněné nešvary jsou ve zdravotnických a jiných institucích běžné, navzdory tomu, že existují přesvědčivé důkazy o jejich negativním vlivu nejen na spolupráci s klienty/pacienty, ale i na pohodu a zdraví personálu (Maslach, 2007).

Tím se dostáváme k rovině společenských faktorů, které jsou bezpochyby živnou půdou neboli širším kontextem pro výše uvedené problematické jevy. Je-li celospolečenská atmosféra na hony vzdálená dialogickým interakcím, těžko čekat v institucích něco jiného. Společnost rozdělená na „my a oni“ je charakteristická tím, že názorový oponent je za každou cenu onálepkován, dehonestován a tím „exkomunikován“ mimo společenský a odborný diskurz a tím zcela zbaven vlivu na debatu a její výsledek. Tento způsob interakce, kdy jeden monolog válkuje druhý, aby tomu po nějaké době bylo zcela naopak a širší společenský konsensus vzal přítom za své, vede po čase k úpadku, deziluzi a rezignaci na jakoukoli systematickou angažovanost, nepočítáme-li občasné extrémní a extremistické jevy. Tento trend, bohužel typický pro českou společnost posledních let, se negativně projevuje nejvýrazněji v těch oblastech, v nichž je potřebná zejména kontinuita, dlouhodobější vize a oproštění od ideologického (nikoli ideového) matení smyslů. Jde o oblasti jako vzdělávání, zdravotnictví, sociální politika, a samozřejmě spolupráce v tématech, jež přesahují hranice národních států. Namítne-li někdo, že podobné úvahy nepatří do textu věnovanému sociálnímu konstrukcionismu a dialogickému pojetí v psychoterapii a rodinné terapii, pak musíme připomenout význam širšího kontextu, který právě tyto myšlenkové proudy zohledňují. Dialogičnost jako fenomén je v naprostém protikladu k různým utlačujícím formám společenského zřízení, které jsou obvykle označovány jako totalitní a které v žádném případě nejsou odložené na smetišti dějin ani v dobách, kdy je slovo demokracie skloňováno ve všech pádech.

Snahy o rovnocenný dialog nejsou vítány všemi a všude ani dnes. Jak píše již citovaná Marková (2007), „*Všudy přítomnost dialogičnosti v běžném jazyce a myšlení se ukázala velkou mrzutostí pro mnohé, kteří se jí snažili v zájmu objektivitu, vědy, ideologie či morálky vymýtit... Již velmi dlouhou dobu je snaha očistit jazyk od jeho předpojatosti, nejasností, dvojznačnosti a polysémických rysů poměrně signifikantní pro vědeckou, ideologickou, profesionální (a byrokratickou) komunikaci.*“ (Marková, 2007, s. 134). Příklady pro tyto snahy najdeme snadno jak v medicínské, tak psychoterapeutické komunitě. V medicíně je to aktuálně dominující geneticko-biologický trend ve spojení se snahou o prosazení unifikované metodologie výzkumu v rámci tzv. *evidence-based medicine*. Jednostrannost tohoto trendu je dlouhodobě kritizována a zároveň existují systematické snahy a rozšíření zorného pole lékařů ve prospěch tzv. bio-psycho-sociálního pojetí a psychosomatické medicíny. I v psychiatrii nalezneme tendence k prosazení uvažování, praxe a výzkumu v rámci jediné, vše vysvětlující perspektivě a metodologii (tzv. *empirically supported treatments; outcome research* apod.). Zde, stejně jako v psychoterapeutické komunitě, jsou zejména v zahraničí slyšet hlasy těch, kteří upozorňují na úskalí jednostranného, monologického pojetí, včetně výchozích naturalistických předpokladů (Read, Dillon, 2013; Slife, 2004) a těch, kdo prosazují pluralitní pojetí (Cooper, McLeod, 2011). I u nás čas od času proběhne diskuse na toto téma, v níž se objevují radikální úhly pohledu (Barbarič, 2011) a různé reakce na ně (Holub, 2011; Skorunka, 2011b; Vybíral, 2011).

Závěr

Co přinese zítřek pro psychoterapeuty a rodinné terapeuty? Budou v nadcházejících letech teorie sociálního konstrukcionismu a dialogické pojetí ovlivňovat teoretický vývoj, praxi a výzkum v psychoterapii? Věštění z křišťálové koule je nevděčná disciplína, přesto si dovolme nastínit několik možných variant a jejich variant. Sociální konstrukcionismus zřejmě i nadále bude představovat formu cenné meta-pozice, z níž nahlížíme vývoj nejen psychoterapeutického poznání. Vědomí jazykových a socio-kulturních souvislostí s sebou nese menší riziko dominance jedné perspektivy a monologických forem práce s lidmi v tzv. pomáhajících profesích. S tím roste šance na pluralitní pojetí psychoterapeutického výzkumu, teorie a praxe, aniž by to znamenalo nižší status psychoterapie v porovnání s disciplínami přírodních věd. I z této oblasti navíc přicházejí v poslední době důležité poznatky, které mnohé z psychoterapeutických předpokladů potvrzují a status psychoterapie mohou posílit. Je samozřejmě otázkou, zdali nebude spíše pokračovat již tak silný trend biologizace a

medicinizace lidského života, k němuž technologický vývoj stále více svádí. Nedávným příkladem takového pokusu je projekt kompletního zmapování činnosti lidského mozku (*BRAIN Initiative*), ambicemi tvůrců podobný projektu mapování lidského genomu a s ním souvisejících etických dilemat.

Bez ohledu na více či méně přesné předpovědi je jasné jedno. Teorie sociálního konstrukcionismu a dialogické přístupy proměnily naše chápání psychoterapeutického procesu jak v individuálních přístupech, tak v rodinné terapii. Přestože pro někoho mohou být principy dialogického pojetí a sociálně konstrukcionistické myšlení příliš teoretizující a obtížně aplikovatelné v praxi, vliv těchto myšlenkových „proudů“ je patrný v dobře zavedených a inspirativních formách terapeutické praxe i sociální práce, např. ve využití reflektujícího týmu (Friedman, 1996), v přístupu otevřeného dialogu (Seikkula, Arnkill, 2006) a interdisciplinárních formách využití rodinné terapie v medicíně (Marlowe et al., 2012). V polemických diskusích o přínosu i problematických aspektech těchto přístupů a myšlenkových směrů by se nemělo ztratit vědomí základní esence psychoterapeutické spolupráce, která je například v dialogickém pojetí, podle mého názoru, zřetelně vyjádřena. Touto esencí je lidské setkání, sdílení životního příběhu, včetně různých forem trápení a utrpení s těmi, kdo nejsou k osudu druhých lhostejní. Psychoterapii v tomto pohledu můžeme považovat za kulturně ukotvenou formu sociální opory, která v tom lepším případě umožňuje člověku různé formy utrpení sdílet, mírnit, a v některých případech i přijmout. Lze namítnout, že k pochopení, jakož i k ocenění těchto základních aspektů psychoterapeutické spolupráce nám nestačí teoretické koncepty, ani důmyslné výzkumné projekty. Pak bude lépe dát slovo někomu z umělecké scény, neboť psychoterapie je, jak známo, uměním i vědou zároveň. Nechme na závěr promluvit Kurta Vonneguta, amerického spisovatele s německými kořeny, a doufejme, že krátký úryvek z jeho pozdní tvorby bude srozumitelným nastíněním možné podstaty psychoterapie a dialogického pojetí. *„Až přijдете do mých let, pokud někdy přijдете do mých let, přistihnete se, jak se ptáte svých vlastních dětí, které jsou už sami ve středním věku: O co vlastně v životě jde? Položil jsem svou velkou otázku o životě svému synovi, pediatrovi. Dr. Vonnegut řekl svému vetchému otci toto: Tati, jsme tu, abychom si navzájem pomohli tohleto přečkat, ať už je to, co je to.“* (Vonnegut, 2007, s. 74).

Literatura:

1. Anderson, H. (1996). *Conversation, Language and Possibilities; A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
2. Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In S. McNamee, K. J. Gergen (Eds.) *Therapy as Social Construction*. (s. 54-68). London: Sage.
3. Anderson, H., Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A „not-knowing“ approach to therapy. In S. McNamee, K. J. Gergen (Eds.) *Therapy as Social Construction*. (s. 25-39). London: Sage.
4. Asen, E.(2004). Collaborating in promiscuous swamp; the systemic practitioner as a context chameleon? *Journal of Family Therapy*, 26(3), 280-285.
5. Bachtin, M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays by M.M.Bachtin*. Austin: University of Texas Press.
6. Barbarič, J. (2011). Selektivní kritika knihy Současná psychoterapie aneb kritika kvantitativního výzkumu na konkrétních příkladech. *Psychosom*, 3(4), 192-216.
7. Baerger, D.R., McAdams, D.P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well- being. *Narrative Inquiry*, 9 (1), 69-96.
8. Cooper, M. McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
9. Crittenden, P. (2008). *Raising Parents; Attachment, Parenting and Child Safety*. Culompton: Wilan.
10. Crittenden, P., Landini, A. (2011). *Assessment of Adult Attachment; A Dynamic Maturational Model to Discourse Analysis*. New York: Norton.
11. Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy; Integrating Systemic, Narrative, and Attachment Approaches*. Maidenshead: Open University Press.
12. Dallos, R., Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Hove: Routledge.
13. DSM-V (2013). <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>; vyhledáno 7.9.2013.
14. Fonagy, P. Steele, H., Steele, M., Morgan, G.S., Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states; The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
15. Foster, J. L. (2007). *Journeys through mental illness; Clients experiences and understandings of mental distress*. Basingstoke: Palgrave.
16. Frances, A. (2013). Use DSM-V cautiously, if at all. *Medscape News Psychiatry*, <http://www.medscape.com/viewarticle/804378>; vyhledáno 20.8.2013.
17. Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy*. Washington: APA.
18. Friedman, S. (Ed.) (1995). *The Reflecting Team in Action*. New York: The Guilford Press.
19. Gergen, J.K. (1999). *An Invitation to Social Construction*. London: Sage.
20. Heron, J. (1996). *Co-operative Inquiry; Research into the Human Condition*. London: Sage.
21. Haslam, N., Ernst, D. (2002). Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 21, s. 682-711.

22. Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. In S. McNamee, K. J. Gergen (Eds.) *Therapy as Social Construction* (s.7-24). London: Sage.
23. Holub, D. (2011). Reakce na J.B. *Psychosom*, 3(3-4), 219-221.
24. Chvála, V., Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
25. Chvála, V., Trapková, L., Skorunka, D. (2012). Social Uterus; A Developmental Concept for Family Therapy in Psychosomatic Disorders. *Contemporary Family Therapy* 34, 293–312.
26. Illich, I. (2012). *Limity medicíny; Nemesis medicíny-zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
27. Komárek, S. (2005). *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá Fronta.
28. Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
29. Marková, I. (2007). *Dialogičnost a sociální reprezentace; Dynamika myslí*. Praha: Academia.
30. Liessman, K.P. (2008). *Teorie nevzdělanosti; omyly společnosti vědění*. Praha: Academia.
31. Malhi, G. (2013). DSM-V; Ordering disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 7-9.
32. Marlowe, D., Hodgson, J., Lamson, A., White, M., Irons, T. (2012). Medical Family Therapy in a Primary Care Setting: A Framework for Integration. *Contemporary Family Therapy* 34, 244–258.
33. Maslach, Ch. (2007). Burnout in Health Professionals. In S. Ayers et al. (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine, 2nd Edition*. (s. 427-430) Cambridge: Cambridge University Press.
34. McNamee, S., Gergen, J.K. (eds.) (1999). *The Relational Responsibility*. London: Sage.
35. Moncrieff, J. (2003). *Is Psychiatry for Sale? An Examination of the Influence of the Pharmaceutical Industry on Academic and Practical Psychiatry*. London: Institute of Psychiatry Maudsley.
36. Moncrieff, J. (2009). *The Myth of Chemical Cure; A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. London: Palgrave Macmillan.
37. Moncrieff, J., Rapley, M., Dillon, J. (2011). *De-medicalizing Misery; Psychiatry, Psychology, and Human Condition*. London: Palgrave Macmillan.
38. Moynihan, R. Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal* 324, 886–91.
39. Read, J., Dillon, J. (Eds.) (2013). *Models of Madness*. Hove: Routledge.
40. Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons; a perspective inspired by Bachtin, Voloshinov, and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 385-397.
41. Seikkula, J., Arnkill, E.T. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac.
42. Siegel, D. (2011). *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press.
43. Skorunka, D. (2007). Ze světa praxe do světa výzkumu (a zpět). *Psychoterapie*, 1 (1).
44. Skorunka, D. (2009). Sociální konstrukcionismus a psychoterapie, *Psychoterapie*, 3(3-4).
45. Skorunka, D. (2010a). Rodinná terapie. In Z.Vybíral, J. Roubal, (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 235-269). Praha: Portál.
46. Skorunka, D. (2010b). Narativita a psychoterapie, In Z.Vybíral, J. Roubal, (Eds.), *Současná psychoterapie* (s.561-583). Praha: Portál.
47. Skorunka, D. (2011a). Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. In J. Mareš, E. Vachková (Eds.), *Pacientovo pojetí nemoci III*. (s.53-74). Brno: MSD.
48. Skorunka, D. (2011b). Selektivní komentář k selektivní kritice Juraje Barbariče. *Psychosom* 3(4). 217-220.

49. Skorunka, D. (2012). Narativní perspektiva v medicíně. *Praktický lékař*, 92 (7), 383-389.
50. Strakowski, S.M., Frances, A.J. (2013). What is Wrong with DSM-V? *Medscape Psychiatry*, dostupné na <http://www.medscape.com/viewarticle/763886>; vyhledáno 20.7.2013
51. Van Deurzen, E. (2001). *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage.
52. Vonnegut, K. (2006). *Muž bez vlasti*. Praha: Jota.
53. Vybíral, Z. (2011). Reakce na text J. Barbariče. *Psychosom* 3(4), 222-224.
54. White, M., Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.

Text byl publikován v časopise *Psychoterapie* 7(3-4), 2013, ISSN 1802-3938. Jde o upravenou a rozšířenou verzi přednášky, která zazněla na IV. Mezinárodním psychoterapeutickém sympoziu v Brně v květnu 2013.