

Přehledové studie

SCHIZOFRENIE Z HLEDISKA PSYCHOLOGIE OSOBNÍCH KONSTRUKTŮ: TEORIE, VÝZKUM, PSYCHOTERAPIE¹

MIROSLAV FILIP

Psychologický ústav AV ČR, Brno

ABSTRACT

Schizophrenia from the point of view of psychology of personal constructs: theory, research, psychotherapy

The study analyses, compares and evaluates several hypotheses explaining symptoms of schizophrenia within the personal construct theory. It aims to provide a complex overview of development in this field from fifties of the last century until current research. The overview connects theoretical considerations, empirical research and implications for psychotherapy. It begins with basic notions of George A. Kelly and reviews their elaboration and empirical testing made by Don Bannister and his collaborators and followers. It focuses especially on relationships between constructivist diagnostic dimensions (loosening - tightening, fragmentation - integration, differentiation – monolithic struc-

ture) and symptoms of schizophrenia. Last sections focus on recent research that is influenced by related approaches of social constructionism, narrative psychology and of the theory of dialogical self.

key words:

schizophrenia,
personal constructs psychology,
psychotherapy,
social constructionism,
dialogical self

klíčová slova:

schizofrenie,
psychologie osobních konstruktů,
psychoterapie,
sociální konstrukcionismus,
dialogické já

ÚVOD

Psychologie osobních konstruktů (dále jen PCP; Kelly, 1955, 1955/2001) poskytuje svébytný pohled na lidské jednání včetně jeho extrémních forem, jimž říkáme „patologické“. Výzkum a psychoterapie schizofrenie patří v PCP mezi nejrozpracovanější témata z oblasti klinické psychologie. Tento článek si klade za cíl zmapovat teorie a výzkumné přístupy snažící se postihnout dynamiku schizofrenního onemocnění z konstruktivistického pohledu, zároveň také ukázat s nimi související přístupy uplatňované v psychoterapii. Konstruktivistický pohled na psychodiagnostiku a psychopatologii přitom bude představen jako ne nutně soupeřící s řadou jiných, většinou známějších, přístupů, ale jako obecnější zastřešující koncepce, která má potenciál k jejich určité integraci.

Došlo: 29. 11. 2010; M. F., Psychologický ústav AV ČR, Veveří 97, 602 00 Brno; e-mail: filip@psu.cas.cz

¹Tato studie je podpořena grantem GAČR č. 406/09/P604. Autor děkuje I. Čermákovi za poznámky a připomínky k rukopisu.

Kelly (1955, 1955/2001) svou teorii typicky srovnával s nejvýraznějšími soudobými přístupy, s psychoanalýzou a s behaviorismem. Oba se podle něj vyznačují tím, že jednání vykládají jako souhru neosobních sil, které jedince k jednání „tlačí“ (pudy, potřeby, stimuly aj.), či v jejichž „vleku“ se nachází (cíle, incentive, aj.). Kelly nepopíral, že člověk musí reagovat na určité podněty, uspokojovat potřeby, přizpůsobit se prostředí, v němž žije. Odmítl však s těmito silami domněle stojícími za naším jednáním zacházet jako s jednoznačně determinujícími *danostmi*. Skutečně psychologické vysvětlení jednání podle něj spočívá v pochopení, jakým způsobem se člověk na sebe sama a své okolí dívá, jaké významy jim přisuzuje. Z individuálního způsobu takového nazírání vyplývají pro každého člověka individuálně specifické možnosti jak jednat.

To, co zde nazýváme jako nazírání, je v PCP rozpracováno jako *konstruování*. Konstruování lze v elementární rovině popsat jako tvorbu osobních konstruktů, které proti sobě kladou vždy dvě kontrastní alternativy. Tyto alternativy jsou také zároveň vodítky jednání. Pláč malého dítěte může například jeden rodič interpretovat jako strach v kontrastu k pocitu bezpečí (kdy by bylo dítě klidné) a bude se tento pocit bezpečí snažit zajistit. Druhý rodič ovšem týž pláč může interpretovat jako nezralou manipulaci a citové vydírání v kontrastu se zralým sociálním chováním a bude se pak k dítěti chovat zcela jinak než rodič první. Oba konstrukty (*strach – bezpečí, nezralost – zralost*) jsou *alternativními* interpretacemi téhož jednání, jichž se dá formulovat pocho-pitelně ještě daleko více.

Důležité je, že konstrukty nevypovídají nic o povaze jednání samotného, spíše vypovídají o jejich tvůrcích, o obou rodičích. Každý z nich bude na jejich základě činit odlišné predikce (např. „když dítě pohladím, uklidní se“; „když budu pláč ignorovat, uklidní se“) a bude se v souladu s tím chovat, zcela bez ohledu na to, proč dítě pláče „doopravdy“.

Z toho ovšem nevyplyvá, že je lhostejné, jaký konstrukt je uplatňován. Predikce vyplývající z každého konstruktů jsou validizovány či invalidizovány skrze jednání, které z nich vyplývá, což má zpětně dopad na konstrukt samotný. Ten může být podržen, pozměněn či nahrazen v takzvaném procesu rekonstruování. V uvedeném případě může například jedna výchovná intervence být úspěšnější než druhá, což by ukazovalo na větší relevantnost jednoho konstruktů než druhého. Toto „osvědčení se“ však neznamená, že by konstrukt jakkoliv postihoval podstatu či esenci toho, co je interpretováno (zde pláč dítěte). Idea, že se v rámci konstruování dostáváme k podstatám věcí, je v jak PCP, tak i v řadě příbuzných proudů, oslabena či úplně opuštěna.

Tato poněkud schematická ilustrace nepostihuje další dvě důležité teze PCP. Za prvé, osobní konstrukty nejsou izolované, nýbrž tvoří hierarchické konstrukční systémy s různými strukturálními charakteristikami (viz dále). Za druhé, proces *konstrukce – in/validizace v jednání – rekonstrukce* se cyklicky opakuje a probíhá na mnoha úrovních konstrukčního systému. Každý konstrukční systém je tak komplexní dynamická struktura.

Na základě uvedených předpokladů se PCP snaží skrze analýzu individuálních způsobů konstruování pochopit jednání daného člověka, a to včetně tak bizarních forem, jakými jsou symptomy schizofrenie.

Výzkum schizofrenie v PCP se odvíjí od koncepce jejího zakladatele G. A. Kellyho. Schizofrenie je dnes obvykle chápána jako kategorie definovaná v rámci systému

deskriptivní diagnostiky (MKN 10, DSM IV, např. Smolík, 1996) jako konfigurace určitých symptomů, které se obvykle vyskytují společně. Označení „schizofrenie“ je tedy vlastně abstrakcí těchto symptomů. Velkým přínosem deskriptivních diagnostických systémů je přesné vymezení obsahu jednotlivých diagnostických kategorií, a tím i ujednocení terminologie v komunitě psychologů a psychiatrů. Důraz na přesný popis symptomů však na druhé straně vede k tomu, že jsou tyto systémy v podstatě nedynamické – nepřispívají k vysvětlení či pochopení, jak specifické jednání vzniká a z čeho pramení. Vysvětlíme-li například skutečnost, že někdo trpí halucinacemi, mluví nekoherentně, vykazuje pocity deperzonalizace atd. tím, že se jedná o schizofrenii, nevysvětlujeme tím mnoho, protože schizofrenie je definovaná jako konfigurace uvedených symptomů. Při vědomí určitého zjednodušení lze takový přístup chápat jako pouhé opsání symptomů na obecnější úrovni. V tomto smyslu jde o tautologii: diagnostická kategorie má vysvětlovat symptomy, jimiž je současně definována.

Konstruktivistické uvažování o schizofrenii (a psychopatologii vůbec) můžeme odlišit od deskriptivních systémů dvojím způsobem. Za prvé má PCP ambici poskytnout vhled do dynamiky lidského jednání – nezůstat na úrovni symptomů, ale vysvětlit, proč a jak vznikají a jak se vyvíjejí. Za druhé nechápe symptomy schizofrenie primárně jako abnormální, ale jako svým způsobem adaptivní vzhledem k možnostem daného člověka a vzhledem k situaci, v níž se nachází. Z laického pohledu je právě schizofrenie příkladem jednání, které budí dojem nestrukturovanosti, iracionálnosti, nelogičnosti, bizarnosti či nekoherentnosti. Tento náhled přejímají i deskriptivní diagnostické systémy, kdy mluví například o nekoherentní mluvě, bizarním či nepřiléhavém chování apod. Z Kellyho (1977) hlediska tento slovník vypovídá víc o našem vlastním konstruování schizofrenie než o schizofrenii samotné. Jinými slovy, vypovídá spíše o tom, že příznakům schizofrenie nerozumíme, než že by sama o sobě byla „iracionální“ nebo že by chování schizofrenika postrádalo strukturu. Bannister (1966) v této souvislosti upozorňuje, že tradiční teorie pracují s *ad hoc* vysvětleními, kdy operují s pojmy odkazujícími na abnormalitu, aniž by objasnily, co je normalita.

ZÁKLADNÍ OSY KONSTRUKTIVISTICKÉ DIAGNOSTIKY A JEJICH VZTAH K SYMPTOMŮM SCHIZOFRENIE

Volnost – vázanost

Kellyho dimenze volné – vázané konstruování je klíčová nejen pro konstruktivistickou teorii schizofrenie, ale je jednou z nejnosnějších a nejinspirativnějších koncepcí PCP vůbec. Kelly (1955/2001) rozlišuje tzv. vázané (*tight*) a volné (*loose*) osobní konstrukty. Vázané konstrukty vedou k neměnným predikcím. Například na základě konstruktu noc vs. den systematicky predikujeme, že v noci je tma, chladněji atd., a naopak. Tyto predikce se obvykle nemění v čase, ani nejsou význačné (např. obvykle netvrdíme, že v noci je tma i světlo zároveň). Volné konstrukty naopak vedou k proměnlivým predikcím. Formálně se dá říci, že elementy mění své pozice na škále konstruktu od jednoho pólu k druhému, přičemž konstrukt stále udržuje svou identitu. Typickým příkladem volného konstruování je snění. Snový obraz je třeba bílý a zároveň černý, při jeho vyjádření je obtížné použít jazyk, jímž jsme zvyklí vyjadřovat spíše vázané konstrukty (Kelly, 1955/2001).

Parametr volnosti – vázanosti je třeba vždy vztáhnout k určitému kontextu, nejde o absolutní ukazatel, který by jednoznačně korespondoval s jednáním. Díky vázaným konstruktům máme potřebnou jistotu o neměnnosti věcí, o určité čitelnosti světa. V některých případech se však příliš vázaný konstrukční systém může stát rigidním a ztratit adaptivnost. Úloha volného konstruování je komplementární. Volné konstruo-

vání je spojené s tvořivostí a s možností rekonstrukce vázaných konstruktů, které v kontextu nových situací selhávají. Extrémní rozvolnění konstrukčního systému však na druhé straně souvisí s psychopatologickými projevy, typicky právě se schizofrenií.

Kelly chápe volné konstruování jako přirozenou fázi každého procesu konstruování v nejrůznějších kontextech a na různých úrovních konstrukčního systému. Jde například o přechodový stav v duševním vývoji, při řešení problémů a stejně tak třeba i při vytváření uměleckého díla. Běžný člověk se od člověka trpícího schizofrenií liší právě tím, že je schopen volné konstrukty postupně znovu formulovat v podobě nových, vázanějších konstruktů, a ty posléze podrobit in/validizaci v jednání. Extrémně volné konstruování schizofreniků je naopak spíše snahou o vyhnutí se tomuto kroku, jak uvidíme níže.

Dimenzí volnost – vázanost Kelly vysvětluje ze schizofrenních symptomů především specifický způsob schizofrenního myšlení. Z pohledu PCP je absence struktury schizofrenního myšlení pouze zdánlivá – schizofrenik vytváří a vyjadřuje struktury, jenže ty jsou volné. Proto je například schopen vnímat sebe zároveň jako *božského* a zároveň jako *dábelského*. Výzkum vztahu schizofrenního myšlení a volného konstruování je téžiskem výzkumu dalších autorů. Naproti tomu Kelly tuto diagnostickou dimenzi spíše jen náznakově vztahuje k dalším typickým symptomům schizofrenie, jako jsou halucinace, bludy, pocity derealizace, deperzonalizace, úzkost aj.

Čemu však Kelly věnoval prostor, je analýza vztahu volného konstruování a sociálního stažení typického pro lidi trpícími schizofrenií. Jeden ze základních axiomů PCP je tzv. důsledek sociálnosti (*sociality corollary*, Kelly, 1955, s. 95), podle něž „v rozsahu, v jakém jedna osoba konstruuje konstrukční procesy někoho jiného, s ní může také hrát roli v rámci sociálního procesu.“ Podle Stojnova a Butta (2002) tímto PCP přesahuje tradičnější výklady, jakým způsobem se člověk vztahuje k ostatním a jaké hraje role v sociálních interakcích. Jde o teorie vysvětlující sociální jednání buď poukazem na variabilitu nějakých psychologických charakteristik (např. rysy osobnosti), či na sociální a sociologické faktory (pozice, jakou jedinec zaujímá ve společnosti, apod.). PCP sociální jednání neodvozuje od žádných daností (struktura temperamentu, sociální pozice), nýbrž jen a pouze od způsobu, jakým člověk konstruuje konstrukční procesy ostatních aktérů. Učitel například nehraje svou roli jako předem napsaný scénář daný sociální rolí učitele, ani není determinován primárně svými osobnostními charakteristikami, nýbrž jedná každým okamžikem v souladu s tím, jakou on sám má představu o žácích a jejich konstrukčních procesech vztahujících se k situaci výuky a jak se tato představa vyvíjí (např. zda jsou bystří, líní, jaké mají dosavadní znalosti, co si myslí o něm samotném apod.), a naopak. Konstrukty uplatňované v takovýchto interakcích se nazývají „rolové“.

Na poli PCP bývají rolové konstrukty ústředním tématem, a to jak ve výzkumu, tak například v psychoterapii. Stojnov a Butt (2002) mluví o zásadní úloze re/konstruování rolových konstruktů – tyto procesy fungují v každodenním životě univerzálně, ať jde o vztahy k blízkým lidem, o vztahy na pracovišti nebo, v neposlední řadě, o vztah k sobě samému, protože každý člověk sám sobě nějak rozumí, konstruuje si sebe sama a vůči sobě svým způsobem rovněž hraje roli. Funkční rolové konstrukty jsou nutnou podmínkou sociální adaptace, duševního vývoje, vývoje jáství, pocitu identity. To, co bývá v literatuře označováno jako „konstruování self“, podle PCP probíhá prostřednictvím srovnávání s ostatními, technicky řečeno na základě vnímání odlišností a podobností s ostatními.

Podle Stojnova a Butta (2002) je tedy třeba opustit představu osobních konstruktů jako něčeho, co si vytváří každý ve svém duševním mikrosvětě. Osobní konstrukty jsou spíše něčím, co je „vně“ mezi lidmi, co se kontinuálně utváří v sociálních inter-

akcích. Tato „relacionistická“ interpretace posouvá PCP směrem k modernějšímu sociálnímu konstrukcionismu. Oba autoři nakonec poukazují na to, že právě tato stránka PCP nebyla, až na výjimky, dosud dostatečně rozpracována. To platí i o teorii schizofrenie, s výjimkou Kellyho objasnění fenoménu sociálního stažení.

Kelly (1955/2001) mluví v souvislosti se schizofrenním onemocněním zejména o rozvolnění *rolových* konstruktů. Na jejich základě člověk trpící schizofrenií nějak rozumí ostatním a vstupuje s nimi do sociálních interakcí. Rozumí ostatním ovšem svým krajně vágním idiosynkratickým způsobem. Přímým důsledkem je, že volné konstrukty je obtížné přímo testovat v jednání díky jejich volné struktuře a na základě testování je korigovat. Narušením cyklu *konstrukt – test – rekonstrukce* tak stagnuje přirozený vývoj konstrukčního systému, který přestává účinně postihovat zejména chování ostatních. To se dostává, technicky řečeno, mimo rozsah konstruování konstrukčního systému postiženého. Setkání s něčím, co nelze jakkoliv obsáhnout stávajícím konstrukčním aparátem, podle Kellyho (1955, 1955/2001) vyvolává úzkost. Sociální stažení je potom snaha vyhnout se této úzkosti. Problém porozumět ostatním je tak jedním ze zdrojů sociálního stažení.

Z druhé strany spočívá problém v tom, že okolí, zejména v západní kultuře, obvykle uplatňuje vázanější rolové konstrukty. Ty nejsou schopny postihnout jednání schizofrenika, které je vlastně pokusem o testování a validizaci volných konstruktů. Jednání schizofrenika se i v perspektivě ostatních dostává mimo rozsah konstruování, působí cize, podivně, nepochopitelně, nepředvídatelně, což opět provokuje úzkost. Ve snaze vyhnout se úzkosti se ostatní chovají k postiženému tak, že tento nenachází žádnou odezvu, která by volné konstrukty validizovala (chovají se vyhýbavě, napadají nekonzistentnost v chování, vyjadřují své nepochopení atd.). Jeho rolové konstrukty jsou masivně invalidizovány, postižený ostatním rozumí ještě hůře, postrádá jakoukoliv společnou platformu, na které by se s ostatními shodl. vzdaluje se ostatním a dostává se do izolace. Invalidizace má komplementární dopad i na konstruování jáství – dotyčný přichází o konstrukty, na jejichž základě by srovnával sebe s ostatními, „ztrácí“ se sám v sobě. Sociální stažení je potom, vedle dalšího rozvolnění konstrukčního systému (viz níže), pokusem vyhnout se další masivní invalidizaci a snahou uchovat zbylé rolové konstrukty.

Kelly na základě popsaných mechanismů učinil pozorování, že v prostředí, kde je obvyklé uplatňovat volnější konstruování, je průběh schizofrenie odlišný a její výskyt často i řidší. Je to tím, že volné konstrukty potenciálního schizofrenika nejsou v (sub) kultuře, kde je normou volné konstruování, ohroženy invalidizací. Tuto hypotézu by bylo zajímavé konfrontovat s etnopsychologickými výzkumy srovnávacími výskyt a průběh schizofrenie napříč různými kulturami.

Fragmentace – integrace

Vedle dimenze volnost – vázanost v souvislosti se schizofrenií hovoří Kelly také o *fragmentaci* konstrukčního systému. Ta úzce souvisí s takzvaným „důsledkem fragmentace“ (*fragmentation corollary*, Kelly, 1955): „Osoba může sukcesivně uplatňovat různorodé konstrukční subsystémy, které jsou navzájem nekompatibilní“ (Kelly, 1955, s. 83).

Fragmentace je do jisté míry vlastní všem konstrukčním systémům. Rozpory mezi jednotlivými subsystémy jsou však u fungujícího konstrukčního systému překonány nadřazenými konstrukty, které integrují rozpory podřazených subsystémů. Pro lidi trpící schizofrenií je však typická masivní fragmentace při absenci nadřazených, zastřešujících konstruktů. Ty jsou invalidizovány, zbývají jen úzce vymezené subsystémy, které jsou navzájem nekompatibilní. Idea fragmentace je rozpracována dalšími autory, jak uvidíme níže.

Konstrikce – dilatace

Pro úplnost je zde vhodné zmínit se o třetí důležité dimenzi, kterou je dilatace – konstrikce. Dilatace je rozšíření pole elementů, konstrikce její opak. Dilatace je nezbytným předpokladem pro vývoj fungujícího konstrukčního systému. Z hlediska psychopatologie je výrazná dilatace spojená s absencí adekvátně strukturovaného konstrukčního aparátu, který by integroval nové elementy, charakteristická pro máni. Při maniodepresivní psychóze se postižený člověk pohybuje na ose dilatace – konstrikce. Protože nemá dostatečně účinný konstrukční aparát, nemůže v manické fázi, která je charakteristická impulzivním experimentováním, zpracovat záplavu nových elementů. Ty zůstávají mimo rozsah konstrukčního systému, což vyvolává úzkost. Té se postižený typicky vyhýbá výraznou konstrikcí, tyto elementy jednoduše nebere v potaz. Tato konstrikce bývá spojena s depresí. Vedle toho je dalším možným řešením již popsaná strategie fragmentace, která je typická pro schizofrenní psychózy. Nezřídka však dochází k propojení obou procesů, což ústí v takzvanou schizoafektivní psychózu. Mimo to je třeba dodat, že i výše rozebíraný fenomén sociálního stažení je rovněž svým způsobem konstrikcí.

Na uvedeném příkladu je patrná dynamická povaha výkladu PCP. Konstruktivistická diagnostika vysvětluje souvislosti mezi jevy, které jsou na symptomové úrovni oddělené, a pro které má deskriptivní diagnostika oddělené kategorie (bipolární porucha a schizoafektivní porucha). Také se zde ukazuje, že konstruktivistická diagnostika uvažuje spíše dimenzionálně, než aby se soustředila na izolované kategorie, a že jednotlivé dimenze interpretuje v kontextu ostatních.

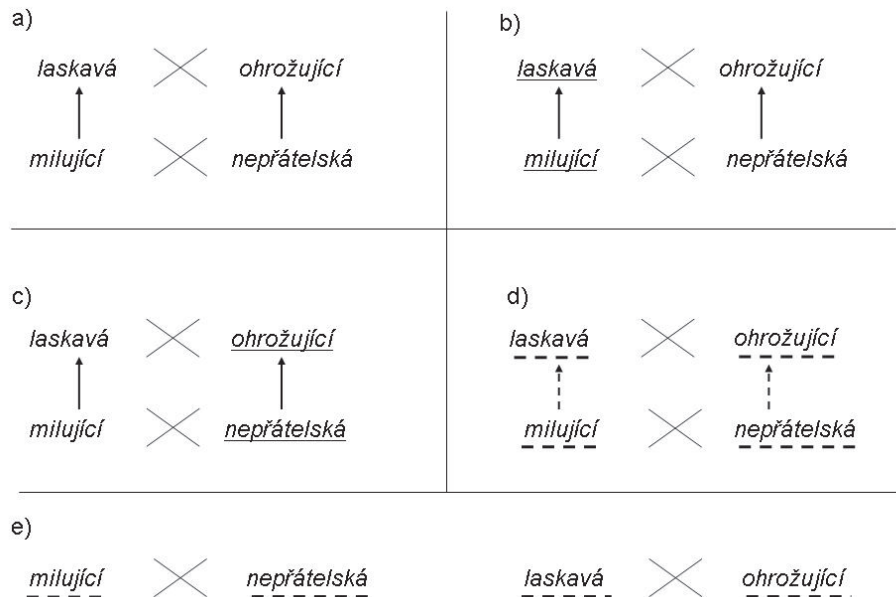
VÝZKUMY DONA BANNISTERA A HYPOTÉZA SÉRIOVÉ INVALIDIZACE

Kelly nestihl rozpracovat své vysvětlení schizofrenního chování za rámec několikastránkového oddílu ve své základní knize (Kelly, 1955/2001), ani podrobit své teze empirickému zkoumání. Opíral se většinou o svou klinickou zkušenost. Vlastní empirický výzkum schizofrenie tak v PCP začíná až pracemi Dona Bannistera v šedesátých letech minulého století (Bannister, 1960, 1962, 1963, 1965; Bannister, Fransella, 1966; Bannister, Fransella, Agnew, 1971; Bannister a kol., 1975; Bannister, Salmon, 1966). Bannister se zaměřil na dimenzi volnost – vázanost, kterou operacionalizoval dvojím způsobem. Jednak jako stupeň, nakolik jsou spolu jednotlivé konstrukty propojené (tzv. intenzita), jednak jako stabilita konstruktů v čase (tzv. konzistence).

Volné konstrukční systémy mají podle Bannistera vykazovat menší propojenost mezi jednotlivými konstrukty, protože skutečnost proměnlivé predikce jednoho konstruktů ruší spojení s konstruktem jiným. Například pokud někdo konstruuje blízkou osobu jako *milující* a tento náhled je invalidizován, dochází automaticky ke změně pohledu ve směru kontrastního pólu, takže začne být tato osoba viděna například jako *nepřátelská* (viz obr. 1). Pokud je ovšem tento náhled znovu invalidizován a osoba vykazuje znovu chování jako *milující*, dojde zpět k přesmyku k původnímu pólu. V případě opakování tohoto procesu dochází k nutnosti modifikovat konstrukt *milující* – *nepřátelský*. Jednou z forem rekonstruování může být podle Bannistera (1962) rozvolnění vazeb s dalšími konstrukty, což zapříčiní variabilní predikce dle Kellyho definice volného konstruktů. „Například volně konstruovat někoho jako *milujícího* neznamena automaticky anticipovat *laskavé, dobré* nebo *milé* jednání, protože vztahy těchto i dalších konstruktů, které se normálně spojují s konstruktem *milující*, jsou oslabené“ (Bannister, 1962, s. 841, viz obr. 1). Bannister míru této propojenosti konstruktů měřil pomocí speciálně uzpůsobeného Testu repertoárové mřížky (Rep-test).

Provázanost či intenzita se na úrovni dat projevuje většími korelacemi mezi jednotlivými konstrukty. Index konzistence jako další ukazatel volnosti – vázanosti je rovněž měřen pomocí Rep-testu a odráží stabilitu výsledků, korelaci mezi testem a re-testem provedeným po určité prodlevě.

První dvě studie (Bannister, 1960, 1962) srovnávající pacienty trpící schizofrenií s dalšími klinickými (poruchy nálad, neurózy aj.) i neklinickými kontrolními skupi-



Obr. 1 Ilustrace teorie sériové invalidizace. a) Počáteční provázaný konstrukční systém s vysokou mírou intenzity, v němž konstrukt *milující-neprátelská* je propojen s konstruktem *laskavá-ohrožující*.

Šipky značí implikace, jimiž se řídí predikce, takže (b) např. pokud je nějaká osoba kategorizována jako *milující* (značeno podtržením), je zároveň konstruována i jako *laskavá*. c) Je-li tato kategorizace invalidizována, dojde k přesmyku ke kontrastnímu pólu, takže osoba začne být konstruována jako *neprátelská*, a tedy i *ohrožující*. d) Jsou-li však opakovaně oba způsoby kategorizace invalidizovány, je osoba kategorizována variabilně buď na jeden či druhý pól konstruktu *milující-neprátelská* (značeno čárkovaným podtržením). V důsledku toho dochází také k variabilním kategorizacím na konstruktu druhém. Díky nestabilní kategorizaci se naruší vazby mezi oběma konstrukty (značeno čárkovanými šipkami). e) Konstrukt *milující-neprátelská* přestává být konečně propojený s druhým. Oba konstrukty jsou nyní na sobě nezávislé, systém se rozvolňuje, provázanost a intenzita klesá.

nami skutečně ukázaly nižší skóry intenzity a konzistence provázející schizofrenní symptomy. Oba indexy dále rozlišují mezi podskupinou schizofreniků, u kterých jsou patrné *formální* poruchy myšlení (ulpívání na detailech, zabíhavé myšlení, rozvolnění asociací, vágnost a chudost myšlení, myšlenkový záraz, nekoherentnost, paralogie aj.) a u kterých formální poruchy myšlení chybí (tj. u kterých jsou patrné jiné symptomy, zejména bludy a halucinace).¹ První skupina se od druhé liší nižšími skóry intenzity i konzistence.

¹ Ve shodě s moderní terminologií se v článku rozlišuje mezi formálními (nekoherentnost, paralogie atd.) a obsahovými poruchami myšlení (bludy). Ve většině citovaných studií se mluví původně o poruchách myšlení (bez přívlasku), přičemž se myslí formální poruchy.

Uvedené studie vyústily v konstrukci formy Rep-testu pro detekci formální poruchy myšlení u schizofrenie (Grid Test of Thought Disorder). Jeho psychometrické charakteristiky byly zkoumány v několika studiích (např. Bannister, Fransella, 1966; Bannister, Fransella, Agnew, 1971), které vesměs potvrdily schopnost rozlišovat mezi skupinami pacientů trpících schizofrenií s poruchami myšlení a bez nich.

Souběžně s tím se další Bannisterův výzkum ubíral ve směru rozpracování výsledků Kellyho tezi do podoby takzvané hypotézy sériové invalidizace, kterou podrobil empirickému zkoumání, tentokrát experimentálnímu (Bannister 1963, 1965; Bannister a kol., 1975). Hypotéza odkazuje k *sériové*, opakované invalidizaci jako podmínce schizofrenního onemocnění s formálními poruchami myšlení. Tuto tezi ilustruje výše uvedený příklad. Invalidizace je za běžných okolností nutným a nezbytným procesem umožňujícím vývoj konstrukčního systému. Speciálním případem ovšem je invalidizace sériová, neustále se opakující, chronická. Za těchto okolností nemá jedinec možnost využít nejpřirozenější reakci na invalidizaci, přesmyk ke kontrastnímu pólu, protože i ten je systematicky invalidizován. Pokud nedochází z různých důvodů ani k úplnému nahrazení invalidizovaného konstruktů konstruktem zcela novým a funkčnějším, je jedinec nucen konstrukt rozvolnit, čímž se vyhýbá další invalidizaci. Na základě volného konstruktů je totiž možné díky jeho vágnosti a predikční variabilitě integrovat protichůdné výsledky jeho testování, na vše je možné najít *post hoc* vysvětlení (Bannister, 1962). Například, je-li konstrukt *milující – nepřátelský* volný, je možné integrovat zkušenost s blízkou osobou, která vykazuje obě protichůdné charakteristiky.

Ve dvou studiích se Bannister (1963, 1965) pokusil laboratorně simulovat reakce na sériovou invalidizaci. Skupiny respondentů v opakujících se fázích vytvářely své osobní konstrukty pro sady fotografií s tvářemi neznámých osob. Respondentům jedné skupiny byla poskytována „invalidizační“ zpětná vazba – bylo jim sdělováno, že se ve svých charakteristikách mívá s tím, jací jsou tito lidé „doopravdy“. Jiné skupině byla naopak poskytována „validizační“ zpětná vazba. Žádný z obou experimentů přímo nepotvrdil, že by v důsledku opakované invalidizace index intenzity neustále klesal, spíše výrazně kolísá. Nepřímým dokladem pro platnost hypotézy bylo spíše to, že u skupiny s opakovanou validizací index intenzity rostl. V dalším výzkumu (Bannister a kol., 1975) se autoři snažili zkoumat účinek validizace přímo na klinické populaci. Tento dva roky trvající experiment byl zaměřen na identifikaci změny konstrukčního systému u pacientů trpících schizofrenií, kteří měli mít ve výrazné míře „validizační“ zpětnou vazbu (to se projevovalo např. jistým způsobem vedení psychoterapie, ošetřující personál byl instruován, aby se k pacientům choval určitým způsobem podporujícím validizaci apod.). Výzkum nezjistil žádné významné změny ve srovnání s kontrolní skupinou, i když značný počet intervencí proměnných a jejich obtížná kontrola mohly mít na výsledek nezanedbatelný vliv.

Hypotézu sériové invalidizace rolových konstruktů dává Bannister (1965) do souvislosti s příbuznými koncepcemi vzniklými na poli rodinné terapie (např. dvojná vazba). Ty však pokládá za „vysvětlení *ad hoc*, která nejsou odvozena z žádné explicitní obecné teorie normálního lidského psychologického fungování“ (Bannister, 1965, s. 381). Ambicí PCP je poskytnout pro tuto oblast psychopatologie obecnou teorii a zastřešit dílčí koncepce pomocí teoreticky a experimentálně definovaných koncepcí.

Dalším zásadním přínosem Bannistera pro výzkum schizofrenie v PCP bylo jeho pojetí specifické poruchy myšlení. Bannister a Salmonová (1966) konfrontují pojetí „difuzní“ poruchy myšlení s pojetím „specifickým“. První pojetí říká, že v případě narušení myšlení u schizofrenie jde o narušení difuzní, zasahující různé oblasti bez rozdílu. Naopak specifické pojetí implikuje, že deficit se projevuje zejména v oblasti

sociální percepce či kognice, v termínech PCP v oblasti konstruování rolových konstruktů.

První pojetí se dá označit za klasické a je do značné míry zastáváno dodnes. Například jako diferenciálně diagnostické nástroje pro detekci schizofrenního procesu bývají používány testy měřící úroveň schopnosti abstrakce geometrických obrazců, přičemž je předpokládáno, že případný deficit v této oblasti bude univerzální, patrný i v ostatních doménách. Specifické pojetí naopak s jistou nadsázkou říká, že pacienti trpící schizofrenií s formálními poruchami myšlení budou „špatní psychologové“ (v důsledku extrémního rozvolnění rolových konstruktů), ale mohou být stále „dobrymi fyziky“. Podle Bannistera a Salmonové (1966) toto odpovídá klinické zkušenosti, kdy pacienti výrazně selhávají ve čtení chování ostatních lidí, ovšem obvykle jsou schopni konstruovat fyzikální objekty běžným způsobem (např. bez problémů otevřou a zavřou dveře). Citovaná studie srovnává míru intenzity a konzistence v konstruování rolových konstruktů a v konstruování fyzikálních objektů u skupiny schizofreniků pomocí Rep-testu. Výsledky jsou ve shodě s hypotézou specifčnosti.

Uvedená série výzkumů je přes slibné výsledky zatížena nedostatky, na které poukazují navazující autoři. Jde o časté analýzy *ad hoc* ve snaze podpořit výzkumnou hypotézu, pojetí intenzity či konzistence jako fixního parametru konstrukčního systému místo zaměření se na proces geneze schizofrenie či schizofrenní poruchy myšlení a nakonec problematická operacionalizace dimenze volnost – vázanost prostřednictvím indexů intenzity a konzistence. Oba indexy spolu ve studiích obvykle vysoce korelují. Bannister je proto považoval za ukazatele stejného jevu na úrovni konstrukčního systému, míry volnosti – vázanosti. Otázka však je, zda a nakolik jsou oba ve shodě s Kellyho definicí a zda není jeden z nich pouze odvozeninou druhého.

VÝZKUMY NAVAZUJÍCÍ NA BANNISTEROVY STUDIE

Řada studií provedených během 70. a 80. let reviduje a rozvíjí Bannisterovu práci. Podrobeny analýze a přezkoumání jsou jak hypotézy specifčnosti a sériové invalidizace, tak samotný způsob operacionalizace Kellyho dimenze volnost – vázanost.

Relativně nejlépe obstála v dalším testování hypotéza specifčnosti. McPherson, Armstrongová a Heather (1975, 1978) poukazují na to, že výzkumy testující rozdíl mezi konstruováním lidí a jiných elementů neberou v potaz to, že určitý konstrukt lze různě obtížně aplikovat v různých doménách. Například konstrukt *chladný – teplý* lze velmi snadno aplikovat na kategorizaci elementu sních. Lze ho rovněž aplikovat i při kategorizaci lidí, ovšem už ne tak přímočaře. Ve dvou studiích proto tuto proměnnou „obtížnosti“ kontrolují a dospívají ve shodě s Bannisterem k závěru, že pacienti trpící schizofrenií s formálními poruchami myšlení mají specifický problém s vytvářením rolových konstruktů. Ke stejnému závěru docházejí i Bergh, Boeck a Claeys (1985).

V interpretaci Bannisterových výzkumů se kontroverze týkají v první řadě toho, jakou roli hrají formální poruchy myšlení ve schizofrenním onemocnění. Většina jeho studií dospívá k tomu, že mezi pacienty trpícími schizofrenií existuje podkategorie pacientů s poruchami myšlení a že tato porucha je odlišuje jak od ostatních pacientů trpících schizofrenií, tak od dalších klinických diagnostických skupin. Ke stejným závěrům dospívají v replikační studii také McPherson a kol. (1973). V rozporu s tím ale například Breakey a Goodell (1972) zjistili, že Bannisterův test pro detekci schizofrenní poruchy myšlení neodlišuje skupiny pacientů trpících schizofrenií a mánií, i když oba soubory se liší od kontrolní neklinické skupiny.

Rozpory v empirických zjištěních podle řady autorů pramení v problematické operacionalizaci dimenze volnost – vázanost. Kellyho původní definice (viz výše) se pří-

mo vyjadřuje k volnosti – vázanosti jako strukturnímu parametru určitého konstruktů. Tomu by odpovídal index konzistence, který vyjadřuje variabilitu konstruktů v čase. Na druhou stranu Bannisterovo pojetí volnosti – vázanosti jako parametru vztahů mezi konstrukty, což je vyjádřeno intenzitou, je odvozené. V souladu s tím Haynesová a Phillips (1973) ve své empirické studii ukazují, že intenzita je závislá na konzistenci, samotný index konzistence rozlišuje mezi studovanými skupinami lépe než v součinnosti s intenzitou, a izolovaný index intenzity rozlišuje mezi skupinami hůře nebo vůbec ne.

Řada autorů kritizuje pojetí intenzity a konzistence jako dvou různých projevů volnosti – vázanosti, protože intenzita se věcně týká odlišné diagnostické dimenze, takzvané monolitičnosti – diferenciaci (Dingemans, Space, Cromwell, 1983; Pierce, Sewell, Cromwell, 1992). Obrázek 1a, který ukazuje dva propojené, na sobě závislé konstrukty, by z jiného pohledu mohl zobrazovat také monolitický konstrukční systém. Elementy jsou totiž v jeho rámci kategorizovány podle jediného vzorce (*milující, laskavá – nepřátelská, ohrožující*), i když v rámci dvou konstruktů. Naopak obrázek 1e zobrazuje diferencovanější systém, protože každý z obou konstruktů reprezentuje samostatnou dimenzi pro kategorizaci elementů.

Dimenze monolitičnost – diferenciaci je, vedle výše zmíněné integrace – fragmentarizace, v literatuře chápána jako komponenta širší proměnné, takzvané kognitivní komplexity (např. Gallifa, Botella, 2000). Vysoká míra diferenciaci (tj. nízká intenzita) je rovněž charakteristikou adaptivního myšlení, ne pouze patologického (Radley, 1974). V souladu s tím Dingemans, Space a Cromwellová (1983) v empirické studii opět ukazují, že konzistence, nikoliv intenzita, je rozhodující kritérium rozlišující pacienty trpící schizofrenií od jiných klinických skupin a neklinického kontrolního souboru.

Bergh, Boeck a Claeys (1985) kritizují Bannisterovy výzkumy za pojetí dimenze volnost – vázanost jako stabilní charakteristiky. S podporou dalších studií tvrdí, že formální poruchy myšlení jsou v nějakém momentě přítomny téměř u každého pacienta trpícího schizofrenií, často ale i u pacientů s jinou diagnózou. Na základě reinterpretace Bannisterových experimentálních studií vlivu in/validizace na konstrukční systém poukazují na to, že rozvolnění není jedinou reakcí na invalidizaci. Možné je podržet, či dokonce zvýraznit původní vázaný charakter konstruktů, a to tak, že se ignorují atributy vedoucí k inkonzistenci nebo se zvýrazní nějaký atribut na úkor jiného. Ve výše uvedeném příkladu by to třeba znamenalo, že setkání s *laskavým a ohrožujícím* člověkem vyústí v důraz na první charakteristiku na úkor druhé, čímž je jednostranně podřazena interpretace osoby jako *laskavé*. Takové konstrukty se nazývají nevyvážené (*lopsided*, Bannister, 1962). Popsaný proces vede k celkovému ochuzování konstrukčního systému – chování blízké osoby přestává být konstruováno podle více hledisek za účelem nenarušení vázanosti či integrity, takže se posouvá od diferenciaci k monolitičnosti. V souladu s tím Bergh, Boeck a Claeys (1985) v empirickém výzkumu pomocí Rep-testu zjistili, že míra nevyváženosti konstruktů je vyšší u pacientů bez formálních poruch myšlení ve srovnání s pacienty s poruchami myšlení a s neklinickou kontrolní skupinou, což by indikovalo popsanou alternativní reakci na invalidizaci. Dále bylo na základě srovnání testu a re-testu zjištěno, že pacienti bez formálních poruch myšlení vykazovali v re-testu výrazný vzrůst intenzity, což se dá interpretovat jako zvýraznění provázanosti konstruktů i jako zvýraznění monolitičnosti. Naproti tomu u pacientů s poruchami myšlení intenzita v re-testu klesala. Uvedená zjištění jsou částečně v předchozími studiemi Bannistera, vysvětlují ale některé jejich nesrovnalosti. Nabízejí především nosnější hypotézu vysvětlující existenci dvou skupin pacientů postižených schizofrenií.

Odlišnou interpretaci nebo spíše kritiku dimenze volnosti – vázanosti uvádí Dington, Space a Cromwellová (1983). Ti vysvětlují fenomén narušení vazeb mezi konstrukty poněkud jinak. Tvrdí, že nejde o děj na úrovni organizace konstrukčního systému, ale o následek narušení pozornosti. Jeho vlivem dochází k tzv. přesmykům (*slot-changes*), střídavé interpretaci elementu na základě jednoho a posléze druhého pólu (viz příklad výše a obr. 1b – 1c). Autoři tak popírají, že by u pacientů postižených schizofrenií hrála roli volnost konstrukčního systému ve smyslu vágnosti. Svou hypotézu dokládají i empirickým výzkumem, jehož výsledky však není možné přímo konfrontovat s výše uvedenými, protože zde nejsou rozlišené skupiny pacientů s formálními poruchami myšlení a bez nich.

Je zřejmé, že původní Bannisterovy závěry jsou ve světle navazujících studií rozporné. Základním problémem je operacionalizace dimenze volnosti – vázanosti pomocí indexů Rep-testu. Kvalitní výzkumný nástroj by měl umožnit uchopit všechny předpokládaně působící dimenze (tj. volnost – vázanost, integrace – fragmentarizace, diferenciacie – monolitičnost) jako na sobě nezávislé proměnné. Východisko však nespočívá v jednoduché změně interpretace intenzity jako míry diferenciacie. Z logiky jejího výpočtu ji lze totiž zároveň docela dobře interpretovat i jako míru integrace-fragmentace (Kovářová, 2009, viz dále). V neposlední řadě lze kritizovat i výlučné omezení se na metodu Rep-testu v uvedených výzkumech (Pierce, Sewell, Cromwell, 1992).

Odhlédneme-li od konkrétních výzkumných problémů, můžeme z uvedeného přehledu vyvodit závěr, který je směrodatný pro další studie: rozvolnění rolových konstruktů nelze chápat jako stabilní charakteristiku (Bergh, Boeck, Claey, 1985). Tito autoři ukázali, že schizofrenie může být provázena i zvýšenou vázaností konstrukčního systému.

DALŠÍ VÝZKUMY A SOUČASNOST

Schizofrenie a vázané konstruování

Z hlediska interpretace novějších výzkumů je potřeba zaznamenat změnu trendu od výzkumu formálních poruch myšlení k výzkumu diagnostických kategorií definovaných podle moderních diagnostických manuálů, kde figurují čtyři hlavní kategorie schizofrenie: paranoidní, hebefrenní, simplexní a katatonní. O formálních poruchách myšlení je řeč zejména v případě hebefrenní, simplexní a katatonní schizofrenie. Pro paranoidní schizofrenii naproti tomu nejsou tyto poruchy myšlení charakteristické (Smolík, 1996).

Většina starších výzkumů pojednává výlučně o schizofrenní formální poruše myšlení a s kategoriemi deskriptivní diagnostiky neoperuje. Výjimkou je Radley (1974), který v přehledové studii klade rovnítko mezi paranoidní schizofrenií a schizofrenií bez formálních poruch myšlení, kdežto ostatní diagnostické skupiny mají být poruchami myšlení charakteristické. Není jasné, zda toto přiblížení bere doslovně, či zda jde jen o rámcové vymezení (odpověď by dala analýza použití těchto termínů ve starších diagnostických systémech). Přesto na tomto základě upozorňuje na Bannisterova (1962, 1971 – podle Radley, 1974) zjištění, že pacienti bez formálních poruch myšlení (tj. paranoidní) se vyznačují větší vázaností a monolitičností konstrukčních systémů. Ve druhé zmiňované studii dokonce Bannister píše o zvýšené vázanosti a idiosynkratičnosti konstruktů jako o fázi předcházející rozvoji formálních poruch myšlení, což je ve shodě s moderními poznatky o dynamice schizofrenního onemocnění (Smolík, 1996).

Další studie rovněž potvrzují souvislost paranoidní schizofrenie s vyšší vázaností konstrukčního systému. McPherson (1969) ukazuje, že pacienti diagnostikovaní dle

Bannisterova testu jako „bez poruchy myšlení“ s vyšší pravděpodobností vykazují bludy pronásledování. Dingemans, Space a Cromwellová (1983) zjistili, že pacienti s paranoidní schizofrenií mají oproti ostatním skupinám vyšší skóre intenzity i konzistence.

Další teoretické a metodologické posuny

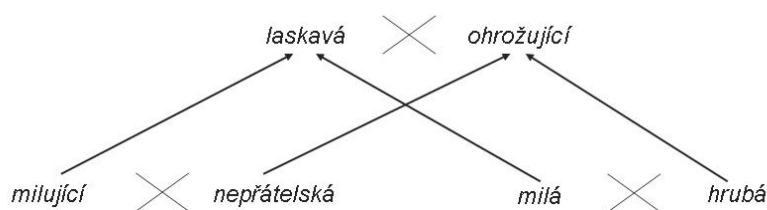
Posledně zmíněné studie naznačují, že vztah mezi schizofrenií a dimenzí volnost – vázanost není tak přímočarý, jak jej představuje hypotéza sériové invalidizace. Tyto nálezy lze lépe interpretovat na základě teoretické práce Lorenziniho, Sassaroliové a Rocchiové (1989), která pomocí formálních předpokladů PCP modeluje konstrukční strategie typické pro schizofrenii a oproti tomu pro paranoii. Schizofrenie a paranoia jsou zde viděny jako opačné reakce na selhání základní funkce konstrukčního systému – predikce. Chronicky selhávající predikce vedou, jak bylo uvedeno výše, k masivní invalidizaci konstrukčního systému.

Pro paranoii je charakteristický „vystupňovaný dogmatizmus“, který se brání invalidizaci lpěním na stávajících konstruktech. Formování bludů, které jde s touto strategií ruku v ruce, umožňuje dát smysl a koherenci zkušenostem, které by jinak mohly zapříčinit invalidizaci stávajících konstruktů. Tyto zkušenosti je totiž možné na základě bludů vždy bezesporně interpretovat *ad hoc*. Výsledkem je zvýraznění vázanosti a monolitčnosti konstrukčního systému.

Pro schizofrenii je zase charakteristický „vystupňovaný empirismus“, kdy jsou invalidizovány integrující nadřazené konstrukty a konstrukční systém je fragmentován do řady dílčích konstruktů. Ty jsou bez nadřazených struktur neuspořádané a protichůdné, což na rovině symptomové odpovídá chaotickému a bizarnímu chování. Jde opět o způsob vyhnutí se další invalidizaci, protože fragmentované konstrukty jsou používány účelově podle toho, jak se zrovna hodí k interpretaci elementů, bez zřetele k jejich případné rozpornosti. Protože zde hrají roli velmi variabilní predikce, je konstrukční systém dle Kellyho terminologie volný.

Podle této hypotézy bychom interpretovali obrázek 1a opět trochu jinak. Oba konstrukty na něm nejsou pouze propojené, nýbrž jsou v hierarchickém postavení – konstrukt *laskavá – ohrožující* je nadřazený konstruktu *milující – nepřátelská*. Předpokládejme, že tento nadřazený konstrukt má pod sebou i jiné konstrukty, jako třeba *milá – hrubá* (viz obr. 2). Takovýto systém lze označit za integrovaný v tom smyslu, že existuje nadřazená struktura, která „zastřešuje“ jednotlivé dílčí podřazené konstrukty. V důsledku invalidizace konstrukčního systému a variabilní kategorizaci v rámci podřazených konstruktů by pak především měl přestat existovat nadřazený konstrukt *laskavá – ohrožující* jako jejich smysluplná abstrakce. Výsledný systém by pak sestával pouze z konstruktů dílčích, podřazených, a byl by tedy fragmentovaný.

Obr. 2 Schéma vztahů nadřazeného konstruktů s konstrukty podřazenými



Tato konceptualizace umožňuje lépe porozumět dříve publikovaným poznatkům o roli konstrukčních procesů ve schizofrenním onemocnění. Studie ovšem vztahuje uvedené strategie k psychiatrickým kategoriím jen náznakově. Paranoidní strategii spojují autoři s druhem poruchy, která začíná obvykle ve vyšším věku než schizofrenie a není provázena dezorganizací chování. Lze jen spekulovat, zda by sem podle autorů spadala například porucha s bludy nebo zda by takovou strategii předpokládali i u paranoidní schizofrenie. Je zjevně výhodné, oproti striktnímu oddělení obou strategií v této studii, modelovat dynamiku různých forem schizofrenie jako uplatnění obou strategií v různých časových fázích či v různých oblastech konstrukčního systému. Pojetí schizofrenie a paranoi jako reakcí na selhávání konstrukčního systému v predikci však stále čeká na testování v empirickém výzkumu.

Další inovací ve výzkumu schizofrenie je uplatnění alternativní metody. Gara, Rosenberg a Mueller (1990) modelují konstrukční systém nikoliv na základě dat Rep-testu, tj. matice elementy $\times$ konstrukty, kde jsou dichotomické konstrukty označeny protikladnými atributy, ale na základě jednodušší matice elementy $\times$ atributy, v níž atributy necharakterizují konstrukty, ale každý atribut v matici reprezentuje samostatnou položku. Analýzou dat takovéto matice modelují hierarchické vztahy mezi elementy. Ze vzniklé struktury lze odečíst, jak komplexně je každý element konstruován. Ohniskem zájmu této studie je komplexnost konstruování jáství (self). Autoři zjistili, že skupina schizofrenních pacientů má méně komplexně konstruované self než skupina kontrolní.

Uvedená studie jen nepřímě navazuje na předešlou tradici výzkumů. Kromě nové metodologie je odlišná i v tom, že tematizuje zvláště konstruování self, což je v předchozích výzkumech až na výjimky zanedbáváno. Způsob modelování konstrukčního systému je zde ovšem v přímém sporu s axiomy PCP. Ty hovoří o systému dichotomických konstruktů, kdežto zde jde o hierarchii monopolárních shluků elementů.

Studie Filipa a Kecové (2010) s Revidovaným testem sémantického výběru (Lukavský, Filip, Urbánek, 2009; Filip, Urbánek, Lukavský, 2010) vychází rovněž z matice elementy $\times$ atributy. Ta je ale analyzována tak, aby byl výsledkem hierarchický systém bipolárních konstruktů.² Dimenze volnosti – vázanosti, integrace – fragmentace a monolitičnosti – diferenciacie jsou zde definovány jako nezávislé indexy odečtené ze struktury konstrukčního systému a škál jednotlivých konstruktů. Ve srovnání malých skupin pacientů trpících schizofrenií a depresí vyšlo najevo, že první skupina vykazovala statisticky významně vyšší fragmentaci. Schizofrenní pacienti měli rovněž volnější konstrukční systémy, i když ne statisticky významně. Rozdíl ve volnosti – vázanosti však byl patrný u čtyř různých indexů, které braly v potaz jednak celkovou volnost – vázanost konstruktů, tak volnost – vázanost v konstruování self. V dimenzi diferenciacie – integrace nebyly patrné výrazné rozdíly.

Tato studie rozpracovává alternativní metodologii vůči nadužívanému Rep-testu a zároveň se snaží detailně analyzovat způsob konstruování self. Dalším specifikem je, že pracuje s nonverbálně kotvenými konstrukty, kdežto předchozí studie, zejména s Rep-testem, se téměř výhradně zaměřují na konstruování verbální.

FÚZE SE SOCIÁLNÍM KONSTRUKCIONIZMEM A NARATIVNÍ PSYCHOLOGIÍ

V posledních dvaceti výrazně ubylo kvantitativních studií schizofrenie s Rep-testem. Přičítá to lze jednak důrazu na jiná témata, jednak posunem v teorii a metodologii. Pozornost začala být věnována do té doby opomíjené relacionistické interpretaci osob-

² Podrobnosti k analýze viz Filip (2010).

ních konstruktů (viz výše). Z hlediska pojetí schizofrenie se autoři zaměřili zejména na otázku konstruování self na pozadí sociálních vazeb. Ve zpracování těchto témat tak často PCP hraničí s modernějším sociálním konstrukcionizmem a narativní psychologií. Od těchto směrů přejímá nejen teoretické poznatky, ale i metodologická východiska, zejména diskurzivní či narativní analýzu. Toto metodologické obohacení má přispět k lepšímu postihu dynamiky schizofrenního onemocnění.

Existuje ovšem zásadní rozdíl mezi PCP a novějšími směry, které pracují s ideou konstruování. Uvažování PCP je původně důsledně synchronní, kdežto novější proudy, zejména narativní psychologie, uvažují spíše diachronně. Vzniká tedy rozpor, co je základní jednotkou analýzy (např. osobní konstrukt, nebo narace). Určité řešení formuluje Procter (2005, s. 103), když říká, že „konstrukty zahrnují narace a narace komunikují konstrukty“. Osobní konstrukty jsou abstraktní teoretické entity, které jsou vyjadřované či realizované na mnoha úrovních jednání (fyzické pohyby, sny, emoce, logické myšlení, psychosomatické symptomy, snění, imaginace, aj.). Změna konstrukčního systému, například v psychoterapii, se tedy musí odehrávat na některé z těchto úrovní. Konstrukty je tak v neposlední řadě možné vyjadřovat, realizovat a modifikovat i na úrovni narácí jako psychologicky přirozených struktur. S tím souvisí důraz, který klade zejména (i když ne výlučně) narativní psychoterapie, na práci s příběhy, jejichž prostřednictvím lze rekonstruovat zkušenost, tj. systém osobních konstruktů.

V pojetí schizofrenie to lze ukázat na studiích P. H. Lysankera a J. T. Lysankera (2004, 2006), které se opírají o klinická pozorování a zkušenosti z psychoterapie. Využívají modelu dialogického Já,³ přičemž vychází z předpokladu, že s celistvým, komplexním a smysluplným viděním světa, okolních lidí a sama sebe je úzce spojen průběžný dialog, a to jak na vnější úrovni, mezi jedincem a sociálním okolím, tak komplementárně na úrovni vnitřní, mezi různými Já reprezentujícími jeho rozmanité stránky či role. Jde vlastně rovněž o princip srovnávání s jinými lidmi při konstruování Já (viz výše) tentokrát formalizovaný z diachronního hlediska. Lysanker a Lysanker (2004) vidí úzkou souvislost mezi poklesem takzvané „dialogické kapacity“ na vnější i vnitřní úrovni a rozvojem pozitivních i negativních symptomů schizofrenie. V další studii (Lysanker, Lysanker, 2006) se autoři zaměřují na strukturu vnitřního dialogu mezi různými Já a dospívají k tomu, že schizofrenní proces je provázen dezorganizací ve smyslu ztráty jejich hierarchie. Vzniklý stav popisují metaforou „kakofonické reprezentace různých Já“. Tento poznatek lze opět interpretovat jako období invalidizace nadřazených rolových konstruktů (viz výše) viděnou z diachronního hlediska. V souladu s tímto pohledem ukazuje Leitner (1980) v kazuistice schizofrenní pacientky, jak lze oba pohledy („kellyánský“ a narativní) komplementárně aplikovat v psychoterapii.

IMPLIKACE PRO PSYCHOTERAPII

Ze studií uvedených v tomto přehledu sice nevyplývá jasná podoba vztahu mezi konstruktivistickými diagnostickými dimenzemi a symptomy schizofrenie, souhrnně však lze říci, že prezentovaný způsob vysvětlování patologického jednání je svébytný a nosný. V souladu s tím má také praktické implikace pro práci s pacienty trpícími schizofrenií, zejména pro psychoterapii. Ty jsou značně komplexní, ovšem vzhledem k rozsahu článku budou uvedeny jen základní, možná poněkud zjednodušující zásady.

Psychoterapeutická práce se schizofrenním pacientem podle Kellyho (1955/2001) začíná u vytvoření takzvaného rolového vztahu (*role relationship*). V souladu s před-

³ V PCP je předchůdce tohoto modelu metafora komunitní Já („community self“), (Mair, 1977).

pokladem, že dochází k masivní invalidizaci rolových konstruktů, je první snahou terapeuta umožnit klientovi vytvářet si o terapeutovi fungující rolové konstrukty. Prakticky to například znamená chovat se tak, aby byl v klientových očích čitelný, předpověditelný, neohrožující.

Terapeutovo jednání nemá podporovat invalidizaci. Z toho plyne potřeba nekonfrontativního akceptujícího přístupu. Terapeut nebude rozmlouvat bludy, poukazovat na nekonzistentnosti v klientově chování atd. Z tohoto bodu také vyplývá značný nárok na terapeuta osobně unést ty klientovy konstrukty, které jsou emocionálně vypjaté, nepřátelské, paranoidní. Každé jejich příkré zpochybnění či osobní ohrazení se vůči nim je svým způsobem další invalidizací, která zapadá do dynamiky klientových potíží.

V souladu s teorií má v neposlední řadě terapeutická intervence podporovat spíše vázání konstruktů než jejich rozvolňování. V praxi to znamená relativně větší strukturování terapeutického rozhovoru, zaměření se na konkrétní věci všedního života, na jejich časovou souslednost, na vypracování konkrétního scénáře pro případ zhoršení stavu atd.

Po stabilizaci stavu a vytvoření zárodků fungujícího rolového terapeutického vztahu je možné přikročit k postupné a obezřetné práci na rekonstrukci klientova života, v terminologii PCP na rekonstrukci klientova konstrukčního systému. Ta spočívá, v obecné rovině, v podpoře tvorby nových, zejména nadřazených osobních konstruktů a v jejich testování jak v chráněných podmínkách psychoterapie, tak postupně ve všedním životě.

ZÁVĚREČNÉ POZNÁMKY

V úvodu bylo zmíněno, že devizou PCP je úsporný pojmový aparát, průhledná axiomatická struktura a dynamický způsob interpretace jednání. V souladu s tím je možné tuto teorii vidět jako metateorii řady jiných psychologických koncepcí, protože má vesměs formální předpoklady a lidské jednání modeluje na obecnější rovině (Filip, 2007).

V kontextu tohoto článku lze tento efekt demonstrovat ve dvou bodech. Jak bylo uvedeno, Bannister svou teorii postavenou na PCP viděl jako zastřešující vůči těm teoriím, které nějak tematizují fenomén invalidizace (např. prostřednictvím dvojné vazby pozorované v rodinách schizofreniků). Z hlediska diskuzí o etiologii schizofrenie by tak Bannisterovu teorii bylo možné vidět jako zastřešující koncepci řady dílčích teorií, které zastávají její psychogenní původ (např. McPherson, Armstrong, Heather, 1978).

Bannisterovy výzkumy lze však interpretovat ještě z jiné pozice. Kelly (1955/2001) tvrdil, že spory typu fyziologické či somatické versus psychické jsou v moderní psychologii čtené právě díky tomu, že oba faktory jsou viděny v rámci nějakého dilematu, dichotomického konstruktů. Z podstaty věci však jde o *alternativní* konstrukce téhož (tj. schizofrenie), které jsou in/validizovány více či méně rozdílně v různých kontextech. Alternativní zde znamená, že obě konstrukce existují „vedle sebe“ a žádná z nich není privilegovaná. Jejich interpretace jako dvou vylučujících se koncepcí je až sekundární. V souladu s tím by byla Bannisterova teorie způsobem obecného psychologického vysvětlení schizofrenie bez ohledu na to, jak je konkrétně alternativně vysvětlována z psychiatrické či jiné perspektivy. O rozvolnění rolových konstruktů lze například mluvit bez ohledu na to, zda k němu z medicínského pohledu dochází vlivem genetické dispozice, biochemických dějů v mozku, intoxikace, z jiného pohledu pak vlivem třeba rané psychické traumatizace, určitých komunikačních vzorců v primární rodině či v dynamické souhře těchto různých faktorů.

Za druhé lze PCP jako metateorii představit ve vztahu konstruktivistické psycho-
terapie a jiných, často známějších terapeutických škol. Je zřejmé, že základní zásady
práce s klientem trpícím schizofrenií, jak byly popsány výše, jsou samozřejmé pro
všechny hlavní psychoterapeutické školy (např. Mentzos, 2005). Tyto zásady by se
daly snadno přeformulovat pomocí termínů jako je přenos – protipřenos, projekce,
kontejnování, empatie, akceptace atd.

Konstruktivistická terapie sice vyvinula několik svých charakteristických postu-
pů, po čistě technické stránce je ale vlastně značně eklektická. Novum je, že smysl
určitého postupu je formulován v jiných, většinou formálnějších termínech. Na-
příklad „kontejnování“ afektů v hlubinné terapii je z hlediska konstruktivistické
terapie vyhýbáním se invalidizaci klientových rolových konstruktů, strukturované
deníkové záznamy používané v kognitivně-behaviorální terapii jsou formou vázání
konstruktů apod. Formálnější slovník PCP má tu výhodu, že není svázán s řa-
dou specifických pojmů (jako např. libido, učení, sebeaktualizace), díky nimž jsou
různé terapeutické směry těžko souměřitelné. PCP nabízí možnost jejich zastřešení
a vzájemné komunikace.

LITERATURA

- Bannister, D. (1960): Conceptual structure in thought-disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science* 106, 1230-1249.
- Bannister, D. (1962): The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science* 108, 825-842.
- Bannister, D. (1963): The genesis of schizophrenic thought disorder: A serial invalidation hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 109, 680-686.
- Bannister, D. (1965): The genesis of schizophrenic thought disorder: Re-test of the serial invalidation hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 111, 377-382.
- Bannister, D. (1971): Schizophrenia: carnival mirror of coherence. *Psychology Today* 4, 66-69. Cit. dle Radley, A. R. (1974): Schizophrenic thought disorder and the nature of personal constructs. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 13, 315-327.
- Bannister, D., Fransella, F. (1966): A grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 5, 95-102.
- Bannister, D., Fransella, F., Agnew, J. (1971): Characteristics and validity of the grid test of thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 10, 144-151.
- Bannister, D., Adams-Webber, J. R., Penn, W. I., Radley, A. R. (1975): Reversing the process of thought disorder: A serial validation experiment. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 14, 169-180.
- Bannister, D., Salmon, P. (1966): Schizophrenic thought disorder: specific or diffuse? *British Journal of Medical Psychology* 39, 215-219.
- Bergh, O. Van den, Boeck, P. De, Claeys, W. (1985): Schizophrenia: What is loose in schizophrenic construing? In Button, E. (Ed.): *Personal construct theory & Mental health*. London, Croom Helm, 59-81.
- Breakey, W. R., Goodell, H. (1972): Thought disorder in mania and schizophrenia evaluated by Bannister's grid test for schizophrenic thought disorder. *British Journal of Psychiatry* 118, 391-395.
- Dingemans, P. M., Space, L. G., Cromwell, R. L. (1983): How general is the inconsistency in schizophrenic behaviour? In Adams-Weber, Mancuso, J. (Eds.): *Applications of Personal Construct Theory*, Academic Press, Toronto, 265-284.
- Filip, M. (2007): Psychologie osobních konstruktů po padesáti letech: Proč je teorie George Alexandra Kellyho dodnes inspirující? *Československá psychologie* 51, 1-11.
- Filip, M. (2010): Manuál k užívání revidovaného testu sémantického výběru a softwaru BARBORKA. [vyhledáno 28.9.2010 na <https://sites.google.com/site/tsvrev/>]
- Filip, M., Kecová, A. (2010): Construction processes in schizophrenic and depressive patients. *Konference EPCA*, 9.-12. 4. 2010, Bělehrad.
- Filip, M., Urbánek, T., Lukavský, J. (2010): Semantic selection test as a tool for constructivist diagnostics. In: Bourne, D.,

- Fromm, M. (Eds.): *Construing PCP: New contexts and perspectives*. Norderstedt, Books on Demand GmbH, 233-246.
- Gallifa, J., Botella, L. (2000): The structural quadrants method: A new approach to the assessment of construct system complexity via the repertory grid. *International Journal of Personal Construct Psychology* 13, 1-26.
- Gara, M. A., Rosenberg, S., Mueller, D. M. (1990): Perception of self and other in schizophrenia. *Journal of Constructivist Psychology* 2, 253-270.
- Haynes, E. T., Phillips, J. P. N. (1973): Inconsistency, loose construing and schizophrenic thought disorder. *British Journal of Psychiatry* 123, 209-217.
- Kelly, G. A. (1955): *The psychology of personal constructs. vol. 1: A theory of personality*. New York, W. W. Norton & Company Inc.
- Kelly, G. A. (1955/2001): *The psychology of personal constructs, vol. 2: Clinical diagnosis and psychotherapy*. New York, W. W. Norton & Company Inc. Seventh Edition, London, Routledge, 2001.
- Kelly, G. A. (1977): *The psychology of the unknown*. In: Bannister, D. (Ed.): *New perspectives in Personal Construct Theory*. London, New York, San Francisco, Academic Press, 1-19.
- Kovářová, M. (2009): *Měření kognitivní komplexity pomocí Revidovaného testu sémantického výběru*. Brno, FF MU.
- Leitner, L. M. (1980): Personal constructs treatment of a severely disturbed woman: The case of Sue. In: Landfield, A. W., Leitner, L. M. (Eds.): *Personal Construct Psychology*. New York, Wiley, 102-121.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S., Rocchi, M. T. (1989): Schizophrenia and paranoia as solutions to predictive failure. *International Journal of Personal Construct Psychology* 2, 417-432.
- Lukavský, J., Filip, M., Urbánek, T. (2010): *Software BARBORKA – Počítačová implementace Testu sémantického výběru*. Brno, Psychologický ústav AV ČR.
- Lysanker, P. H., Lysanker, J. T. (2004): Schizophrenia as a dialogue at the ends of its tether: The relationship of disruption in identity with positive and negative symptoms. *Journal of Constructivist Psychology* 17, 105-119.
- Lysanker, P. H., Lysanker, J. T. (2006): Psychotherapy and schizophrenia: An analysis of requirements of an individual psychotherapy for persons with profoundly disorganized selves. *Journal of Constructivist Psychology* 19, 171-189.
- Mair, J. M. M. (1977): The community of self. In: Bannister, D. (Ed.): *New Perspectives in Personal Construct Theory*. London, New York, San Francisco, Academic Press, 125-149.
- McPherson, F. M. (1969): Thought-process disorder, delusions of persecution and 'non-intergration' in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology* 42, 55-57.
- McPherson, F. M., Armstrong, J., Heather, B. B. (1975): Psychological construing, 'difficulty' and thought disorder. *British Journal of Medical Psychology* 48, 303-315.
- McPherson, F. M., Armstrong, J., Heather, B. B. (1978): Psychological construing and thought disorder: Another test of the 'difficulty' hypothesis. *British Journal of Medical Psychology* 51, 319-324.
- McPherson, F. M., Blackburn, I. M., Draffan, J. W., McFayden, M. (1973): A further study of the grid test of thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 12, 420-427.
- Mentzos, S. (2005): *Dynamika duševní nemoci*. Praha, Portál.
- Pierce, D. L., Sewell, K. W., Cromwell, R. L. (1992): Schizophrenia and depression: Construing and constructing empirical research. *Advances in Personal Construct Psychology* 2, 151-184.
- Procter, H. G. (2005): Techniques of personal construct family therapy. In: Winter, D. Viney, L. (Eds.): *Personal construct psychology: Advances in theory, Practice and Research*. Wiley, London, 94-108.
- Radley, A. R. (1974): Schizophrenic thought disorder and the nature of personal constructs. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 13, 315-327.
- Smolík, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nosologie, diagnostika*. Praha, Maxdorf.
- Stojnov, D., Butt, T. (2002): The relational basis of personal construct psychology. In: Neimeyer, R. A., Neimeyer, G. J. (Eds.): *Advances in personal construct psychology – new directions and perspectives*. Westport, Connecticut, London, Praeger, 81-110.

SOUHRN

Studie analyzuje, srovnává a hodnotí několik hypotéz vysvětlující vznik symptomů schizofrenie, které vznikly v rámci teorie osobních konstruktů. Jejím cílem je zprostředkovat komplexní přehled vývoje na tomto poli od padesátých let minulého století až po současný výzkum. Přehled propojuje teoretická zpracování, empirický výzkum a implikace pro psychoterapii. Začíná základními teoretickými poznatky Geor-

ge Kellyho a hodnotí jejich rozpracování a empirické testování v díle Dona Bannistera, jeho spolupracovníků a následovníků. Zaměřuje se především na vztah mezi konstruktivistickými diagnostickými dimenzemi (volnost – vázanost, fragmentace – integrace, diferenciacie – mono-

litičnost) a symptomy schizofrenie. Závěrečné oddíly se zaměřují na současný výzkum, který je ovlivněn příbuznými přístupy sociálního konstrukcionismu, narativní psychologie a teorie dialogického já.