

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Klinická psychologie

Magdalena Koťová

**Narativní analýza životních příběhů
žen trpících agorafobií**

**Life story narrative analysis of female
agoraphobia**

Disertační práce

vedoucí práce - Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.

2007

Za cenné rady, podporu a trpělivost děkuji především doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc. Děkuji i ženám, které byly ochotny se mnou sdílet své příběhy. Za pomoc děkuji externím hodnotitelům výzkumu a studentům, kteří se podíleli na prepisech rozhovorů. Za podporu a trpělivost děkuji rodině.

„Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.“

Datum a podpis.....

Abstrakt:

Disertační práce zahrnuje teoretický a empirický výzkum onemocnění agorafobií. V rámci teoretické části je nastíněna historie diagnózy agorafobie od poloviny devatenáctého století po současnost prostřednictvím vybraných teorií tohoto onemocnění. Tematizováno je i pojetí normality a diagnostika onemocnění agorafobií dle MKN-10, DSM IV a DSM V., prostor je věnován i filosofickému pojetí úzkosti a těla ve vztahu k prostoru.

V rámci empirické části práce je zpracována narativní analýza životních příběhů a narativních rozhovorů s ženami trpícími onemocněním agorafobií. Vzorek představuje deset žen. Získaná výzkumná data jsou analyzována pomocí metody kategoriálně-formální analýzy. V rámci výzkumu byly stanoveny výzkumné cíle: analyzovat význam onemocnění v životě participantek, popsat individuálně specifickou podobu onemocnění, analyzovat individuální význam a smysl, který svému onemocnění participantky výzkumu prostřednictvím vyprávění dávají, popsat jednotlivé aspekty ztvárnění života. Cílem byl též popis způsobů, jakým svou nemoc participantky zvládaly, a to včetně terapie.

Narativní analýza životních příběhů žen trpících onemocněním agorafobií se ukázala jako metoda, jejímž prostřednictvím bylo možné porozumět zejména smyslu onemocnění agorafobií a významu, který nemoci dávají samy participantky.

Klíčová slova: narativ, životní příběh, ženy, agorafobie

Abstract:

This dissertation presents theoretical and empirical research on the agoraphobia. The theoretical part outlines the history and diagnosis of agoraphobia since the mid-nineteenth century to the present through selected theories of this disorder. Concept of normality and diagnosis of agoraphobia disorder according to ICD - 10, DSM IV and DSM V are also addressed. Space is also devoted to the philosophical concept of anxiety and body in relation to space.

In the empirical part of the thesis the life story narrative analysis as well as analysis of narrative interviews with women suffering from agoraphobia was carried out. Ten women represent the sample. Received research data were analysed using the categorial-formal analysis. Following research objectives were set: to analyse importance of the disease in lives of participants, to describe the individual specific form of the disease, to analyse individual meaning and purpose attributed by the participants to their disease, to describe diverse aspects of life depicting. The aim was also to learn about the ways participants manage their disease including the use of therapy.

Life story narrative analysis of female agoraphobia proved to be a suitable method for understanding the very meaning of agoraphobia disorder and also the meaning that is being attributed to the disease by participants themselves.

Key words: narration, life-story, women, agoraphobia

Obsah

Několik slov úvodem	9
Teorie agorafobie	12
Wilhelm Worringer a koncept základní úzkosti jako zdroje tvorby	16
William James a teorie instinktů	18
Carl Friedrich Otto Westphal a jeho předchůdci	18
Agorafobie z perspektivy pohledu teoretiků urbanismu a architektů	22
Pojetí agorafobie ve dvacátém století – od S. Freuda po teorii vazby	25
Agorafobie v díle Sigmunda Freuda	26
Helene Deutsch	31
John Bowlby a teorie vazby	36
„Diagnóza“ agorafobie	39
Normalita a nemoc	39
Agorafobie dle diagnostických manuálů MKN-10 a DSM-V	44
Incidence a prevalence onemocnění agorafobií	47
Teorie agorafobie zohledňující sociokulturní kontext	49
Panika a protest v agorafobii	55
Agorafobie a diskurs týkající se postavení žen ve společnosti	59
Možné příčiny onemocnění agorafobií pramenící z výchovy žen	64
Úzkost: perspektiva psychoterapie a filosofie aneb od „matematického rozumu“ (Cassirer), „odkouzlení světa“ (Weber, Tillich) ke svobodě volby	70
Matematický rozum a odkouzlení světa	70
Horror vacui	72
Víra ve spásu prostřednictvím rozumu se rozpadá	76
Století úzkosti	80
Prostor, tělo. Lidská tělesnost v moderní filosofii	88
Empirická část práce – narativní analýza životních příběhů žen trpících onemocněním agorafobií, analýza narativních rozhovorů	95
Několik slov k narativní perspektivě pohledu na výzkum v sociálních vědách	95
Zaměření výzkumu, cíle výzkumu	102
Participantky výzkumu	103
Proces získávání výzkumného materiálu – volba výzkumné metody, průběh	

rozhovorů a tvorba „scénáře“ rozhovorů	105
Metoda analýzy získaných dat	108
Ztvárnění jednání, míra aktérství.....	109
Životní témata.....	110
Zápletky	110
Hodnoty a přesvědčení	112
Obrazy sebe a druhých	113
Reflexe a hledisko	115
Proces zpracování výzkumného materiálu.....	115
Etické aspekty výzkumu	117
Co ukázal předvýzkum.....	118
Reflexe a předporozumění zkoumané problematice	120
Credibilita výzkumu, reliabilita a validita (hodnocení kvality výzkumu)	122
Jednotlivé narativní analýzy životních příběhů participantek výzkumu.....	126
„Nějak to zvládám“	127
„Oni tady nebudou furt...“	138
„Život je boj“	147
„Nechci bydlet ani tam, kde jsem“	153
„Takovej malej svět uzavřenej...“	160
„Ty začátky byly hezký“	171
„Jsme museli bejt taková vzorná rodina“	181
„Ukázat všem, že jsem dobrá“	187
„Domácí zázemí“	193
„Že prostě jsme tam uvízli a už se nikdy nedostanu pryč“	202
Závěrečné shrnutí narativních analýz.....	209
Diskuse k závěrům výzkumu	224
Závěr	233
Literatura.....	235
Seznam příloh	252
Přílohy.....	Error! Bookmark not defined.
Příloha číslo 1 – Informovaný souhlas pro participantky výzkumu	Error!
Bookmark not defined.	
Příloha číslo 2 - Seznam otázek, podklad k vytvoření „scénáře“	Error!
Bookmark not defined.	

Příloha číslo 3 - Transkripce rozhovorů – návod **Error! Bookmark not defined.**

Příloha číslo 4 – Narativní analýzy externích hodnotitelů **Error! Bookmark not defined.**

Příloha číslo 5 – Čestné prohlášení **Error! Bookmark not defined.**

Příloha číslo 6 – Text týkající se výzkumu – prosba o účast na výzkumu. **Error! Bookmark not defined.**

Příloha číslo 7 – Doslovné přepisy vedené s participantkami výzkumu.... **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 1 – slečna Helena **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 2 – slečna Alena **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 3 – paní Ester..... **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 4 – slečna Dana **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 5 – paní Veronika **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 6 – paní Karolína..... **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 7 – paní Věra **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 8 – slečna Anna **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 9 – slečna Pavla..... **Error! Bookmark not defined.**

Rozhovor číslo 10 – slečna Kristýna **Error! Bookmark not defined.**

Několik slov úvodem

*„The history of mankind is the instant between two strides
taken by a traveller“*

Franz Kafka: The Third Octavo Notebook

Na citát z Kafkova díla jsem narazila v bostonské univerzitní knihovně, v knize Paula Cartera¹, během psaní disertační práce. Motto se zdálo být inspirujícím vstupem do textu, protože následující stránky jsou pokusem o vlastní cestu labyrintem teorií, metateorií, interpretací, metafor a analogií. Kafkova věta je (zcela jistě nezamýšlenou) charakterizací „dějin“ onemocnění agorafobií.

Téma agorafobie se laikům jeví jako fascinující. V následujících kapitolách je možné ukázat, že je poměrně známá historie vývoje tohoto pojmu, protože kolem jeho obsahu se rozvinula poměrně široká diskuse. Přesto je možné podtrhnout, že pokusíme-li se nalézt a interpretovat příčiny onemocnění agorafobií u kohokoliv z těch, kdo touto nemocí trpí (a obrazně řečeno - proč se najednou mezi dvěma životními kroky či etapami „zastaví“ a „znehyní“), dostáváme se do střetů s kulturní tradicí, s historií euroamerické civilizace a specifickou životní historií jednotlivce pobývajcího uvnitř okcidentálního společenství. Současně jsme konfrontováni s diskursem týkajícím se onemocnění, tím pádem i s předporozuměním a s nikoliv zcela reflektovanými předsudky k dané problematice, které nosíme v sobě jako příslušníci doby a našeho společenství.

Na počátku disertační práce se pokusím nastínit historii konceptu agorafobie a jednotlivé teorie popisující její příčiny. Podobně, jako je tomu například u schizofrenie, existuje dnes vedle sebe široká paleta teorií, nahlížejších a interpretujících agorafobii z mnoha různých perspektiv. Někteří urbanisté a architekti spatřují příčiny tohoto onemocnění v nevhodném urbánním plánování a

¹ CARTER, P. *Repressed spaces. The poetics of agoraphobia*. London: Reaktion Books, 2002.

chaosu moderní metropole. Klasičtí psychoanalytici vyzvedávají potlačení sexuálního pudu. Feministky nacházejí příčiny ve stereotypch týkajících se ženské role a v politické opresi žen z veřejného prostoru. Někteří sociologové chápou onemocnění jako metaforu odporu ke konzumu. Behavioristé vytvářejí teorie popisující naučený strach či značnou obavu z projevu emocí. Daseinsanalytické teorie uvádějí toto onemocnění do filosofického kontextu „bytí-ve-světě“ a jeho deformace, hovoří například o „zúžení životního prostoru“. Podrobněji se diagnostikou a její historií budu zabývat v první kapitole následujícího textu, která je zároveň shrnutím teorií onemocnění autorů, kteří se zabývali dějinami umění a kulturou či architekturou a urbanismem. V jejím rámci je též podán přehled konceptů agorafobie, které se pokoušejí nalézt odpovědi na otázku po původu nemoci, a tyto odpovědi hledají v nitru jedince a jeho vztazích s blízkými lidmi. Mezi tyto teorie řadím psychoanalytická pojednání S. Freuda, H. Deutsch, J. Bowlbyho či koncept W. Jamese.

Ve druhé kapitole se autorka zabývá možnými přístupy k pojetí problému normality, jež je rámce, k němuž vztahujeme vymezení patologie. Na pojetí normality navazuje nástin podoby diagnostických kritérií týkajících se onemocnění agorafobií (dle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize a čtvrté a páté revize Diagnostického a statistického manuálu). Autorka předkládá v rámci kapitoly i nástin konceptů onemocnění agorafobií, které se pokoušejí nalézat příčiny onemocnění v sociálním prostoru moderní metropole a moderní kultury vůbec.

Pokud přijmeme tvrzení, že agorafobie se bytostně týká způsobu lidské existence ve světě, a tuto myšlenku rozvedeme, můžeme shledat, že vztah prostoru a těla je pouze jedním z východisek. Klíčovým tématem u agorafobie se totiž stala *úzkost*, na kterou lze v širším kontextu nahlížet jako na výraznou charakteristiku existence člověka v moderním a ‚postmoderním‘ světě. Úzkost nejen ohrožuje jedince a jeho integritu, ale v teoretické rovině přivádí i k zajímavé konceptualizaci, v níž se ukazuje, že svět člověka trpícího agorafobií je zúžen, či, lépe řečeno, postupně zužován v souvislosti s tím, jak dochází k omezování pohybu. S narůstajícími pocity úzkosti je zřetelné postupné uzavírání se před světem „tam venku“, tedy před světem existujícím za hranicemi bezpečí. Ale mnoho lidí trpících agorafobií přiznává, že úzkost pociťuje jak v prostoru svého domova, tak mezi blízkými

lidmi. Samotné zúžení prostoru a ohraničení existence tedy příliš nepomáhá, což se dá vyložit tím, že úzkost se dotýká samotné podstaty bytí, existence jako takové, ne jen a pouze vztahu k vnějšimu světu. Je také příznačné, že ve stavu agorafobického zúzkostnění se na povrch vynořují nejniternější stavy lidské duše. Třetí kapitola je nástinem reflexe úzkosti ve vybraných filosofických teoriích.

Můžeme si položit otázku, proč se dnes vedle sebe objevuje řada různorodých a poměrně odlišných náhledů na agorafobii. Lze se domnívat, že agorafobie se bytostně týká našeho vztahu ke světu a způsobu existence v něm. Poměrně zřejmé je u této poruchy to, co naznačuje již její název, totiž, že se v ní jedná o *tělo v prostoru* (či o vztah těla a prostoru), a ještě specifitější a typičtější je problém tělesnosti ve vztahu k prostorovosti moderní metropole. Nejde však jen o problematický vztah těla a prostorových dimenzí, ale jedná se též o *pohyb*, o cesty odněkud někam, o svobodu pohybu, o volbu směru, o zastavení či úplné znehybnění. Vztahu mezi tělesností a prostorovostí, jak je reflektován ve vybraných dílech fenomenologické filosofie, bude věnována čtvrtá kapitola.

V empirické části práce je prezentována výzkumná sonda, v jejímž rámci bylo za pomoci metody kategoriálně-formální analýzy interpretováno deset vyprávění životních příběhů a doprovodných narativních rozhovorů, vedených s ženami trpícími agorafobií. Výzkumné cíle jsou definovány následovně: analyzovat možný význam, které má onemocnění agorafobií v životě participantek výzkumu, popsat individuálně specifickou podobu onemocnění, analyzovat individuální význam a smysl, který svému onemocnění participantky výzkumu prostřednictvím vyprávění dávají a popsat jednotlivé aspekty ztvárnění života. Cílem byl též popis způsobů, jakým svou nemoc participantky zvládaly či zvládají, a to včetně využití možností terapie.

Teorie agorafobie

Agora as „a structure of signification“
Paul Carter: *Repressed Spaces*

Agorafobie byla poprvé systematicky popsána v roce 1871.² Jelikož jde o poruchu, která je svou podstatou bytostně spjata s urbánním prostředím, je nutné zmínit se o počátcích přerodu měst v moderní metropole. Během druhé poloviny 19. století, po revolučních bouřích v roce 1848, docházelo v Evropě k výraznému růstu městských aglomerací. Počala vznikat tzv. velkoměsta (the metropolis, die Grosstadt), jejichž rozvoj úzce souvisel s mobilitou obyvatel prudce stoupající od počátků průmyslové revoluce.

V preindustriální společnosti žilo zhruba osmdesát procent obyvatelstva ve venkovských oblastech.³ Vznik do té doby nebývale rozlehlých osídlení vedl mnoho sociologů, filosofů, psychologů, umělců či architektů a urbanistů k zájmu o specifika *prostoru* těchto nových měst. Jejich „artificiální prostor“ byl často chápán jako možná příčina „psychologického odcizení“, které například filosof z tzv. Vídeňského kroužku (Wiener Kreis) charakterizoval pomocí pojmu „derealizace“. Proces derealizace byl mimo jiné pojímán jako jeden z důležitých faktorů, které hrály roli v potencionálně nebezpečném chování davů.⁴

² V tomto roce se objevil popis agorafobie u C. Westphala, podrobněji se těmto počátkům věnuje v kapitole Carl Friedrich Otto Westphal a jeho předchůdci

³ V Anglii došlo roku 1850 poprvé v historii k tomu, že větší množství obyvatel žilo ve městech, než na venkově. Tendence stěhování se do měst za prací nadále vzrůstala, a to v Evropě i ve Spojených státech amerických, kde postupně docházelo ke změně rurálního prostředí ve velká města a již roku 1920 žila většina obyvatel v těchto aglomeracích. *Modern World History Textbook. Effects of Industrial Revolution* [online] [cit. 2013-12-29]. <<http://webs.bcp.org/sites/vcleary/ModernWorldHistoryTextbook/IndustrialRevolution/IREffects.html#Urbanization>>. V roce 1850 se na území Spojených států nacházelo pouze šest velkých měst, čítajících počet obyvatel přes sto tisíc (populace těchto měst představovala pouhých pět procent veškeré populace USA. KOTKIN, J. *The City: a global history*. Random House LLC, s. 90.

⁴ Psychologii davu později rozpracoval například Gustave Le Bon. In NYE, R.A. *The Origin*

Anthony Vidler v publikaci *Warped Space* podotkl, že s rozvojem velkoměst počala vznikat i tzv. „kultura interpretace“, zaměřená na studium nových urbánních prostor a na jejich „sociální efekty“.⁵ Nově se rozvíjející kultura interpretace souvisela i se vznikem nových vědních disciplín - sociologie, psychologie, politické geografie či psychoanalýzy:

Patologie města, již plně přítomná v organicistních metaforách romantiků, realistů a naturalistických spisovatelů od Balzaca přes Huga po Zolu, byla nově a vědecky validizována v poslední čtvrtině 19. století.⁶

Jeden z otců zakladatelů vědecké sociologie, nadaný výrazným smyslem pro psychologickou drobnokresbu - Georg Simmel,⁷ který se mimo jiné věnoval studiu a popisu tzv. „moderní doby“ a jejích průvodních jevů, v roce 1903 poznamenal, že povaha obyvatel velkoměst začíná být antisociální a hlavní motivací lidí se stávají peníze. V eseji nazvané *Die Großstadt und das Geistesleben* se mimo jiné zabýval dopady života ve velkém městě na individuální psychiku a charakterizoval moderního obyvatele města jako psychicky přetíženého díky intenzifikaci nervové stimulace, a dále tematizoval vlastnosti typu „blazeovanost“ či „rezervovanost“. Simmel označil velkoměsta dokonce za „sídla svobody“, tato svoboda však není neproblematická, protože je například obtížné uplatnit vlastní osobnost v rozměrech velkoměstského života. K tématu vnitřního prožívání a svobody člověka ve městě Simmel poznamenal, že:

„rubem dané svobody očividně je, že se za těchto okolností člověk necítí nikde tak osamělý a opuštěný jako právě v tomto velkoměstském mumraji, protože zde není, na rozdíl od jiných souvislostí, nevyhnutelné,

of Crowd Psychology in Gustave Le Bon and the Crisis of Modern Democracy in the Third Republic. London: Sage, 1975.

⁵ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000.

⁶ Tamtéž, s. 25. („The pathology of the city, already fully present in the organicist metaphors of romantic, realist, and naturalist novelists from Balzac through Hugo to Zola, gained new and apparently scientific validization in the last quarter of the nineteenth century.“)

⁷ Mezi další myslitele, sociology či filosofy, kteří se zabývali tématem městských aglomerací, lze řadit Karla Marxe, Ferdinanda Tönniese, Émila Durkheima, Maxe Webera nebo teoretiky první chicagské školy.

aby se lidská svoboda zrcadlila v citovém životě a ve spokojenosti“.⁸

Během poslední třetiny devatenáctého století se objevila řada poukazů na skutečnost, že velkoměsto vytváří nervózní populaci, přibývají v něm obyvatelé, kteří těžko hledají svůj klid a jejich duše je rozervaná. Carl Schorske byl toho názoru, že tento stav je typický pro tzv. moderní život a označil jej, inspirovan Friedrichem Nietzsche, jako existující „mimo dobro a zlo“. Reflexi tohoto dojmu či pocitu lze nalézt i v umění v období přelomu století; například v počínajícím hnutí expresionismu, zejména v rakouském a německém – v dílech umělců skupin *Die Brücke*, *Der Blaue Reiter* nebo v tzv. hnutí *Die Neue Sachlichkeit*, jehož nejvýraznějšími členy byli Otto Dix a Georg Grosz. Jejich díla reflektovala přemíru podnětů, které až agresivně útočí na obyvatele měst, zobrazují jejich neklid, dekadenci, emocionální rozervanost a excitovanost.⁹

Podobně jako anglická či americká, procházela i německá či rakouská města výrazným nárůstem územní rozlohy a počtu obyvatel. Expresionističtí autoři nezdůvěřovali k tématu města s ambivalencí – reflektovali dehumanizaci i odcizující efekt života ve městě deformující duševní život člověka, zároveň však s jistou adorací pulzujícího tempa metropole.

V posledních desetiletích 19. století se šířil pocit tzv. *fin de siècle*, jakéhosi konce věků a vyčerpání dalších vývojových možností západního lidstva. Ve výtvarném umění, v hudbě, literatuře, poezii a ve filosofii se v té době stala velkým tématem úzkost. Po slavném Spenglerově *Zániku západu* (*Untergang des Abendlandes*) z počátku dvacátého století, v němž tematizoval pesimistickou vizi narůstající civilizační krize, lze hovořit o prohlubování nejen kritiky strojové civilizace, ale také o stále intenzivnějším vynořování a následné reflexi úzkosti, která začala být považována za *signum temporis* v čase „soumraku věků“.¹⁰

Jedna z nejvýraznějších a dosud nejvíce komentovaných teorií úzkosti byla

⁸ SIMMEL, G. *O podstatě kultúry*. Bratislava, Kalligram, 2003. s. 42.

⁹ U nás najdeme literární kritiku města a způsobu života jeho obyvatel například u Jakuba Demla v díle *Hrad smrti*. (DEML, J. *Hrad smrti*. 3. vyd. Brno: JOTA & ARCA JIMFA a Praha, Paseka 1992.

¹⁰ SPENGLER, O. *Soumrak západu*. Praha: Academia, 2011.

obsažena ve spise *Sein und Zeit* německého filosofa Martina Heideggera. Ten úzkost učinil součástí tzv. fundamentální ontologie, zabývající se teorií lidského pobytu ve světě. Neurčitý pocit úzkosti byl u M. Heideggera odlišen od strachu a měl fundamentální význam pro lidskou každodennost v tom, že otevíral cestu k autentické existenci.¹¹

V osmdesátých letech 19. století vystoupil Američan George Miller Beard s konceptem neurastenie jako základní mentální choroby moderního života.¹² Za její symptomy považoval úzkost, bolest hlavy, impotenci, neuralgii, depresi a únavu. Její příčiny spatřoval G. M. Beard v celkovém vyčerpání centrálního nervového systému; na tomto vyčerpání energie nesla podle něj vinu moderní civilizace a postupující urbanizace. Neurastenie byla spojována s příslušníky tzv. vyšších společenských tříd; s lidmi, kteří byli zapojeni do soutěživého prostředí průmyslového podnikání a obchodu. K prostoru metropole a jejímu vztahu k duševnímu životu A. Vidler uvádí:

„Metropole se rychle stala privilegovaným domovem nemocí způsobovaných přímo prostorovými vlastnostmi. Nemocí, které jsou součástí obecné epistemologie Beardovy neurastenie a Charcotovy hysterie, avšak nesou zvláštní spojitost prostoru a jejich předpokládaných fyzických příčin.“¹³

Max Nordau, sionista, lékař, literát a sociální kritik je autorem díla vydaného v roce 1892 a nazvaného *Degenerace (Entartung)*, jež je filipikou namířenou zejména proti dekadentnímu umění a proti vzrůstající urbanizaci s jejím negativním vlivem na člověka. Nordau zastával názor, že společnost a lidské bytosti procházejí degenerativními procesy a jejich úpadek je ovlivňován a

¹¹ Heidegger, M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1976.

¹² WIENER, P.P. G. M. Beard and Freud on „American Nervousness“. *Journal of the History of Ideas*, 1956, vol. 17.

¹³ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000. s. 25. („Metropolis rapidly became the privileged territory of a host of diseases attributed directly to its spatial conditions, diseases that took their place within the general epistemology of Beard’s neurasthenia and Charcot’s hysteria, but with a special relationship to their supposed physical causes.“)

zároveň reflektován uměním epochy *fin de siècle*.¹⁴ Kromě degenerace, neurastenie a hysterie začala architektky, lékaře a psychiatry zajímat nově se vynořující duševní nemoc, jejíž „oběti“ se čím dál tím častěji objevovaly v ordinacích lékařů. Touto nemocí byla agorafobie. Mezi prvními teoretiky agorafobie lze uvést Carl Otto Westphala, Camilla Sitteho či Henri Legranda du Saulle.

Lze si položit otázku, zda je agorafobie tzv. urbánní neurózou, jež se jako taková začala vynořovat v době vzniku moderní metropole, tedy během druhé poloviny 19. století, či zda je možné tento jev vypořadovat již dříve. V odborné literatuře lze nalézt mnoho poznámek týkajících se například výskytu agorafobických symptomů u historických osobností či v kasuistikách uvedených ve spisech slavných lékařů.¹⁵ Uvedenými historickými poznámkami se zde nebudeme širěji zabývat, neboť je otázka, zda šlo skutečně o agorafobii jako takovou¹⁶ a příliš obsáhlý historický úvod přesahuje možnosti tohoto textu. Je obecně velmi složité aplikovat koncept nemoci, který vznikl na konci 19. století a aplikovat jej na situaci lidí, žijících ve zcela jiné době a zcela jiném kulturním kontextu.¹⁷

Wilhelm Worringer a koncept základní úzkosti jako zdroje tvorby

Pokud se zabýváme modernějšími teoriemi agorafobie, dá se říci, že na konci 19. století se problematika agorafobie a jiných urbánních neuróz stala silným argumentem pro kritiku modernity (například Camillo Sitte, Max Nordau). Tématem agorafobie se zabýval též historik umění Wilhelm Worringer, který přišel s pozoruhodným náhledem na příčiny tohoto onemocnění. Agorafobii popsal jako „základní“ chorobu, která je výsledkem podmínek lidského života již odnepaměti (tedy určitých podmínek existence člověka ve světě, které zůstávají ve

¹⁴ SCHULTE, Christoph. *Psychopathologie des Fin de siècle: der Kulturkritiker, Arzt und Zionist Max Nordau*. Fischer Taschenbuch Verlag, 1997.

¹⁵ V tomto kontextu lze odkázat například na BURTON, R. *Anatomie melancholie*. Praha: Prostor, 2006.

¹⁶ Historií onemocnění agorafobií se zabývalo mnoho autorů, například Goldstein and Chambless upozorňují, že již v kultuře antického Řecka nalézáme v její historii popisy onemocnění „agorafobií“ a že tyto opisy jsou až překvapivě konzistentní. GOLDSTEIN, A. J. – CHAMBLESS, D. L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 1978, vol. 9, s. 47-59.

¹⁷ o těchto lidech máme též velmi malé množství informací.

své podstatě skrze dějiny stále stejné). Worringerovo pojetí agorafobie jako primárního stavu lidské existence souvisí s autorovým pohledem na historii lidstva (prizmatem historika kultury a umění). Agorafobii považoval za univerzální „stav existence“ tzv. primitivních lidí, za pozůstatek dřívějších normálních fází lidského vývoje, ve kterých člověk:

„Ještě úplně nedůvěřoval visuálním vjemům jako způsobům seznámení se s prostorem rozkládajícím se před ním, ale byl stále ještě závislý na ujištěních, jež mu poskytoval hmat.“¹⁸

Hrůza z prostoru je podle Worringera ozvěnou instinktivního strachu pramenícího z pradávného pocitu, že je člověk sám ztracen v hlubokém vesmíru a civilizační pokrok je dle názoru autora, obrazně řečeno, pokusem o získání „domovského práva“, skrze identifikaci s okolním světem je možné i překonat základní agorafobickou úzkost.

Jak je zmíněno v eseji *Abstraction and Empathy*:

„Nutkání k abstrakci je výsledkem obrovského nepokoje vyvolaného v člověku jevy vnějšího světa... Tento stav můžeme popsat jako nesmírný duchovní děs z prostoru¹⁹.“

W. Worringer se domníval, že strach z prostoru (Raumscheu) se projevoval již například v egyptské architektuře a dával do souvislosti podobnost obecné duchovní hrůzy z prostoru (geistiger Raumscheu; spiritual dread of space) s onemocněním agorafobií.²⁰ Pocit strachu byl dle Worringera popudem k umělecké tvorbě, byl zdrojem či kořenem procesu tvoření (the root of artistic creation).

¹⁸ WORRINGER, W. R. *Abstraction and Empathy: A Contribution to the Psychology of Style*. New York: International Universities Press, 1953, s 16. (...“was not yet able to trust entirely to visual impressions as a means of becoming familiar with a space extended before him, but was still dependent upon the assurances of his sense of touch“).

¹⁹ WORRINGER, W. *Abstraction and Empathy: A Contribution to the Psychology of Style*. New York: International Universities Press, 1953. s 15. (The urge to abstraction is the outcome of a great inner unrest inspired in man by the phenomena of the outside world... We might describe this state as an immense spiritual dread of space).“

²⁰ W. Worringer ji také označoval termínem Platzangst.

William James a teorie instinktů

Americký psycholog William James zastával svébytný pohled na agorafobii. Podobně jako J.-M. Charcot spatřoval příčiny vzniku onemocnění agorafobií v otázce dědičnosti, její vliv však viděl spíše v „přenosu“ primitivních instinktů, které lze sledovat u zvířat, na člověka (zde je nutné podotknout, že název agorafobie považoval za absurdní). V práci *The Principles of Psychology* popisuje, v kapitole věnované instinktům, velice výstižně podobu agorafobické úzkosti a chování člověka trpícího touto nemocí (pohyb podél zdí, nikoli napříč volnými plochami) a přirovnává toto chování ke způsobu, jakým se pohybují některá zvířata, například kočka domácí či divoká zvířata ve volné přírodě, která hledají ochranu během svého pohybu v prostoru, a zastavují se pouze u objektů, které jim mohou poskytnout úkryt:

„Vidíme-li toto (chování) máme silnou potřebu ptát se, zda tak zvláštní druh strachu v nás není díky náhodnému obnovení (prostřednictvím choroby) určitého druhu instinktu, který u některého z našich předků mohl hrát stálou a vcelku důležitou roli?“²¹

W. James podotýká, že tento typ chování nemá u civilizovaného člověka opodstatnění. Můžeme se však ptát, jestli je tato domněnka správná. Možná se agorafobie projevuje těmito uvedenými příznaky u lidí, kteří vnímají urbánní prostředí jako ohrožující a plné nástrah. Nástrahami můžeme rozumět například nechtěná setkání s lidmi, strach z přepadení či nehody nebo, což už je spíše hlubinně psychologická interpretace symptomů – ohrožující prostředí mohou tvořit ulice či náměstí, které se mohou stát metaforami ohrožujících vnitřních konfliktů.

Carl Friedrich Otto Westphal a jeho předchůdci

Krom urbanistů či architektů se i mnoho lékařů a vědců, podobně jako W. James, zabývalo možnými příčinami onemocnění agorafobií či její klasifikací. Chirurg Le

²¹ JAMES, W. *The Principles of Psychology*. New York: Dover, 1950, s. 421. („When we see this we are strongly tempted to ask whether such an odd kind of fear in us be not due to the accidental resurrection, through disease, of a sort of instinct which may in some of our ancestors have had a permanent and on the whole a useful part to play?“)

Camus (1722-72) systematizoval fobie na základě smyslů, které byly nejvíce „zasázeny“, botanik Sauvages (1706 – 67) navrhl klasifikaci dle symptomů – vertigo považoval za nejvýraznější symptom, Esquirol (1772 – 1840) konceptualizoval tzv. monomanií. Beauchêne (1783), Brück (1832) a Benedikt (1870) popsali různé klíčové projevy syndromu, který později dostal název agorafobie. Beauchêne se mimo jiné zmiňuje i o tom, že některým nemocným poskytuje úlevu při strachu z pohybu městem doprovod společníka, Brück koncipoval tzv. Schwindelangst a Benedikt přišel s termínem Platzschwindel.²²

Paul Trotter v článku nazvaném *The Invention of Agoraphobia* podotýká, že poslední třetinu 19. století lze označit jako *belle époque* nejrůznějších fobií.²³ V odborné literatuře i dobovém tisku lze najít mnoho úvah či článků, zabývajících se kategorizací nejrůznějších fobií či předkládajících jejich seznamy.²⁴ Za klíčové datum v „dějinách diagnózy agorafobie“ lze považovat rok 1871, kdy německý lékař, neurolog Carl Friedrich Otto Westphal publikoval v časopise *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* příspěvek *Agoraphobie, eine Neuropatische Erscheinung*²⁵, v němž nastínil povahu a možné příčiny tohoto onemocnění.²⁶ Na základě rozhovoru, opřených o zkušenosti z práce s pacienty, dospěl k závěru, že symptomy fobie se objevují v okamžicích, kdy člověk vstupuje například do prostor rozlehlého náměstí či prázdné ulice a úzkost eskaluje tehdy, když chybí tzv. „vizuální hranice“.²⁷ Westphalova studie je považována za první komplexní,

²² VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000.

²³ Podrobněji je uvádí např. TROTTER, P. *The Invention of Agoraphobia*. *Victorian Literature and Culture*, 2004, vol. 32, no. 2, s. 463-474.

²⁴ Seznamy nejrůznějších fobií lze nalézt například v publikaci *The pathology of emotions: physiological and clinical studies*. FÉRÉ, CH. *The pathology of emotions: physiological and clinical studies*. Nabu Press, 2010.

²⁵ KNAPP, T.J., SCHUMACHER, M.T. *Westphal's Die Agoraphobie with Commentary: The Beginnings of Agoraphobia*. University Press of America, 1988.

²⁶ Termín „agorafobie“ vznikl spojením řeckých slov AGORA (αγορά) a PHOBOS (φόβος), strach. AGORA (αγορά), neboli tržiště, je doslovně místem, kde se lidé shromažďují. Slovo AGORA pochází z výrazu AGEIRO – shromáždit se. AGORA byla centrem POLIS (πόλις) ve starém Řecku (později fórum v latině), tradičně bývá popisována jako shromaždiště svobodných občanů města, které zároveň plnilo i funkci tržiště. Jacob Burckhardt podotýká, že athénská agora měnila svou funkci v průběhu doby. Původní funkcí agory jako veřejného prostoru bylo místo shromáždění a teprve postupem doby se začala využívat i jako tržiště. BURCKHARDT, J. *History of Greek Culture*. Courier Dover Publications, 1963, s. 78.

²⁷ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*.

systematické pojednání o jevu agorafobie a za první moderní koncept fobií vůbec.²⁸

C. O. Westphal ve své práci referoval o třech případech pacientů – mužů, trpících agorafobií (obchodní cestující, inženýr, kněz) – a tyto případy bývají dnes označovány jako „klasické“. V době, ve které Westphal popisoval agorafobii, představovali muži naprostou většinu trpících (L. du Saule, který v roce 1885 popsal případ ženy trpící agorafobií, podotýká, že šlo v dané době o výjimku²⁹). Studie onemocnění těchto pacientů byly v pozdějších letech velmi často citovány v odborné literatuře týkající se agorafobie a výrazně ovlivnily chápání tohoto onemocnění po zbytek 19. století. Všichni pacienti se potýkali s podobnými příznaky. Uváděli, že pociťovali silnou úzkost v určitých, zcela konkrétních situacích, a to ve chvílích, kdy přecházeli přes otevřené prostory, jakými jsou náměstí či ulice, v kostelech nebo v prostředích, ve kterých se shromáždilo více lidí najednou (v davu). Kromě úzkosti charakterizovala jejich stav celá řada symptomů včetně palpitace, pocitu sevření u srdce, třasu či zčervenání.

C. O. Westphal popsal mnoho příznaků nemoci, které lidé trpící agorafobií prožívají podnes: fenomén, který popisujeme jako anticipační úzkost, přítomnost strachu ze smrti a strach, že na sebe pacient svým chováním upře nežádoucí pozornost lidí nacházejících se v blízkém okolí. Pověšiml si také, že úzkost lze alespoň částečně eliminovat, pokud se pacient pohybuje s doprovodem, požije jisté množství alkoholu nebo se pohybuje na veřejnosti s holí či deštníkem (tyto předměty zřejmě představovaly opěrný bod v nepřátelském, cizím, širém a neohraničeném univerzu a staly se - obrazně řečeno - na okamžik jediným pevným bodem vesmíru).

C. O. Westphal při popisu kasuistik mimoděk podává dnešnímu čtenáři detailní pohled na život v Berlíně na konci 19. století. Ačkoli je městský prostor ve

Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000.

²⁸ SHELLEY Z. Reuter Doing Agoraphobia(s) a material-discursive understanding of diseased bodies. *Sociology of Health & Illness* Volume 24, Issue 6, s. 750–770, (November 2002)

²⁹ WHALLEY, L. *The ageing brain*. Hachette UK, 2012, s. 87.

zprávách o případech všudypřítomný, pro jeho teorii agorafobie nebyl jako takový důležitý. Samotná práce byla nazvána *Agorafobie - neuropatický jev*. Titul napovídá, že se autor pokoušel nalézt somatický základ obtíží (nikoli psychologický či sociální), které jeho pacienty trápily, zcela v souladu s tehdejší evropskou psychiatrickou a neurologickou teorií a praxí.

Z dnešního hlediska je pozoruhodné, že Westphalův popis případů mužů trpících agorafobií obsahoval důležité klinické příznaky, které jsou v současné době považovány pro toto onemocnění za klíčové, a to zejména kognitivně-behaviorálními terapeuty. Jde o následující fenomény: „strach ze strachu“³⁰, „úzkostné obavy“ - anxious apprehension³¹, „katastrofické myšlenky“ - catastrophic cognitions³² a „signály bezpečí“ - safety signals³³. Přesto, že si Westphal zaslouží uznání za pozoruhodnou průkopnickou práci o agorafobii, je nutné poznamenat, že v rámci své teorie nenabídl úplné vysvětlení příčin tohoto onemocnění.

O několik let později, v roce 1876, vydal francouzský psychiatr Legrand du Saulle publikaci o syndromu, který nazval „peur des espaces“. Podobně jako Westphalův text vycházela Saulleova teorie z léčby pacientů, kteří se potýkali s fobickými symptomy, objevujícími se ve veřejném prostoru. Na rozdíl od Westphala byl de Saulle toho názoru, že úzkost se může objevit kdekoli – v bryčce, na mostě, na ulici atp. Za klíčový (tzv. spouštěcí) považoval moment, kdy při pohybu městem jedinec narazí na „hranici“, kterou mohla představovat například hrana chodníku, místo, kde ulice ústí do náměstí, nebo zábradlí mostu, od něhož lze shlížet na řeku pod ním.³⁴

³⁰ GOLDSTEIN, A.J., CHAMBLESS, D.L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 1978. 9, s. 47 -59.

³¹ BARLOW, D.H. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press, 1988, s. 64.

³² CLARK, R.E. Family Costs Associated With Severe Mental Illness and Substance Abuse. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, vol. 45, no. 8, s. 810.

³³ RACHMAN, S.J. Agoraphobia: A safety signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 1984, s. 22.

³⁴ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000.

První anglicky psané komentáře k Westphalovu textu se začaly objevovat již o rok později, v roce 1872. Zhruba od osmdesátých let devatenáctého století byla diagnóza agorafobie akceptována v Evropě a ve Spojených státech amerických.³⁵

Agorafobie z perspektivy pohledu teoretiků urbanismu a architektů

Obyvatelé píšou město (v nejširším smyslu psaní), aby přežili ve městě, kde „projevem nestability a krize“ a je mimo jiné beznadějná pomůjivost a smrt.
Daniela Hodrová: Citlivé město

Jedním z prvních, kdo se agorafobií začal zabývat, byl vídeňský urbanista a architekt Camillo Sitte (1843-1903). Namísto označení agorafobie preferoval používání pojmu „Platzscheu“ a zabýval se spíše sociologickým pohledem na toto onemocnění, nikoli lékařským. Opíral se o pojetí agorafobie jako strachu z otevřených a rozlehlých prostor.³⁶

C. Sitte se začal zabývat agorafobií v době, kdy byla naplánována rozsáhlá asanace města Vídně, jež spočívala, mimo jiné, v rozboření starých hradeb a vybudování moderních bulvárů po vzoru evropských metropolí typu Paříže (bulvár Ringstrasse). Bylo zjevné, že přestavba odstraní či prolomí jasnou prostorovou hranici mezi světem vnitřního města, obývaném tradičně aristokracií a zámožnou buržoazií a periferií. Problém asanace pojímal Sitte i z hlediska vztahu (působnosti) urbánního plánování a architektonické podoby měst na lidskou psychiku. Právě bulvár Ringstrasse mu sloužil jako ukázka prostorového uspořádání moderních měst, které nemá pouze pozitivní vliv na člověka.

V roce 1889 napsal ve své stati Stavba měst podle uměleckých zásad:

„V poslední době byla učiněna diagnóza zvláštní nervové poruchy – agorafobie. Říká se, že mnoho lidí trpících touto nemocí prožívá jistý strach nebo znepokojení kdykoli, kdy musí procházet rozlehlým prázdným prostorem.“³⁷

³⁵ KNAPP, T.J., SCHUMACHER, M.T. Westphal's Die Agoraphobie with Commentary: The Beginnings of Agoraphobia. University Press of America, 1988.

³⁶ DA COSTA MEYER, E. La donna è móbile. *Revue Labyrinth*, 1997, číslo 1-2, s. 105.

³⁷ SITTE, C. Stavba měst podle uměleckých zásad. 1. vyd. Praha: ARCH, 1995, s. 37.

Strach z otevřených prostor pojímal C. Sitte jako „univerzální trend doby“. Upozorňoval na skutečnost, že v rozlehlých prázdných prostorách se člověk necítí bezpečně. Touha po ochraně před nebezpečím byla podle něj přirozenou lidskou potřebou. Lze vyzvednout, že Camillo Sitte přikládal velký význam psychologické důležitosti zdí a podotýkal, že by se lidé cítili lépe v malých, uzavřených náměstích a přiměřeně širokých uličkách. Široké bulváry a velká prázdná náměstí u chodců způsobovaly spíše imobilitu. Namísto toho, aby se svobodně pohybovali, najednou nevěděli, kterým směrem se dát a panika je přibíjela na místo. C. Sitte předpokládal, že „estetická“ městská architektura, přizpůsobená měřítkům člověka, by napomáhala vyrovnané psychice obyvatel. Z jeho protestů proti modernizaci města Vídně číší tradicionalismus promísený s nostalgickou touhou po zachování starých pořádků a zároveň odpor k modernismu; je však nutné podotknout, že odkrýval významné souvislosti mezi podobou urbánního prostoru a lidskou psyché.³⁸

C. Sitte se opíral o tři kasuistiky pacientů trpících agorafobií, o kterých referoval Carl Otto Westphal. Na rozdíl od C. O. Westphala však jako architekt shledával příčinu tohoto „módního onemocnění“ ve špatné koncepci vídeňského urbanismu konce 19. století. Jinak řečeno: problém tkvěl v urbánním prostředí, jehož koncepce byla chybná, a nikoliv v individuálních obtížích při vyrovnávání se s tímto prostorem.

Mnoho psychologů bylo toho názoru, že agorafobie není pouze „prostorovou chorobou“, ale váže se výhradně na městské prostředí, jde o širší efekt života v moderním městě. Pacienti trpící agorafobií často uváděli, že necítí žádné obtíže ve volné přírodě, ale ty se objevují pouze ve městě. Stejně jako C. Sitte této

(Původní dílo C. Sitteho bylo vydáno ve Vídni v roce 1899 a neslo název *Der Städtebau nach seinen künstlerischen Grundsätzen: Ein Beitrag zur Lösung moderner Fragen der Architektur und monumentalen Plastik unter besonderer Beziehung auf Wien*).

³⁸ Sitte podotýkal: „Agorafobie je velice nové a moderní onemocnění. Člověk se samozřejmě cítí velmi příjemně na malých, starých náměstích, která se pouze z naší paměti vynořují jako gigantická, protože lidská imaginace nahrazuje reálnou velikost uměleckým efektem zvětšení. Na našich moderních gigantických náměstích, která zejí prázdnotou a skličující nudou, trpí obyvatelé příjemných starých městeček záchvaty módní agorafobie.“ SITTE, C. Stavba měst podle uměleckých zásad. 1. vyd. Praha: ARCH, 1995, s. 37.

skutečnosti věnoval pozornost v roce 1880 i E. Gélinau. Namísto termínu agorafobie navrhol výraz „kénophobie“, který podle jeho názoru lépe vystihuje strach z prázdnoty. Tento strach z prázdnoty se podle jeho teorie vyskytuje pouze u obyvatel měst. E. Gélinau považoval atmosféru velkoměst za vysilující a denervující obyvatelstvo. Stejně jako C. Sitte spatřoval příčiny agorafobie a jiných „městských neuróz“ v urbánních charakteristikách metropole.³⁹

Dá se říci, že C. Sitteho teorie agorafobie byla zaměřena na statické charakteristiky města. Nebrala zřetel na měnící se kinetické kvality urbánního prostoru, například na provoz v ulicích či městnání davů na určitých místech. Jako by C. Sitte předjímal pozdější myšlenky W. Worringera, když předpokládal existenci čehosi jako je primární agorafobie a byl toho názoru, že architekti předchozích století se ji při plánování staveb snažili zmírnit pomocí menších, uzavřenějších prostor. Jeho teorie připisuje architektům a urbanistům velkou moc v ovlivňování „mentálního zdraví“ obyvatel měst. Z tohoto zorného úhlu pohledu Camillo Sitte vyzýval k hlubokému zamyšlení nad koncepcí urbánního prostoru ve vztahu k životu jeho obyvatel. Jako architekt však byl výrazný tradicionalista, který se příliš nesnažil nacházet nová „moderní“ řešení, ale obracel se pro inspiraci do historie architektury.

Beaux-Arts architekt Julien Guadet uveřejnil roku 1890 v časopise *L'architecture* pozoruhodný text nazvaný jednoduše *André*; šlo o vzpomínku na zesnulého kolegu a učitele, architekta Julese Andrého.⁴⁰ André trpěl velice dlouhou dobu onemocněním, vykazujícím symptomy agorafobie. Guadet přirovnával nemoc k určitému typu vertiga a příznaky popisoval jako velice silnou, přímo fyzickou obavu, úzkost pociťovanou ve smyslech i v těle. Jules André netrpěl podle Guadeta vertigem jako takovým, ale jeho „svébytným druhem“, strachem, že na ulici spadne na zem. Bylo pro něj například velice namáhavé sledovat cestu, kterou se vydal, nesnesitelné bylo srazit se na ulici s dalším chodcem a náhlé setkání se známým mu působilo šok. Dále trpěl klasickými symptomy agorafobie,

³⁹ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000.

⁴⁰ GUADET, J. *Jules Andre Architecte*. Nabu Press, 2012.

při chůzi se držel poblíž domů, vyhýbal se rozlehlým prostranstvím.

Když se J. Guadet ptá, kdo z nás (myšleno pravděpodobně architektů), netrpěl někdy závratí například na střeše budovy, popisuje pocity, kterými se zabývali psychiatři, jako běžné jevy, které zná každý architekt. Popisoval psychické potíže jako určité stavy, které jsou pro člověka přirozené v okamžiku, kdy se ocitne v prostoru, splňujícím jisté parametry. Zároveň si uvědomil, že za tímto strachem, který je náhlý a neočekávaný, je kromě přirozené reakce na specifický prostor ještě „něco jiného“, neříká však co.

Pojetí agorafobie ve dvacátém století – od S. Freuda po teorii vazby

Předchozí část textu se zabývala ponejvíce teoriemi, které chápou symptomy agorafobie jako do jisté míry „normální“ projev lidské existence ve světě – ať již jde o svět primitivního člověka (Worringer) či o svět obyvatele moderní metropole (Sitte). Carter⁴¹ poukazuje na to, že v urbanistických teoriích onemocnění agorafobií je tato chápána spíše jako „environmental uneasiness“. Následující pojednání je souhrnem teorií, které se pokoušejí odpovědět na otázku po tom, „co jiného“ by mohlo být příčinou agorafobie, činí tak prostřednictvím pátrání v hlubinách lidské duše a podávají nám vysvětlení a důkazy sui generis, zpravidla získané v rámci živé praxe v léčbě pacientů a pacientek (tyto „důkazy“ které zpravidla souvisejí s diskursem či s úhlem pohledu na svět, který zastává autor).

⁴¹ Paul Carter považuje za hlavní symptom agorafobie „movement inhibition“ a rozděluje teorie týkající se agorafobie na dva hlavní proudy. Hlavní diferencí mezi těmito dvěma proudy můžeme spatřovat v zaměření na dav a v zaměření na prostor. I sám termín agora v sobě obsahuje tuto potencionální distinkci, která závisí na použití slova. Jde o shromáždění davu, ale současně i o místo, kde toto shromáždění probíhá. Autoři, náležející k prvnímu proudu tak, jak jej popisuje Carter, tedy Freud a ortodoxní psychoanalytici, pojmají agorafobii jako strach ze sebe sama, jenž je přenesen (přetransformován) ve strach z ulice. Ulice v těchto teoriích představuje více než co jiného – a to zejména místo setkání. Člověk trpící agorafobií má tedy především strach z možností, jež ulice představuje, strach z *davu*. Na významu nabývají zejména sociální faktory – ti druzí a dav. P. Carter je přesvědčen o tom, že dle psychoanalytických teorií má agorafobik strach z davu, neb je sváděn pokušením vnořit se do tohoto davu a ztratit sám sebe. Zde si můžeme položit otázku, zda není Carterovo „čtení“ psychoanalytické teorie agorafobie příliš jednostranné. Pokud Freudovy pacientky pociťovaly strach z prostoru ulice, byl tento strach Freudem v některých případech interpretován jako vyjádření potlačené touhy např. po erotickém dobrodružství – a právě ulice byla místem, ve kterém může dojít k rozličným setkáním. CARTER, P. *Repressed spaces: the poetics of agoraphobia*. London: Reaktion Books, 2002.

Agorafobie v díle Sigmunda Freuda

Neurózy nahrávají konzervativním silám ve společnosti

S. Freud

Tři první publikované kaustiky agorafobie C. F. O. Westphala, v jejichž rámci nastínil pojetí nemoci a pojmenoval ji, i kasuistiky jeho kolegů, se zpravidla zabývaly případy mužů trpících agorafobií.⁴² Freudovy rané texty, zabývající se agorafobií, pojednávaly o potížích pacientek. Dá se říci, že Freud považoval agorafobii za typicky ženskou nemoc a její symptomy nedával do souvislosti s prázdným, rozlehlým prostorem, ale s prostorem urbánním. Zamítl Charcotovo pojetí etiologie tohoto onemocnění (heredita) a spatřoval příčinu spíše v abnormalitách sexuálního života.⁴³

Freud byl toho názoru, že agorafobii nezpůsobuje prostor či určité materiální objekty „o sobě“, ale domníval se, že jde o důsledek potlačených (nevědomých) libidinózních přání, pramenících z nevyřešeného Oidipovského komplexu. V rámci teorie sexuálního původu fobií napsal v roce 1896, v dopise E. Fliessovi, že příčiny agorafobie u žen (jejich strachu vyjít na ulici) jsou pravděpodobně spojeny s jejich vnitřní potlačenou touhou chodit po ulicích, být prostitutkami, svést prvního muže, kterého potkají. Sigmund Freud se domníval, že:

⁴² Antony Vidler uvádí, že: „Tyto poruchy byly považovány za bytostně ženské: není náhodou, že dnes je agorafobie často doktory nazývána „chorobou žen v domácnosti“. Pokud by byla agorafobie a jí příbuzné choroby druhem neurastenie, splňovala by všechny předpokládané charakteristiky neurastenických poruch – slabost, unavenost, přecitlivělost. Všichni degenerovaní a znudění byli odsouzeni podlehnout mentálnímu kolapsu a pro psychology a psychoanalytiku byli prvními v řadě ženy a homosexuálové.“ („These disorders were thought of as fundamentally „female“ in character: it is not accident that today „agoraphobia“ is commonly called „housewives disease“ by doctors. If agoraphobia and its cognates were species of neurasthenia, then it followed that all those considered prone to neurasthenic disease – the weak, the enervated, the overstimulated. The degenerated and the bored – were bound to succumb to mental collapse, and first in line, for the psychologists and psychoanalysts, were women and homosexuals.)“ VIDLER, A. *Warped Space – Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000, s. 36.

⁴³ FREUD, S. Preface and footnotes to the translation of Charcot's Tuesday Lectures. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. Vintage, 1999, část. 1, s. 139.

„agorafobie se zdá být závislá na milostném dobrodružství prostitute.“⁴⁴

Ulice je ve Freudových teoriích urbánních neuróz pojímána jako prostor, který symbolizuje otevřené pole možností, prostor pro potenciální realizaci potlačených tužeb. Nemocní agorafobií zároveň za tyto potlačené tužby pociťovali vinu. Da Costa Meyer k tomu uvádí:

„Podle Freuda vycházely neurózy úzkostlivosti z potlačených a nevědomých obav nebo tužeb, které byly maskovány prostřednictvím prostorových rysů, a nebyly přitom spojeny s prázdnými prostory, nýbrž s urbánním, a tedy také společenským prostorem, především pak ulicemi. Ulice byly hrozbou pro ty, kdo žili skrytou a potlačenou existencí, mezi nimi právě i pro bohaté ženy ze středních vrstev, protože nabízely přísliby svádění, sexuálního naplnění a útěku z domova.“⁴⁵

Jinými slovy možnosti, které „nabízí“ ulice, symbolizují svobodu volby. Tato svoboda představovala pro ženy trpící agorafobií zdroj velké úzkosti.

Fobické úzkostné symptomy byly v rámci psychoanalytického procesu odvozovány z fantazií. Freud předpokládal, že fantazie „vznikají z nevědomé kombinace věcí zažitých a slyšených“⁴⁶, které odpovídají skrytým tendencím. Zároveň přirovnával způsob vytváření fantazií k chemickým procesům rozkladu a směšování, skládání. V případě fantazií je paměť zkreslována, zkomolována a „modelována“ tříštěním vzpomínek a následným rozpadem chronologických souvislostí. „Tvorba fantazie“ (Fantasiebildung) a „tvorba symptomu“ (Symptombildung), jak Freud tyto procesy nazýval, probíhají následujícím způsobem:

„Vizuální a sluchové fragmenty scény jsou kombinovány ve fantazii, zatímco uvolněný fragment se spojuje s něčím jiným. Takto se originální

⁴⁴ MASON, J. M., *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, 1887-1904. Cambridge (Massachusetts): Belknap Press of Harvard University Press, 1985, s. 248.

⁴⁵ MEYER, E. Da Costa. La donna è mobile. *Revue Labyrinth*, 1997, č. 1-2, s. 106.

⁴⁶ MASON, J. M., *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, 1887-1904. Cambridge (Massachusetts): Belknap Press of Harvard University Press, 1985, s. 248.

spojení stává nedohledatelným.⁴⁷

Fobické symptomy se u pacientů zpravidla objevily v momentě, kdy počala být určitá fantazie natolik intenzivní a nepřijatelná (například představy a přání, vážící se k smrti rodiče), že bylo nutné ji v rámci zachování duševní „integrity“ potlačit, a tato se následně „zobrazila“ v symbolické rovině – tak, aby neohrožovala integritu osobnosti.

Zřejmě nejslavnější kasuistikou, ve které Freud nastínil pojetí geneze agorafobie, je tzv. případ „Malého Hanse“, u něhož se ve věku pěti let rozvinula fobie z toho, že bude na ulici pokousán koněm a z tohoto důvodu odmítal opouštět domov. Freud spatřoval příčiny strachu v Oidipském komplexu a tematizoval i tzv. mechanismus přemístění (strach z otce ve strach z koně). Freudův přístup k analýze případu Malého Hanse (s nímž se Freud osobně setkal pouze jednou) kriticky revidují například Deleuze a Guattari poukazem na to, že koncept Oidipského komplexu zamezil Freudovi v tom, aby skutečně naslouchal mluvčím chlapce.⁴⁸

Freudovy kasuistiky dokládají mimo jiné i potřebu nemocných pohybovat se po ulici se společníkem, podobné zmínky týkající se tzv. „vyrovnávacích strategií“ pacientů nalezneme v kasuistikách Westphala. Oproti Westphalovi však Freud interpretoval potřebu být doprovázen psychologicky, v souladu s psychoanalytickým pojetím duševních jevů. Doprovod jiné osoby měl funkci „překážky“, která nemocnému zabránila „oddat se“ zapovězeným touhám. Strach pohybovat se v určitých prostorech sám lze interpretovat jako ochranu před sebou samým, před potlačenými přáními, před svobodou je uskutečnit. Tento strach vede člověka trpícího agorafobií zpravidla k tomu, aby se fobickým situacím vyhýbal. Freud uvádí, že agorafobik:

„ve své fobii přemísťuje svůj strach a bojí se pak vnějších situací. To, co tak

⁴⁷ Tamtéž s. 249. („A fragment of the visual scene than combines with a fragment of the auditory one into the fantasy, while the fragment set free links up with something else. Thereby an original connection has become untraceable.“)

⁴⁸ SWIATKOWSKI, P. *Deleuze and Guattari on the Case Study of Little Hans* [online]. [cit. 2014-01-02]. <<http://www.academia.edu/3824573>>.

získá, je zřetelné: agorafobik tak totiž získává pocit, že se sám může tímto způsobem lépe ochránit. Člověk se může osvobodit z vnějšího nebezpečí letem, zatímco snaha odletět od vnitřního nebezpečí je jen těžko proveditelná.“⁴⁹

Tzv. obranným mechanismem nahrazení se kromě S. Freuda zabýval také Otto Fenichel, a ve shodě s ním zastával názor, že u různých typů fobií hraje tento mechanismus poměrně důležitou roli. Například u fobií ze sexuálního kontaktu či z jídla jde dle Fenichela primárně o strach z pokušení, u jiných typů fobií, například u agorafobie, je proces tzv. nahrazení složitější a hraje podstatnější roli. Symbolický význam těchto fobií je mnohem lépe „ukryt“ a jeho „odhalení“ vyžaduje důkladnou analytickou práci a pacientem. Symptomy, kterými trpí agorafobik, mohou nabývat například následujících významů – představa ulice symbolizuje příležitost k sexuálnímu dobrodružství, výzvu k opuštění domova, zúzkostňující pocit, že na ní bude člověk spatřen, přistižen a chycen. Nebo může pacient trpící agorafobií zažívat strach z toho, že zatímco je mimo domov, někomu blízkému, například rodiči či sourozenci, se stane neštěstí či zemře. Vy kročení z bezpečí domova na ulici může, na symbolické rovině, též představovat porod.⁵⁰

Freud se ve svých pojednáních o agorafobii pokoušel postihnout klíčové aspekty symptomatologie tohoto onemocnění a domníval se, že jde primárně o sexuální symboliku a mechanismy kondenzace, censury, projekce či přemístění. Významná je i specifická dvojakost situace agorafobika ve světě, v němž pociťuje strach z neznámých temných sil přenesených na urbánní prostory a je zároveň rozpolcen mezi vnějším světem a domovem. A domov rozhodně nemusí být vždy klidným a bezpečným „přístavem“.

Freud považoval onemocnění agorafobií za typicky ženské. Lze si klást otázku, zda za onemocněním agorafobií nestály u Freudových pacientek i jiné faktory než potlačování sexuální touhy. Z dnešní perspektivy pohledu na měšťanskou

⁴⁹ FREUD, S. *New Introductory Lectures on Psychoanalysis* (The Standard Edition of the Complete Psychological Works, Vol. 22). Vintage, 2001, s. 121.

⁵⁰ FENICHEL, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. London: Kegan Paul, 1946. s. 480-1.

společnost tehdejší Vídně lze pravděpodobně předpokládat, že ženy z vyšších vrstev společnosti potlačovaly více stránek své osobnosti. Freud však v uvažování o příčinách agorafobie výrazně akcentoval právě sexualitu, která ležela ve středu jeho zájmu; naprosto opomenul sociální aspekty života žen i mužů na přelomu století, nekladl si otázku po souvislostech mezi patologickými jevy a společností. Jednotlivé případy svých pacientů/pacientek chápal jako neopakovatelné případy *sui generis*. Tento pohled na onemocnění agorafobií je zajímavý zejména ve vztahu k Freudově myšlence, kdy poukazuje na to, že neurózy nahrávají konzervativním silám ve společnosti. Pokud tuto myšlenku vztáhneme ke skutečnosti, že agorafobií ve Freudově době trpěly (a trpí dodnes) především ženy, můžeme se ptát, zda za výskytem onemocnění u tohoto pohlaví neleží vliv patriarchální měšťanské kultury. Žena trpící agorafobií by z tohoto pohledu pomocí své nemoci naplňovala mimo jiné i očekávání vážící se k její roli. Je též zajímavé porovnat kazuistiky pacientů trpících agorafobií C. O. Wesphala s těmi, které popsal S. Freud. Časově je mezi nimi vzdálenost jedné generace; za tu dobu zřejmě došlo k následující změně – namísto mužských pacientů začaly pomoc ve větší míře než dříve vyhledávat ženské pacientky. Můžeme se ptát, zda byl tento posun „skutečný“ či zda byl způsoben tím, že bylo referováno například pouze o určitých případech. Svou roli mohl sehrát i určitý posun v chápání „normality“. Ve druhé polovině 19. století byla možná žena z vyšší společnosti, která se bála vycházet na ulici, vnímána jako zcela normální. O čtyřicet let později došlo k proměně pohledu na „fungování“ žen ve veřejném prostoru a ženy získaly možná něco větší svobodu pohybu a omezení této svobody v podobě onemocnění agorafobií se mohlo zdát jako nežádoucí.

S. Freud považoval agorafobii za důsledek abnormalit v sexuálním životě. Z dnešního pohledu šlo o abnormality, protože u společenských tříd (ze kterých pocházely Freudovy pacientky), byly určité myšlenky, chování, a touhy zcela nepřijatelné. Dnes jsou tyto touhy a myšlenky v kultuře verbalizované a do jisté míry akceptovatelné. Můžeme si však klást otázku, do jaké míry se od Freudovy doby změnil pohled na ženu. Okolnosti se jistě změnily; ženy mají dnes nesrovnatelně větší svobodu, než měly v první čtvrtině 20. století. Znamená to však, že jsou také vnitřně svobodnějšími bytostmi? Lze si položit spekulativní otázku, zda ženy nejsou stále vychovávány k určité vnitřní nesvobodě.

Velmi zajímavé jsou úvahy některých autorů, týkající se significance a povahy onemocnění agorafobií u Freuda samotného. T. Reich⁵¹ se zmiňoval o tom, že jednou, když společně s Freudem přecházeli přes vídeňské náměstí, uchopil Freud jeho rámě a poznamenal, že se stále, na podobných místech, obává návratu starého symptomu agorafobie. Podle P. Roazena⁵² se například analytik E. Weiss intenzivně zabýval úvahami o agorafobii⁵³, popsal i případ muže jménem „Frank“, který vykazoval mnoho podobných problémů a aspektů osobnosti jako Freud sám (podobně jako Freud měl zájem o starožitnosti, občas upadal do mdlob a pociťoval úzkosti ze smrti).

Reich přisuzoval Freudově agorafobii centrální roli v historii geneze psychoanalýzy. Ve Freudově strachu z otevřených prostor spatřoval „the hidden missing link between his primarily psychological interests and his later occupation with the neuroses“.⁵⁴ V rámci sebereflexivního procesu formuloval Freud následující pravidlo: aby mohl terapeut pomoci pacientům, musel předtím pomoci sám sobě. A aby mohl pomoci sám sobě, je nucen překročit psychologickou distinkci mezi myslí nemocného pacienta a myslí „normálního člověka“. Reich byl přesvědčen o tom, že právě agorafobie byla Freudovou osobní motivací k zájmu o hledání možné spojnice mezi šílenstvím a normalitou.

Helene Deutsch

*„dread to be away from home and outside of the world“
H. Deutsch*

G. Bachelard uvažuje o poetice prostoty a v kapitole nazvané *Dialektika vnějšku a vnitřku* se ptá: „kam, ke komu se dveře otevírají? Otevírají se pro svět lidí nebo pro svět samoty?“⁵⁵ a zároveň cituje R. G. De la Sernu, když uvádí, že „dveře,

⁵¹ REIK, T. *Listening With the Third Ear*. New York: Farrar, Straus and Co., 1948, s. 15-16.

⁵² ROAZEN, P. *Edoardo Weiss: The House That Freud Built*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers, 2005

⁵³ Například v ne příliš citované publikaci *Agoraphobia in the Light of Ego Psychology*. WEISS, E. *Agoraphobia in the Light of Ego Psychology*. New York: Grune and Stratton, 1964.

⁵⁴ REIK, T. *The Search Within: The Inner Experiences of a Psychoanalyst*. Oxford: Farrar, Straus & Cudahy, 1956, s. 260.

⁵⁵ BACHELARD, G. *Poetika prostoru*. Praha: Malvern, 2009. s. 222.

které vedou do kraje, jako by za zády světa světa dávaly svobodu.“⁵⁶ Bachelardův způsob uvažování o jevech světa je sice klasickému psychoanalytickému uvažování poněkud vzdálen, nicméně jistou podobnost lze nalézt v zaměření na snahu o uchopení významu obrazů, významu snění v obrazech. Lze se domnívat, že z podobné motivace, ovšem namířené k úzdavě pacitek, vycházela i H. Deutsch.⁵⁷

Oproti S. Freudovi se Deutsch zabývala hlouběji například tématy významu domova či dveří a kladla větší důraz na možné determinanty agorafobie, které podle jejího názoru pramenily z (ambivalentního) vztahu pacientů/pacientek k matce. Deutsch popsala agorafobii jako onemocnění, při kterém se u pacientů objeví intenzivní úzkost v situacích, ve kterých opustí domov a vyjdou na ulici (mezi symptomy řadila palpaci, třes či pocit pacienta, že zkolabuje nebo očekávání nenapravitelné katastrofy, úzkost ze smrti a vtíravé myšlenky na smrt, šílenství či infarkt). Deutsch si povšimla, že lidé trpící agorafobií se nezdá, že obávají nejrůznějších nehod (přejetí autem, tramvají, vlakem). Pacienti (pacientky), se kterými se H. Deutsch setkávala, uváděli (shodně s případy, o kterých referovali již C. O. Westphal či S. Freud), že jejich úzkostné stavy zmizí nebo se zmírní, pokud je doprovází společník nebo pokud se pohybují v blízkosti domova.⁵⁸ Domnívala se, že se vždy nemusí jednat o tzv. významného druhého, nicméně v publikaci *Neuroses and Character Types* nastínila kasuistiky tří žen, u kterých měl výběr společníka klíčový význam a zdál se objasňovat podstatu onemocnění agorafobií.

V jedné z kasuistik popisuje případ matky dospívající dcery, velmi přísně vychované, která navazuje vztah s mužem, o něhož stála kdysi i matka

⁵⁶ DE LA SERNA, R.G. Echantillons. In BACHELARD, G. Poetika prostoru. Praha: Malvern, 2009, s. 222.

⁵⁷ Následující text vychází z práce nazvané *Neuroses and Character Types*, uveřejněné poprvé v roce 1928; zejména z kapitoly číslo 8 nazvané *Agorafobie*. DEUTSCH, H. *Neurosis and Character Types*. New York: International Universities Press, 1965. 388 s.

⁵⁸ H. Deutsch podotýkala, že „existují bohatí pacienti, kteří jsou spokojeni pouze tehdy, mají-li nablízku svého doktora se záchranou injekcí.“ („...there are some rich patients who are happy only when they have their doctor by them with the saving injection syringe.“) DEUTSCH, H. *Neurosis and Character Types*. New York: International Universities Press, 1965, s. 97.

(pacientka). U pacientky se objevovaly sexuální fantazie (deflorace, prostituce, zneuctění), došlo k zpřítomnění dávné situace z vlastního dospívání, kdy byla pacientka kontrolována vlastní matkou a nesměla bez ní opustit dům. Pacientka se jak se svou dcerou identifikovala, tak ji zároveň pociťovala jako rivalku⁵⁹ a postupem doby byla schopna opustit dům pouze v jejím doprovodu. Deutsch dešifruje tuto situaci výběru tzv. „fobického společníka“ jako ambivalentní; pacientka prožívala několik konfliktů najednou, neboť matka kontrolovala dceru skrze své symptomy, přenášela na ní svůj vztah k vlastní dominantní matce a zároveň byla dcerou kontrolována.⁶⁰

V uvedeném případě jde o to, že dceři je nutno dát nějakým způsobem na srozuměnou, že její matka nepodléhá právě těm impulsům, které předpokládá u své dcery a se kterými se současně identifikuje. Kromě instinktivních sexuálních impulsů se u matky objevuje i agresivní přání smrti namířené de facto vůči rivalce (dceři). Toto agresivní přání je však v konfliktu s identifikací. Jinými slovy: matka dohlíží na svou dceru, kterou ohrožují nejenom impulsy její probouzející se sexuality, ale v náhledu na dceru hrají svou roli též nevědomé agresivní impulsy ze strany matky. Přáním pacientky je smrt rivalky, se kterou se ale současně identifikuje. Dcera v roli společnice musí převzít roli superega, kterou dříve ztělesňovala matka pacientky. H. Deutsch o postavení průvodce agorafobického pacienta poznamenává, že „the companion becomes the „protected protector.“⁶¹ Podle H. Deutsch byla v popsaném případě dcera objektem identifikace, byla proti

⁵⁹ H. Deutsch k tomu dodává: „Cítila téměř vědomě, že její dcera jí stojí v cestě ke štěstí, stejně jako zde v jejím dětství stála její matka.“ („She felt almost consciously that her daughter was standing in the way of her happiness as her mother had once done in her own childhood.“) Tamtéž s. 102.

⁶⁰ Při analýze uvedeného případu se Deutsch zabývala tím, jaká je ve skutečnosti role člověka, kterého si pacient trpící agorafobií vybere za svůj doprovod, pokud se rozhodne vyjít ven z chráněného prostoru domova. Z uvedené kasuistiky vyplývá, že doprovázející osobou nemůže být kdokoliv; výběr společníka má hluboký význam. Anglické psychiatrické kompendium uvádí: „Mnoho fobických pacientů, kteří jsou znehybnění svými strachy, mohou fungovat, jsou-li doprovázeni důvěryhodnou osobou, které říkáme „fobický společník.“ („Many phobic patients who are otherwise immobilized by their fears can function if accompanied by some trusted person who is called a „phobic companion.“) KAPLAN, H. I. – FREEDMAN, A. M. – SADOCK, B. J. (eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1953. s. 999.

⁶¹ DEUTSCH, H. *Neurosis and Character Types*. New York: International Universities Press, 1965, s. 102. („...společník se stane ochraňujícím ochraňovatelem.“)

ní však zároveň namířena pacientčina agrese. Pokud by na sebe dcera vzala roli spolence a ochránkyně, chovala se láskyplně a neohrožovala svou matku, dosáhla by toho, že by úzkost ze smrti, kterou pacientka prožívala ve fobických situacích, zmizela. Proces identifikace a hrozba smrti by pominuly, neboť se vázaly k situaci pokušení, která byla „symbolizována“ opuštěním domova a vykročením na ulici.

Dalším případem agorafobie, o kterém H. Deutsch referovala, byla mladá žena, která prožila první ataku agorafobické úzkosti v situaci, kdy byla na ulici přítomna kolapsu muže, který dostal epileptický záchvat. Pacientka zažila hluboký šok, ze kterého se nemohla dlouho vzpamatovat mimo jiné i proto, že často slychala o případech náhlého úmrtí. Zdálo se, že má zvláštní „štěstí“, protože kolem ní často projížděly pohřby nebo sanitky a připomínaly jí tak hrozbu možné vlastní smrti. Je však pravděpodobné, že tyto „připomínky smrti“ nebyly nijak zvlášť časté nebo nebyly častější než u jiných lidí, pacientka si jich však všímala, byla na ně zaměřena její pozornost.⁶² Lidé trpící agorafobií často uvádějí, že se pohybu mimo domov obávají i z toho důvodu, že vnější svět, ulice a silnice, jsou velice nebezpečné a prožívaný pocit ohrožení opírají například o údaje týkající se statistik dopravních nehod. Psychoanalytik Edmund Bergler si na základě klinických pozorování povšiml, že:

„Často tyto pacienti poskytují statistické ověření nebezpečí číhajících v ulicích; někteří si bedlivě všímají každé dopravní nehody.“⁶³

V neurotickém chování mladých žen, jejichž případy H. Deutsch popsala, hrál

⁶² Tendenci zaměřovat pozornost na určité aspekty reality komentovala H. Deutsch následovně: „Je jistě pozoruhodné, jak často jsou lidé trpící agorafobií překvapeni těmito zjevně náhodnými traumatickými setkáními. To je samozřejmě způsobeno skutečností, že neustále upírají svou pozornost na věci, které jiní přecházejí bez povšimnutí, takže si udržují přesvědčení, že mají v tomto ohledu zvláštní „štěstí“ („It is indeed remarkable how often sufferers from agoraphobia are surprised by these apparently chance traumatic encounters. This is due of course to their always being on the lookout for such things, which others pass by unnoticed, so that they are able to maintain the impression that they have particular ill-luck in this respect.“). Tamtéž, s 98.

⁶³ BERGLER, E. Psychoanalysis of a Case of Agoraphobia. In *Selected Papers of Edmund Bergler, M. D., 1931-1961*. New York: Grune & Stratton, 1969, s. 672. („Often these patients offer statistical proof of the dangers of the street; some take careful note of every traffic accident, of every collision between streetcars or automobiles.“)

podstatnou roli Elektriin komplex. Ulice, prostor za dveřmi domova (mimo bezpečný domov rodičů), představuje situaci pokušení a symbolizuje sféru nevědomé touhy, ale též místo, kde dochází k jejímu zrání a integraci. Deutsch byla toho názoru, že musí existovat specifický důvod pro to, aby agorafobici ztvárňovali své „scénáře strachu“ právě ve vztahu k architektonickým objektům. Byla prvním psychoanalytikem, který se pokoušel analyzovat význam domu, domova. Podle jejího názoru je pro mnoho agorafobiků opuštění známých zdí bezpečného domova a vyjití na ulici, do vnějšího světa, asociováno s procesem narození. Ulice, prostor mimo zdi domova, symbolizuje situaci pokušení a oblast nevědomé touhy. Domov je místem, kde člověk vyrůstá a kde dochází, nebo kde by mělo docházet, k integraci těchto tužeb. Dívka, která trpí agorafobií, se nemůže oddělit od Oidipovského vztahu s rodiči; přeje si nahradit svou matku ve vztahu k otci.⁶⁴

Deutsch se též pokoušela objasnit, proč se agorafobické strachy týkají ulice. Při řešení této otázky se opírala o Freudovy úvahy o ztrátě bezpečného úkrytu, ke které dojde, když se agorafobik ocitne na ulici. Inspirovala se též Freudovými úvahami týkajícími se potenciálního pokušení, které čeká ve veřejných městských prostorech na člověka, potlačujícího touhy. Poznává, že prostor ulice představuje nebezpečnou výzvu pro případné dřímající exhibicionistické impulsy.

Případ pacientky, která se nechala doprovázet na ulici svou dcerou, ukazuje na skutečnost, že při fobiích dochází k procesu tzv. regrese. Fobie staví osobu do stavu infantilní závislosti a regrese je patrná zejména u těch fobických syndromů, u kterých dochází k omezení pacientova pohybu a kdy se tento stává závislý na svém společníkovi – průvodci. Do jisté míry je tomu tak u všech fobií, nejenom u agorafobie – všechny tyto syndromy jsou omezením „akce“, přičemž toto omezení není způsobeno objektivní realitou.

Karl Abraham k tomu poznává, že strach z pohybu po ulici se obvykle objevuje u těch osob, které mají současně strach z toho, že zůstanou zanechány

⁶⁴ DEUTSCH, H. The Genesis of Agoraphobia. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 10, 1929, s. 51-69.

samy (doma):

„Společný rys obou obávaných situací vidíme ve skutečnosti, že nevědomí takových pacientů jim nedovoluje být vzdálen od těch, na které je jejich libido fixováno, a že jakýkoli pokus prolomit zákazy vystavěné nevědomím je provázen úzkostným stavem.“⁶⁵

Uvedená pasáž říká, že pacienti trpící fobií nejsou schopni odpoutat se od blízkých lidí (od těch, na které je jejich libido fixováno). Lze si položit otázku, zda se u některých žen, které trpí agorafobií, tato nemoc nerozvine jako způsob, kterým lze k sobě připoutat například partnera či rodiče a zároveň získat jejich pozornost.

Teorie agorafobie autorky H. Deutsch je velice složitá. Na závěr se zmíním o analytickém postřehu týkajícím se Oidipovského trojúhelníku v rodině. Za velice inspirativní považuji závěry H. Deutsch, týkající se skutečnosti, že dívky či ženy trpící agorafobií si ve skrytu duše přejí nahradit postavu svého otce. Toto nevědomé přání je výrazem touhy uniknout ze závislého vztahu. Identifikace s mužem, nikoliv se ženou, symbolizuje odpoutání se ze závislosti a získání svobody.

Úzkost, neuróza, fobie – tyto stavy, které se objevují v procesu „řešení“ oidipských vazeb, zabraňují dosažení svobody a nezávislosti. Ochraňují tak osobu před tím, co by mohla získat. Jak si povšiml i S. Freud, člověk se někdy nejvíce hrozí splnění svých přání. Pokud je tím přáním svoboda, je pochopitelný i strach z ní. Svoboda, únik ze závislosti, s sebou nese i nutnost neustále volit a zodpovědně se rozhodovat.

John Bowlby a teorie vazby

Neopsychoanalytik John Bowlby se domníval, že onemocnění agorafobií má svůj

⁶⁵ ABRAHAM, K. On the Psychogenesis of Agoraphobia in Childhood. In *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*. New York: Basic, 1955. s. 42-43. („The common feature of the two feared situations is seen in the fact that the unconscious of such patients does not permit them to be away from those on whom their libido is fixated‘ and ‚that any attempt by the sufferer to defy the prohibitions set up by his unconscious is visited by an anxiety state.“)

původ v deficitech pramenících z neuspokojivého připoutání se k matce (pečující osobě) v raném věku. Dítě si v rámci raného vývoje vytváří vnitřní modely (mentální mapy interaktivních sekvencí) vazby s tzv. důležitými osobami (pečujícími). Tyto vnitřní modely obsahují též očekávání týkající se budoucích vztahů s lidmi⁶⁶ a pomáhají vytvářet takové způsoby vnímání a jednání, které umožňují „naplňovat“ internalizovaný scénář, jsou též poměrně rezistentní vůči změně. V onemocnění agorafobií se pak projevuje dočasná ztráta schopnosti snést prostorovou separaci od „secure base“ – od bezpečného objektu. Typů vazeb pojednal Bowlby několik, genezi onemocnění agorafobií však přičítá primárně tzv. úzkostně – ambivalentní vazbě a za klíčový symptom považuje strach z opuštění prostor domova (separační úzkost).⁶⁷ Koncipoval několik možných variant „scénáře strachu“ (pacient pocítuje obavu, že pokud opustí domov.⁶⁸ něco se stane buď jemu, nebo pečující osobě či je dítětem rodiče, který trpí úzkostí a pacient je nucen setrvávat v jeho společnosti, aby jej „chránil“).⁶⁹

Strach ze samoty, z toho, že člověk zůstane zanechán napospas sám sobě a nebude mít pevný referenční bod například v určitém vztahu, může pramenit z emocionálních deficitů získaných v dětství. Pokud bylo připoutání k matce neuspokojivé, je pravděpodobné, že člověk se následně bude po celý život potýkat s nejistotou a úzkostí. I současné výzkumy agorafobie dávají mnohdy do souvislosti intenzivní zážitky separační úzkosti v raném věku⁷⁰ s pozdějším objevením agorafobických symptomů.⁷¹ Tyto pocity mohou pramenit

⁶⁶ DE RUITER, C. – VAN IJZENDOORN, M. H., Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, vol. 6, s. 365-381.

⁶⁷ Tamtéž.

⁶⁸ V této myšlence J. Bowlbyho můžeme vysledovat určitou podobnost s pojetím agorafobie H. Deutsch či s názory K. Abrahama, který poznamenal, že agorafobici mohou mimo jiné trpět i strachem ze samoty.

⁶⁹ BOWLBY, J. *Attachment and Loss: Separation: Anxiety and Anger*. Volume 2, New York: Basic Books, 1973. s. 325; DE RUITER, C. – VAN IJZENDOORN, M. H., Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, vol. 6, s. 365-381.

⁷⁰ Bowlby se zabýval i úvahami týkajícími se možného významu symptomů agorafobie – strach opustit domov chápal i jako vyjádření touhy po návratu k pečujícímu rodiči. BOWLBY, J. *Attachment and Loss: Separation: Anxiety and Anger*. Volume 2, New York: Basic Books, 1973.

⁷¹ ROSENBAUM, J. F., et al. Behavioral inhibitions in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1993, no. 1, vol 1, s. 2-16.

z nedostatečné důvěry v sebe a ve stálost objektů vnějšího světa; tím i v nedůvěru ve vztah mezi já a jiným člověkem. Agorafobie by v této souvislosti mohla představovat způsob, jak nejisté a nestálé objekty k sobě připoutat. Můžeme ji také nahlížet jako důsledek nedostatečné integrity osobnosti – jak se lze svobodně pohybovat ve světě, pokud člověku chyběla a chybí základní jistota a pocit bezpečí? A jistotu, pocit bezpečí a zakotvenosti získáváme právě v raném dětství.

Bowlby se též zabývá osobnostmi a výchovnými styly rodičů lidí trpících agorafobií. Domníval se, že rodiče jsou často přespříliš protektivní, vzbuzující u pacientů pocit viny, dominantní, role v rodině nemusí být jasně stanovené a rodiče mohou též vyhrožovat opuštěním, sebevraždou či separací. Sami rodiče též mohou trpět agorafobií – v tomto případě se Bowlby domníval, že se „model“ agorafobického vztahu ke světu přenáší i na děti. Bowlby též revidoval Freudovo pojetí kasuistiky Malého Hanse – domníval se, že chlapec primárně pociťoval strach z toho, že bude opuštěn matkou. Freud se oproti tomu soustředil spíše na koncept kastrací úzkosti.⁷²

⁷² GULLESTAD, E. S. Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *The Scandinavian Psychoanalytical Review*, 2001, vol. 24, s. 3-16.

„Diagnóza“ agorafobie

*“There are no norms. All people are exceptions to a rule that doesn't exist.”
Fernando Pessoa*

*“Living is abnormal.”
Eugène Ionesco*

*“There are no mineral monsters.”
Georges Canguilhem*

*“Normality is a paved road: It's comfortable to walk, but no flowers grow on it.”
Vincent van Gogh*

Normalita a nemoc

Pokud uvažujeme o jakékoli diagnóze duševní nemoci, neměli bychom obejít úvahy týkající se otázky, co je vlastně nemoc a u duševních nemocí také problém, co je koncept či pojetí normality, tedy jak lze pojmut horizont, na kterém se ukazuje vybočení z běžného očekávání, konsensu či řádu.⁷³ R. Porter, zabývající se sociální historií „šílenství“, poznamenal, že

„čím více se společnost stávala racionálnější a čím více byla oceňována ‚normalita‘, tím viditelnějším se stalo ‚šílenství‘ (nakonec se stalo i to neviditelným, neb postižení jedinci byli zavíráni do ústavů ve smyslu rčení ‚sejde z očí, sejde z mysli‘).“⁷⁴

V této práci se zabývám onemocněním agorafobií především z psychoterapeutické perspektivy. Vycházím primárně z úvahy, že nemoc je definována do velké míry

⁷³ Před tím, než se budeme zabývat současnými definicemi agorafobie tak, jak jsou konceptualizovány v rámci statistických manuálů, je nutné zamyslet se nad tím, co je normalita, na jejímž pozadí jsou definovány tzv. diagnostické jednotky popisující onemocnění, díky nimž se člověk „ocitne mimo oblast zdraví či normality“.

⁷⁴ PORTER, R. *A social History of Madness. Stories of the Insane*. London: Orion Books, 1996. s. 23. („The more ‚rational‘ society grew, and the more is prized ‚normality‘, so the more visible the ‚mad‘ became (or rather, in the end, invisible, since they were all shut up, out of mind, out of sight.“).

především mírou osobního utrpení, které člověku přináší. Stav nemoci otevírá soubor možností jak pro terapeuta, tak pro trpícího. Pokud se ovšem díváme na klienta primárně skrze diagnózu, není možné s ním uskutečnit autentické setkání.⁷⁵ K porozumění agorafobii, přesněji řečeno diagnóze agorafobie v širším pojetí, je nutné si otázku po „normalitě“ položit. Tzv. normalita je sice pro mnohé čímsi samozřejmým, ale její samozřejmost je možná pouze zdánlivě, protože již kladení otázky po její podstatě otřásá nereflektovaným postojem, v němž ji mnozí považují za cosi běžného a daného, samozřejmého a bezrozporného.

E. Husserl, když pojednával o klíčovém problému intersubjektivit, nepovažoval normalitu za neměnnou, jednoduše identifikovatelnou či předem danou⁷⁶, poukazoval též na pojetí normality ve smyslu normativity. Zabýval se především konstituováním normality, tedy nahlédnutím významu, který nabývá.⁷⁷ Poznává:

„Víme však dobře, že existuje něco jako abnormálnost, že existují slepí, hluchí apod., že tedy rozhodně neplatí, že by jevové systémy byly vždy absolutně identické a že celé vrstvy (i když ne všechny vrstvy) mohou diferovat. Avšak abnormálnost musí se jako taková sama teprve konstituovat a to může jenom na základě normálnosti, která jí o sobě předchází.“⁷⁸

Uvažujeme-li o tom, jak definovat duševní nemoc, je vhodné si položit otázku, co je v daném kulturním a dobovém kontextu konsensuálně považováno za normální (potažmo přímo „zdravé“). Tzv. nenormalitu lze konstituovat na základě porozumění tomu, vůči čemu je pojem „nemoci“ vztahován. Co je to - normalita? Vždyť se lze ptát, zda je normalita vůbec „zkoumatelná“ prizmatem vědy? Někteří autoři, například B. B. Wolman, odpovídají na tuto otázku záporně, neboť

⁷⁵ Tyto řádky byly inspirovány řadou osobních sdělení v diskusích s daseinanalyticky orientovaným terapeutem doc. PhDr. Jiřím Růžičkou, Ph.D, Praha, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, daseinanalytické setkání, 9. 1. 2014.

⁷⁶ MOKREJŠ, A. *Husserl a otázka „Co je normální?“* Praha: Triton, 2002.

⁷⁷ STEINBOCK, J. A. Phenomenological concepts of normality and abnormality. *Man and World*, 1995, vol. 28, s. 241-260.

⁷⁸ HUSSERL, E. *Karteziánské meditace*. Praha: Svoboda, 1993, s. 120.

se při jejím objasňování nelze vyhnout hodnotícím soudům, které „kontaminují“ pojetí normativity.⁷⁹ Syřišťová zaujímá odlišné stanovisko, nicméně poukazuje na to, že vědecké studium normality by nemělo být reduktivní, protože se jedná o téma, které je nutno promyslet ve všech souvislostech. K otázce normality podotýká:

„Problém normality osobnosti (ať ve smyslu absence nemoci, nebo ve smyslu optimální psychobiologické existence) má na jedné straně kořeny v obecných biologických zákonitostech, na druhé straně ve specifických zákonitostech psychického vývoje a psychosociální interakce a koneckonců i v eticko-filosofických normách. Problém normality osobnosti je problém v podstatě interdisciplinární, který nelze řešit ani pouze z úzce biologizujícího, ani z úzce psychologického nebo normativního hlediska“⁸⁰

Různost hledisek a pojetí v sobě nese poukaz na více odlišných pojetí normality. Lze uvést, že nejčastěji operujeme s normalitou normativní, funkční či statistickou; v psychologii a v psychopatologii pak bývá normalita definována s ohledem na otázku duševního zdraví, či poukazuje na optimální stav jedince nebo na trvale otevřený proces seberealizace. Duševní zdraví lze pojímat například z fenomenologické perspektivy pohledu jako druh „ideálního bytí, které je hledáno nebo které je jednáním demonstrováno.“⁸¹ Syřišťová vymezila normalitu osobnosti poukazem na faktor sebeaktualizace:

„Nejpříjemnějším z hlediska biologického, psychologického, sociálního i filosofického se zdá být pojetí lidské normality jako nekonečného procesu k seberealizaci individua v jeho společenských a přírodních podmínkách. Toto pojetí zahrnuje zároveň specifickou možnost svobodné volby individua ve vztahu k aktivnímu sebetvoření a přetváření životního prostředí. Tzv. optimální normalita osobnosti je tedy vlastně paradox. Není to hotový stav, ale nekonečný proces, v němž člověk tvoří sama

⁷⁹ SYŘIŠŤOVÁ, E., et al. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.

⁸⁰ Tamtéž, s. 12

⁸¹ ADAMEC, J. *Psychiatrie a fenomenologie* [online]. Brno: Filosofický seminář, 2008, s. 8. <<http://www.psychostudium.cz/word-doc/psychiatrie-a-fenomenologie.doc>>.

sebe a přetváří realitu, v níž žije. Je to proces, jehož hlavním motorem je svobodná a tvořivá interakce člověka s jeho prostředím“⁸²

Uvedené pojetí normality je zvoleno jako referenční, poněvadž akcentuje procesuální povahu jevu a faktor svobodného a tvořivého vztahu ke světu. Zde se pojetí Syřišťové setkává s teoriemi humanistické psychologie a pohledem na zdravý růst osobnosti či na tzv. sebeaktualizaci. Maslow podotýkal, že „čím člověk může být, tím býti musí“⁸³ Naplňování vlastních potencialit se ne vždy setkává s obecně přijímaným konceptem tzv. normality (jak ukázaly například i Maslowovy úvahy týkající se osobností světa vědy či umění⁸⁴). Maslow dokonce pojímal tzv. normativní normalitu v psychologii jako „psychopatologii průměrnosti“, tak nevýraznou a tak rozšířenou, že si již nevšímáme její obyčejnosti, všednosti.⁸⁵

Lze si klást otázku, zda právě svobodný vztah ke světu, který Syřišťová pojala jako *aktivní sebeutváření ve směru vlastních potencialit*, není ve své podstatě tím, co nejen u onemocnění agorafobií „selhává“. Problém alespoň orientační definice normality je samozřejmě tématem, které otevírá široké spektrum úvah o jedinci ve vztahu ke společnosti, ať jde o úvahy týkající se očekávání, restrikce, socializace či enkulturace. Aby člověk mohl žít ve společnosti s jinými lidmi, je do jisté míry nucen konsensuálně hledat více či méně optimální modus vivendi. Společnost zpravidla disponuje normativními mechanismy⁸⁶. A právě k tomu A. Gehlen poznamenává, že vyplněním normy („Hintergrundserfüllung“) získává člověk jisté zadostiučinění.⁸⁷ S. Freud, ačkoli se většinou v úvahách o jedinečných osudech trpících pacientů nezabýval dimenzemi společenského a kulturního

⁸² SYŘIŠŤOVÁ, E., et al. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972, s. 14.

⁸³ MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Pearson, 1997, s. 91. (“What a man can be, he must be”).

⁸⁴ MASLOW, A. H. *Motivation and Personality*. New York: Pearson, 1997; MASLOW, A. H. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. New York: Penguin, 1970.

⁸⁵ MASLOW, A. *Toward a Psychology of Being*. New York: John Wiley and Sons, 1998. .

⁸⁶ Pokud pojmáme nemoc například jako nesvobodu, ukazuje se, že to, co k ní může vést, je například i nemožnost participovat na „pravidlech“, která jsou nám určována z vnějšku (doc. Jiří Růžička, Ph.D.: osobní sdělení, seminář Fenomenologické společnosti, 2013).

⁸⁷ GEHLEN, A. *Urmensch und Spätkultur*. Philosophische Ergebnisse und Aussagen. Bonn: Athenäum, 1956.

kontextu, poukázal na absurditu tázání po normalitě, neboť pojímal moderní společnost jako bytostně neurotickou. Normalita byla též často zpochybňována a tematizována jako „ideologický koncept“, což se výrazně projevilo například v díle J. M. Foucaulta či G. Canguilhema. Canguilhem pojímal normalitu jako proces s tím, že každý pokus o „petrifikaci“ tohoto procesu je vždy do jisté míry násilným procesem (norma totiž ze své podstaty není určována vědou, ale kreativním životem v jeho plné diverzitě).⁸⁸

Vývoj definic či diagnóz agorafobie odhaluje, jak se proměňovaly některé segmenty euroamerické společnosti a kultury v posledních zhruba sto padesáti letech. Pacienti, kterým se věnoval C. F. O. Westphal a na nichž založil svůj koncept agorafobie, byli muži, náležející k vyšším vrstvám společnosti, pro něž bylo společensky neúnosné či „nenormální“ pociťovat či dokonce dávat najevo strach z pohybu ve veřejné sféře. Pro ženy z vyšších vrstev společnosti bylo ve druhé polovině devatenáctého století „mimo rámec společenské normy“ pohybovat se samostatně ve veřejném prostoru. Freudovy kasuistiky, pocházející z počátku dvacátého století, tedy spíše z jeho první čtvrtiny, se však již týkaly právě žen z vyšších vrstev společnosti, což souviselo s měnícími se podmínkami života a tím i s pohledem společnosti na „normální performativitu“.

Pozorného čtenáře není třeba dvakrát upozorňovat, že je stále řeč o tzv. vyšších vrstvách společnosti, což v sobě obsahuje dobový poukaz na skutečnost, že výchozí životní podmínky umožňovaly vstup do terapie, jakoby neuróza byla „luxusem“, který si jedinec může „dovolit“ až v momentě, kdy nevede „boj o přežití“, tedy o zajištění základních potřeb.

V průběhu dvacátého století došlo k tomu, že byla agorafobie dokonce označována jako „housewives disease“ a někteří autoři, například R. Seidenberg a K. DeCrow, dospěli až k otázce, jaký podíl má na vysoké incidenci onemocnění agorafobií společnost, v jejímž kontextu se nemoc objevuje.⁸⁹ Pokud nějakou

⁸⁸ CANGUILHEM, G. *On the Normal and the Pathological*. Dordrecht: Reidal, 1978.

⁸⁹ SEIDENBERG, R. – DeCROW, K. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983.

nemocí trpí větší množství lidí, je možné se ptát, zda není „nemocná“ spíše společnost než právě ti, kdo jsou tpuito společností stigmatizováni jako nemocní. To byly zřejmě důvody, proč Syřišřová poukázala na skutečnost, že v úvahách o normalitě osobnosti, není dobré ztrácet ze zřetele společenské, kulturní a historické podmínky, v nichž člověk žije.⁹⁰

Agorafobie dle diagnostických manuálů MKN-10 a DSM-V

Z úvah o onemocnění agorafobií nelze vynechat i diagnostické manuály, předkládající poměrně jasně definované diagnostické jednotky a kritéria jejich vymezování. Lidé, kteří přicházejí do ordinací lékařů či psychologů, bývají nezdřídka diagnostikováni právě na základě aktuálně platného klasifikačního systému; z tohoto důvodu je nutné se jím zabývat i v rámci této práce. Na úvod je ovšem nutné poznamenat, že člověk je bytost složitá a do jisté míry se na základě své podstaty vzpírá jasnému kategorizování.

V rámci České republiky je využívána k diagnostice onemocnění tzv. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).⁹¹ Agorafobie je řazena mezi *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy* (F40-F48).⁹² Úzkostné poruchy lze definovat jako různé „kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím a vyskytují se buď v záchvatech, nebo jako setrvalý stav.“⁹³ Fobické

⁹⁰ SYŘIŠŤOVÁ, E., et al. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.

⁹¹ Následující text vychází z aktuální revize, platné k 1. 1. 2013. Jedenáctá revize je připravována na rok 2015 a její beta verze je dostupná na webových stránkách WHO: ICD-11 Beta Draft (Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics) [online]. Geneva (Switzerland): World Health Organisation [cit. 2013-06-06]. <<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>>.

⁹² Jde o skupinu poruch, u nichž je „úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Zájem pacienta se soustředí uje na jednotlivé příznaky, jako je palpitace nebo pocit na omdlení, a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení. Myšlenky na účast ve „fobické“ situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. Fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe. Zda jsou nutné obě diagnózy, fobická úzkost a depresivní epizoda nebo pouze jedna z nich, je určeno časovým průběhem obou poruch a terapeutickou úvahou při lékařské konzultaci.“ Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2013-11-07]. <<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>>.

⁹³ HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, s. 482.

úzkostné poruchy jsou definovány jako syndromy, při kterých trpící jedinci pociťují strach i v situacích a na místech, kde se lidé běžně nebojí, a tento strach se postupem doby stane omezujícím.⁹⁴

Agorafobie je definována v rámci MKN-10 jako soubor fobií, mezi něž patří: strach z opuštění domova, vstupu do obchodů, strach ze zástupů lidí a vstupu na veřejná prostranství. Dalšími obávanými situacemi je cestování vlakem, autobusem či letadlem. Ukazuje se, že lidé trpící agorafobií mají v současnosti spíše strach z těch míst, z nichž je v případě potřeby obtížné uniknout (nebo je únik subjektivně spojován se zahanbením, studem). Strach se nezdá váže těž k místům, na nichž se člověk pouze obtížně (nebo vůbec) dovolá pomoci v případě potřeby. Agorafobií označujeme jako:

„koincidující abnormní obavy nejen z velkých, ale i z uzavřených prostor (dříve klaustrofobie), ale i pro strach z opuštění domova, z toho být sám nebo být v situacích, ze kterých je obtížné odejít, kde je obtížné dosažitelná pomoc. Typicky obávané situace jsou např. užití hromadných dopravních prostředků, jako jsou autobusy, vlaky, metro, letadla, pobyt ve výtahu, restauraci, obchodních domech, nebo jiných místech, kde je hodně lidí. Náročné je také stání ve frontách. V nejtěžších případech je postižený uvázan na domácí prostředí a je schopen ho opustit pouze v doprovodu partnera či jiné blízké osoby.“⁹⁵

Z hlediska komorbidity agorafobie je častá přítomnost panické poruchy (při minulých i současných epizodách, jako doprovodné stavy se mohou vyskytovat i depresivní či obsedantní symptomy, případně sociální fobie). Častým aspektem prožívaných epizod je vyhýbání se fobickým situacím (pokud je nemocný schopen se jim vyhnout zcela, může pociťovat malou či žádnou úzkost). MKN-10 rozeznává agorafobii bez panické poruchy v anamnéze a panickou poruchu a agorafobií.⁹⁶ V empirické části práce je používán pro oba subtypy souhrnný výraz

⁹⁴ Tamtéž.

⁹⁵ RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Triton, 2003.

⁹⁶ *Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických

„agorafobie“ (viz podkapitola „zaměření výzkumu“).

Zmíním se zde i o tzv. *Diagnosticém a statistickém manuálu* (DSM), o nějž se opírá většina zahraničních, zejména amerických, výzkumů onemocnění agorafobií. Oproti čtvrté revizi došlo v páté úpravě DSM, uveřejněné v květnu 2013, ke změně v diagnostice agorafobie. Ve čtvrté revizi byla agorafobie kódována buď jako „Panická porucha s agorafobií“ (300.21) nebo „Agorafobie bez historie panické poruchy“, ta však byla chápána jako dočasná sekundární komplikace panické poruchy.⁹⁷ V DSM-V již nejsou diagnózy agorafobie a panické poruchy spojeny, ale jsou chápány jako dvě odlišné nemoci. Uvedená změna vychází z klinických zjištění ukazujících, že významná část lidí trpících agorafobií nezažívá panické ataky.

Konkrétní diagnostická kritéria agorafobie zůstávají oproti DSM-IV nezměněna, pouze je vyžadována přítomnost strachu ze dvou a více specifických „agorafobických“ situací, aby bylo možno odlišit agorafobii od specifických fobií.⁹⁸ Diagnostická kritéria byla také upravena tak, aby byla uvedena v soulad s kritérii jiných úzkostných onemocnění (intenzita strachu musí být neadekvátní⁹⁹ vzhledem k aktuální míře ohrožení v rámci situace, hodnocení je nutné vztáhnout k sociokulturnímu kontextu), agorafobické symptomy se též musejí vyskytovat déle než půl roku.¹⁰⁰

Na základě výzkumu symptomatologie agorafobie poznamenala D. Chambless, že hlavním příznakem agorafobie je strach z odloučení od domova, nebo na

informací a statistiky ČR. [cit. 2013-11-07]. <<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>>.

⁹⁷ WITTCHEN, H.-U., et al. Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 2010, vol. 27, s. 113–133.

⁹⁸ Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM V [online]. Arlington: American Psychiatric Association. [cit. 2013-11-07]. <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>>.

⁹⁹ Byl též odstraněn požadavek, aby si diagnostikovaná osoba, starší osmnácti let, byla vědoma neadekvátnosti prožívaného strachu. Praxe totiž ukazovala, že pacienti mají tendenci přeceňovat nebezpečnost situace a starší věkové skupiny též podceňovaly vážnost symptomu a prožívané potíže přičítaly stárnutí.

¹⁰⁰ Toto kritérium platilo ve čtvrté revizi pouze pro diagnostiku osob mladších osmnácti let. V páté revizi je vztaheno na všechny věkové kategorie, aby bylo možné vyhnout se nadměrnému diagnostikování přechodných stavů strachu či úzkosti jako agorafobie.

jakémkoli veřejném místě, ze kterého únik je považován za obtížný.¹⁰¹ První atace předchází zpravidla stres.¹⁰² Goldstein a Chambless též uvádějí, že konkrétními spouštěči mohou být například rozvod, potrat, smrt blízké osoby, ale i narození potomka či svatba.¹⁰³

Praško podotýká, že proces stanovení diagnózy by měl být zaměřen na důkladné zmapování výskytu příznaků a omezení života lidí trpících touto poruchou (omezení života se týká například zapojení do pracovního procesu, interpersonálních vztahů, trávení volného času).¹⁰⁴ Přínosné je nahlédnout i porozumění nemoci, kterým pacient disponuje, předchozí zkušenosti s terapií (včetně samoléčby) či míru a podobu prožívané stigmatizace. K zpřesnění diagnózy bývají využívány i mnohé diagnostické metody, lze uvést například tzv. sebespozovací dotazníky (Dotazník mobility u agorafobie či Sheehanovu stupnici úzkosti).¹⁰⁵

Incidence a prevalence onemocnění agorafobií

Podle psychologa zabývajícího se tématem úzkostných poruch, Isaaca Markse, je agorafobie jednou z nejvíce rozšířených fobických poruch u dospělých pacientů.¹⁰⁶ Počet nemocných agorafobií neustále vzrůstá a zhruba od 70. let 20. století představují tito pacienti a pacientky přes padesát procent všech pacientů trpících fobickými poruchami. Mimo jiné i proto považuje Joyce Davidson agorafobii za „typickou moderní neurózu“. Bados López uvádí, že agorafobie je z hlediska léčby nejtěžší a z hlediska prevalence nejrozšířenější fobickou

¹⁰¹ CHAMBLESS, D. L. – GOLDSTEIN, A. J., (eds.). *Agoraphobia: multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982, s. 1-18.

¹⁰² GOLDSTEIN, A. J. – CHAMBLESS, D. L. –. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 1978, vol. 9, s. 47-59.; WEEKES, C. Simple, effective treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, vol. 32, s. 357-369.

¹⁰³ CHAMBLESS, D. L. – GOLDSTEIN, A. J. Clinical treatment of agoraphobia. In MAVISSAKALIAN, M., BARLOW, D. H., (eds.). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, 1981, s. 103-44.

¹⁰⁴ PRAŠKO, J., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D., et al. Panická porucha v průběhu života a její léčba. *Postgrad Med*, 2012, 14, s. 102-107.

¹⁰⁵ PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Agorafobie. In SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HORÁČEK, J., HOSCHL, C. (Eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 220-230.

¹⁰⁶ MARKS, I. M. *Living with Fear: Understanding and Coping with Anxiety*. McGraw-Hill, 1978.

poruchou.¹⁰⁷

Autoři kolektivního textu *Psychiatrie* uvádějí, že celoživotní prevalence agorafobie kolísá mezi 2,9-6,7 % a riziko onemocnění je vyšší u žen než u mužů.¹⁰⁸ Jednorroční prevalence se zpravidla uvádí okolo pěti procent.¹⁰⁹ Agorafobie se vyskytuje třikrát častěji u žen než u mužů.¹¹⁰ Clum a Knowles uvádějí, že okolo 89% nemocných agorafobií je ženského pohlaví.¹¹¹ Zde je nutné si položit otázku, jaký je skutečný výskyt onemocnění agorafobií v populaci. Vzhledem k tomu, že agorafobie může být silně invalidizující a vzhledem ke specifické symptomatologii nezářídka zabraňuje trpícím opustit prostor domova, mnoho z nich se možná nikdy nedostane k tomu, aby vyhledalo péči.

Co se týče věku, ve kterém onemocnění obvykle propuká, v učebním textu *Psychiatrie* se uvádí, že agorafobie začíná „na počátku 3. decenia, zřídka po 45. roce života.“¹¹² R. Van Vose popisuje, že první příznaky agorafobie se zpravidla objevují mezi osmnáctým a pětatřicátým rokem života.¹¹³ J. Vymětal v publikaci *Úzkost a strach* podotýká, že počáteční příznaky onemocnění agorafobií se zpravidla objevují v průběhu druhého decenia života.¹¹⁴ L. Capps a E. Ochs dodávají, že „agorafobie se vyskytuje častěji v urbánním prostředí, spíše než v rurálním, přičemž prevalence onemocnění se zdá být podobná napříč průřezem rozvinutých zemí, etnických a věkových skupin mezi osmnácti a šedesáti čtyř lety.“¹¹⁵

¹⁰⁷ BADOS LÓPEZ, A. *Agorafobia I. Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Mariano Cubí, 1995.

¹⁰⁸ HÖSCHL, C.- LIBINGER, J.-ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. s. 483.

¹⁰⁹ GARFIELD, E. Why is the ancient and prevalent disorder called agoraphobia a neglected research topic? *Essays of an Information Scientist*, 1984, vol. 7, s. 128-137.

¹¹⁰ MAGEE, W.J. et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1996, vol. 53, no. 2, s. 159-168.

¹¹¹ CLUM, G.A. – KNOWLES, S.L. Why do some people with panic disorders become avoidant?: A review. *Clinical Psychology Review*, 1991, vol. 11, no. 3, s. 295-313.

¹¹² Tamtéž, s. 298.

¹¹³ VAN VOSE, H.R. *Agoraphobia*. London: Faber and Faber, 1986.

¹¹⁴ VYMĚTAL, J., et al. *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 2000.

¹¹⁵ CAPPS, L., OCHS, E. *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1995, s. 1.

V odborné literatuře se lze nezdědká setkat s tvrzením, že agorafobie je onemocněním obtížně léčitelným. Pokud je tato porucha zcela neléčena, její průběh se často stane chronickým a tzv. vlnovitým. V popisech průběhu nemoci bývá dále konstatováno, že u „30-40% postižených v průběhu let příznaky plně ustoupí, asi u 50% zůstávají dlouhodobé příznaky, které handicapují lehce a u 10-20% se stav udržuje po léta a pacient invalidizuje.“¹¹⁶

Některé teorie zvažují i vliv dědičnosti, například K. Kendler poukázal v rámci rozsáhlé studie dvojčat ženského pohlaví na skutečnost, že u této poruchy hraje (oproti specifickým fobiím či sociální fobii) vliv genetických faktorů velmi malou roli, vznik této fobie přičítá spíše blíže nespecifikovaným zkušenostem, získaným při kontaktu s prostředím.¹¹⁷ Tyto výzkumné závěry lze považovat za pozoruhodné, lze se domnívat, že značný vliv by mohla mít výchova v rodině a další sociokulturní faktory.

Teorie agorafobie zohledňující sociokulturní kontext

Pozoruhodné je, že úvahy o diagnóze agorafobie byly, zejména ve dvacátém století, „používány“ jako účelové argumenty sloužící obhajobě nejrůznějších teorií a tezí, mimo jiné i těch, které se nějakým způsobem pokoušely kriticky nahlížet na společenský řád západní společnosti, na proces industrializace, na opresi žen z veřejného prostoru či na stoupající konzumerismus.¹¹⁸ Analyzovat využívání konceptů a výkladů agorafobie znamená věnovat se těm teoriím, které nahlíží na agorafobii z odlišného úhlu pohledu než například psychoanalýza, existenciální analýza či další psychologické nebo filosofické směry. Společným výchozím bodem teorií, na něž bude upřena pozornost v této kapitole, je tematizace výrazně nerovnoměrného genderového rozložení populace lidí trpících agorafobií - v současné euroamerické kultuře se onemocnění týká především žen a příčiny onemocnění agorafobií hledá mnoho autorů a autorek v odlišných životních

¹¹⁶ HÖSCHL, C. – LIBINGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s. 483.

¹¹⁷ KENDLER, K. S., et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 1992, vol. 49, s. 273.

¹¹⁸ MEYER, E. Da Costa La Donna è Mobile: Agoraphobia, Women, and Urban Space. In AGREST, D. (ed.). *The Sex of Architecture*. New York: Harry N. Abrams, 1996.

podmínkách mužů a žen (a to ve XX. století, zejména v Evropě a USA).

O uvedený předpoklad vyššího výskytu žen trpících agorafobií se opírají především teoretické koncepty, které jsou více či méně inspirovány genderovými teoriemi, sociální demografií, sociálním konstruktivismem, konstrukcionismem či marxistickým proudem myšlení, kriticky nahlížejícím na západní kapitalistickou společnost. Většinu těchto teorií lze považovat za poměrně reduktivní (některé i za ideologicky manipulativní). Zároveň si však nelze nepoložit otázku, zda některé aspekty kritických náhledů s ideologickými rysy a ambicemi přece jen nepoukazují na důležité aspekty jevů, které máme tendenci přehlížet.

Jak již sám název a definice agorafobie napovídá, jedná se o poruchu vztahující se k prostorovým komponentům. Pro adekvátní porozumění problematice agorafobie a pro porozumění tomu, proč je většina lidí trpících agorafobií ženského pohlaví, je zřejmě podstatné zabývat se zejména sociálním prostorem.¹¹⁹ Jedno z nejvíce citovaných pojednání týkající se vztahu agorafobie a sociálního prostoru moderních metropolí nabízí E. Da Costa Meyer ve stati *La Donna è MóBILE: Agoraphobia, Women, and Urban Space*,¹²⁰ v níž se zabývá především agorafobií v kontextu společenských změn, které doprovázely industriální revoluci a nástup kapitalismu. Jak vyplývá z historického přehledu teorií agorafobie, tato nemoc se stala tématem pro psychologii v době, kdy již naplno probíhala industriální revoluce, vznikala velkoměsta, a kdy docházelo k rozvoji systému svobodného podnikání. Obvyklou se stávala práce mimo domov, v nejrůznějších provozech či manufakturách a do práce mimo prostředí domova začaly být, z existenčních

¹¹⁹ S. Siegel podotýká, že pro to, abychom adekvátně rozuměli onemocnění agorafobií, je nutné analyzovat diskurs týkající se postavení žen, a to specificky ve vztahu k veřejnému prostoru, ale i k prostoru domova. SIEGEL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the discourse on Women's Place* [online]. Doktorská práce, Tampa: University of South Florida. [cit. 2007-11-08].

<<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

¹²⁰ *La donna è móBILE* je název árie, kterou zpívá Vévoda z Mantuy v opeře Rigoletto. Jde o metaforický opis dojmu nestálosti, emocionality a neuchopitelnosti žen a - jejich přílišné výřečnosti. Lze se domnívat, že da Costa Meyer si zvolila právě tento název z důvodu, že tematizuje, mimo jiné, i emoce, pojící se s úzkostným onemocněním agorafobií. Ukazuje se totiž, že ženy trpící agorafobií se nezdá obávají vlastních emocí a jejich případné exprese na veřejnosti, v místech, o nichž se domnívají, že z nich není snadné ihned či nepozorovaně odejít. Krom tematizace emocí odkazuje název árie (použitý jako titul článku) možná i k tématu „mobility“ či „imobility“ žen ve veřejném prostoru.

důvodů, zapojovány ženy a často i děti z nižších vrstev společnosti. Pouze ty ženy, které byly materiálně zajištěny rodinou či manželem, se nemusely aktivně účastnit světa práce. Rozdělení sfér na tzv. veřejné, především mužské a tzv. privátní, čili ženské, platilo nadále spíše jen jako jistá tradiční ideologická vize, praxe počala být jiná.¹²¹

Dá se říci, že vzhledem k probíhajícím změnám v uspořádání pracovních vztahů v oblasti dělby práce docházelo i k postupné proměně diskursu týkajícího se role žen ve společnosti (zejména role ženy jako matky a pečovatelky o blaho domova).

Je zřejmé, že Da Costa Meyer se inspirovala feministickými teoriemi, které bývají v západním světě považovány do značné míry za variantu marxistické teorie společnosti. Příznačné je, že autorka se ve své stati zabývá úvahami o tom, jakou roli ve vzniku agorafobie může hrát příslušnost k určité společenské třídě. Podtrhuje skutečnost, že agorafobie, stejně jako například jiná neurotická onemocnění (poruchy příjmu potravy), jsou záležitostí rozvinuté společnosti. Da Costa Meyer současně razí hledisko, že agorafobie je chorobou vyšších společenských tříd, které žijí v určitých urbánních prostorech. Temtizovala životní podmínky a realitu života žen v americké společnosti v průběhu 20. století a podotýká, že ženy, které nemusely chodit do práce, žily s rodinami zpravidla na předměstích, tedy ve čtvrtích, které byly prostorově odděleny od míst, kde žil tzv. proletariát. Obecně lze konstatovat, že prostředí typického amerického předměstí, obývaného středními a vyššími vrstvami, je „oblíbeným“ tématem literatury, filmu, hudby, ale i psychologie či psychopatologie. Zdá se, že jde, díky podobě sociálních vztahů, sociálních imperativů, rolí apod., o jakési „semeniště“ nejrůznějších poruch. Vazba mezi těmito urbánními prostory, společenskou třídou

¹²¹ G. Lerner k tomu podotýká: „Není náhodou, že slogan „místo ženy je doma“ nabyl agresivního a ostrého významu v době, kdy rostl počet chudých žen, které opouštěly své domovy, aby se staly dělnicemi.“ („It is no accident that the slogan ‘women’s place is in the home’ took on a certain aggressiveness and shrillness precisely at the time when increasing numbers of poorer women left their homes to become factory workers.“) LERNER, G. (ed.). *The Female Experience: An American Documentary*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1977, s. 124.

a vznikem agorafobie podle Da Costa Meyer nelze považovat za náhodnou.¹²²

Existence společenských tříd (classes) bývá například v sociologii uvažována v úzkém vztahu ke společenskému systému jako takovému.¹²³ Da Costa Meyer se domnívá, že o agorafobii nelze uvažovat, aniž bychom zvažili vliv společenského systému a historického kontextu, kterým je v tomto případě kapitalismus. Autorka se domnívá, že pokud je agorafobie tak rozšířenou poruchou, k jejímu pochopení je nutné překročit horizont čistě psychologických či psychotherapeutických úvah a podotýká:

„Pokud je gender výsledkem sociálních praktik a institucí (disciplín), musíme agorafobii uvést do historického kontextu a ne ji pouze patologizovat.“¹²⁴

Pokud uvažujeme nad tím, co se například v Americe odehrálo s příchodem industrializace, dojdeme k závěru, že došlo mimo jiné i ke změně hodnot. Tradiční etika protestantské ctnosti, šetrnosti a odpírání pozemských slastí se na přelomu devatenáctého a dvacátého století proměnila v sociálně a hedonisticky laděnou etiku. Domov se změnil z místa produkce v místo spotřeby. E. Da Costa Meyer se domnívá, že tato změna měla velký dopad na ženskou psychiku; z tohoto důvodu interpretuje agorafobii do jisté míry jako výraz odmítnutí konzumu, který se projevuje odmítnutím veřejných prostor (rozuměj „prostor konzumu“), které byly tomuto účelu přizpůsobeny.

Gillian Brown, autorka stati *Empire of Agoraphobia*, jde ve svých úvahách o

¹²² Podobně tuto záležitost nahlíží S. Bordo, která doslova uvádí: „Agorafobie a anorexie jsou konec konců především poruchy žen ze střední a z vyšší střední třídy, u nichž vznikly úzkosti z možnosti, a které mají sociální a materiální zdroje k tomu, aby mohly dovést jazyk femininity k symbolickému extrému.“ („Agoraphobia and anorexia are, after all, chiefly disorders of middle and upper middle-class women – women for whom the anxieties of possibility have arisen, women who have the social and material resources to carry the language of femininity to symbolic excess.“). BORDO, S. R. The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault. In JAGGAR, M. – BORDO, S. R. (eds.). *Gender/Body/Knowledge*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989., s. 17.

¹²³ GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999.

¹²⁴ MEYER, E. Da Costa. La Donna è Mobile: Agoraphobia, Women, and Urban Space. In AGREST, D. (ed.). *The Sex of Architecture*. New York: Harry N. Abrams, 1996, s. 149 („If gender is the product of social practices and institutions (disciplines), we must historicize and contextualize agoraphobia, not just pathologize it.“).

onemocnění agorafobií v kontextu západních kapitalistických společností ještě dále. Interpretuje termín agorafobie doslovně jako strach z trhu.¹²⁵ V jejím pojetí jde u nemocných agorafobií v podstatě o strach a současně o odpor ke spotřebě, v jehož základě lze nalézt obavy z bezbřehého vyprázdňeného konzumu. Odpor ke spotřebě vykládá autorka jako symbolický akt odmítání role konzumenta, která bývá tradičně přisuzována ženám ze středních tříd.¹²⁶ E. Da Costa Meyer poukazuje na paradoxní situaci žen středních tříd a předpokládá, že tyto ženy jsou ze strany „společnosti“ zahrnovány diktátem konzumu a zároveň jsou odrazovány od toho, aby se zapojily do pracovního procesu.

„Agorafobie může být chápána jako alegorie dělby práce na základě rozdílu pohlaví a zaznamenání sociální a pohlavní odlišnosti do urbánního prostoru. Mluví stejným symbolickým jazykem jako patriarchální společnost: genderová antinomie mezi vnitřním a vnějším prostorem přiděluje ekonomickou (aktivní) funkci muži a „neproduktivní“ (pasivní) funkci ženě ze střední třídy.“¹²⁷

Agorafobie se podle E. Da Costa Meyer může jevit i jako svého druhu „parodie“ na konstrukt ženství. Stereotypní vnímání role dobře zajištěné ženy obsahuje atributy jako je bezmocnost, „domáckost“, imobilita či infantilita. Postřehy E. Da Costa Meyer týkající se „atributů ženství“ rozvádí ve svých textech mimo jiné i Kathleen Bretony. V textu *Women and Agoraphobia: A Case for the Etiological Significance of the Feminine Sex-Role Stereotype* uvádí, že většina žen začne být agorafobická až po uzavření manželství.¹²⁸ Za jeden z důvodů uvedeného jevu považuje krizi, která je spojena s přechodem ze závislosti na rodičích k nezávislosti. Předkládá čtenářům domněnku, že rozvoj agorafobie u ženy po

¹²⁵ BROWN, G. The Empire of Agoraphobia. *Representations*, 1987, no. 20, s. 134-157.

¹²⁷ MEYER, E. Da Costa. La Donna è Mobile: Agoraphobia, Women, and Urban Space. In AGREST, D. (ed.). *The Sex of Architecture*. New York: Harry N. Abrams, 1996, s. 149 („Agoraphobia can thus be said to allegorize the sexual division of labor and the inscription of social as well as sexual difference in urban space. It speaks, after all, the same symbolic language as patriarchal society: the gendered antinomy between interior and exterior space reasserts the economic (active) function of the male, and the ‚non-productive‘ (passive) one of the middle-class female.“).

¹²⁸ BREHONY, K. A. Women and Agoraphobia: A Case for the Etiological Significance of the Feminine Sex-Role Stereotype. In Franks, V. – Rothblum, E., (eds.). *The stereotyping of women: its effects on mental health*. New York: Springer, 1983, s. 112-128.

uzavření sňatku by mohl být způsoben touhou vyhovět obrazu dobré manželky a případně matky. Z některých klinických výzkumů vyplývají zajímavá zjištění, týkající se dynamiky vztahů (zejména manželských) žen trpících agorafobií.

Milton a Hafner zkoumali skupinu osmnácti agorafobických pacientek, které procházely terapií in vivo. Ty z nich, které hodnotily manželství jako neuspokojivé, nedosáhly takového zlepšení, jako ženy žijící ve vztahu, hodnoceném jako uspokojivý. Devět pacientek se po výrazném terapeutickém zlepšení rozvedlo. Autoři dále dospěli k názoru, že u druhé skupiny participantek napomáhaly jejich symptomy tomu, aby se partneři nemocných žen „nemuseli zabývat“ vlastními problémy či problémy ve vztahu.¹²⁹ Chambless and Goldstein dospěli ve výzkumu, který se též týkal terapie agorafobie, že ke zlepšení či vymizení symptomů došlo ve skupině dvaceti pěti žen pouze u těch, které se rozvedly.¹³⁰ Uvedené, nezdědka citované výzkumy, pracovaly s poměrně malou skupinou participantek a jejich závěry lze pouze obtížně zobecnit, nicméně lze uvažovat nad tím, do jaké míry souvisí onemocnění agorafobií s dynamikou a podobou partnerských či manželských svazků.

Konstrukt správné ženy jako hospodyně a matky byl a stále zřejmě je obzvláště silný ve středních a vyšších vrstvách americké společnosti. V realitě české společnosti je zřejmě běžnější, že ženy a matky chodí do zaměstnání. I když se žena plně věnuje své profesi, stále se od ní očekává, že to bude především ona, kdo současně zajistí péči o domácnost a děti.¹³¹ Je ovšem nutné připomenout, že tuto představu nezdědka sdílejí i samy ženy (což je vidět jak na sebezprezentaci vlastní životní role na veřejnosti, tak i na způsobu, jakým vychovávají své syny a dcery). Pohled na roli ženy jako především matky a ne bytosti, od které se očekává, že se bude hluboce realizovat ve své práci, se v realitě české společnosti

¹²⁹ MILTON, F. – HAFNER, J. The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 1979, vol. 36, s. 807-811.

¹³⁰ CHAMBLESS, D. L. – GOLDSTEIN, A. J. Clinical Treatment of Agoraphobia. In MAVISSAKALIKAN, M. – BARLOW, D. H., (eds.). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, 1981, s. 103-44.

¹³¹ SLEPIČKOVÁ, L. – KVAPILOVÁ BARTOŠOVÁ, M. Genderové role v rodině pohledem dětských aktérů. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2013, č. 1, roč. 14, s. 64-78.

mění jen pozvolna.

V publikaci *Speciální psychoterapie* Jan Vymětal uvádí, že u žen, trpících agorafobií, se symptomy onemocnění začaly rozvíjet „v rámci určitých vztahových vzorců v manželství.“¹³² Není divu, že agorafobie je často nazývána „housewives disease“,¹³³ nemoc žen v domácnosti. Tato nemoc se dle J. Vymětala vyvinula mnohdy u žen, žijících v tzv. závislostním vztahu, ale i u těch, které byly zprvu rovnocennými partnerkami svých mužů. U emancipovaných manželek nastala „krize“ v momentě, kdy například porodily děti, staraly se o ně, ale zároveň pociťovaly touhu po návratu do zaměstnání a do světa mimo zdi domova, který pro ně byl dříve velice důležitý. Hluboce vštípený a společností stále prosazovaný obraz „dobré ženy a matky“ jim však napovídal, že žena by měla s dětmi zůstat doma, pečovat o ně i o manžela a mělo by ji naplňovat především budování domova. Tlak konstruktů mateřství byl a je stále velice silný a lze uvažovat o tom, že právě onemocnění agorafobií umožnilo ženám, řešícím vnitřní konflikt, „vyhnout se“ obtížnému rozhodování mezi naplňováním role matky a manželky a osobním směřováním, které by této roli nemuselo odpovídat. Agorafobie je v tomto kontextu považována za specifickou formu útěku; dalo by se říci únikem od svobody čili zřeknutím se širokého pole možností, které svět nabízí.

Panika a protest v agorafobii

Pokus o nový pohled na agorafobii i na další psychické poruchy, které jsou genderově typické, nabízí feministická teorie. Agorafobie je v těchto teoriích zpravidla chápána jako svébytný protest proti patriarchátu.¹³⁴ Pozoruhodné je pojetí onemocnění agorafobií Roberta Seidenberga a Karen DeCrow, autorů často

¹³² VYMĚTAL, J. et al. *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 2000, s. 265.

¹³³ BRODSKY, A. M. – HARE-MUSTIN, R. T. *Women and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 1980, s. 123.

¹³⁴ Přesto, že se postavení žen ve společnosti od 80. let minulého století značně změnilo, některé stereotypy stále přetrvávají a vykazují obrovskou setrvačnost. Stále je, ať už v Americe či v Evropě, většina společensky důležitých postů ve státním aparátu, velkých korporacích i významných politických stranách zastávána muži. INGLEHART, R. – NORRIS, P. *Rising Tide: Gender equality and Cultural Change around the World*. Cambridge University Press, 2003.

citované knihy *Women Who Marry Houses*.

Autoři připomínají, že západní společnost má své kořeny v židovsko-křesťanské tradici. R. Seidenberg a K. DeCrow upozorňují, jak byly například v židovské kultuře odrazovány ženy od participace na veřejném dění¹³⁵ a jsou dokonce toho názoru, že tato praxe je udržována dodnes:

„Vdané ženy byly maximálně omezovány na domácnost a svobodné ženy o to více.“¹³⁶

R. Seidenberg a K. DeCrow podotýkají, že v onemocnění agorafobií jde o paradox, protože ženy byly po staletí odrazovány zákonem a společenskými zvyklostmi od pohybu ve veřejné sféře, zatímco dnes jsou označovány za nenormální či dokonce nemocné, pokud tuto participaci odmítají.¹³⁷ „Vnější“ deklarace práv je jasná; předsudky a různá přesvědčení však stále přetrvávají v myslích lidí, ženy samotné nevyjímajíc, což znamená, že přežití tradice působí a mají velkou moc. R. Seidenberg a K. DeCrow k tomu říkají:

Dnes je žena toužící po veřejném životě zatížena mnoha frustracemi, sociálními a psychologickými tresty a hrubými nerovnostmi v příležitostech. Tradičně jí náležel privátní sektor, agora nebyla nikdy místem, kde by měla být nebo se tam

¹³⁵ Pravidla, která určovala ženám, kde se smí zdržovat a kde ne, nalézají autoři mimo jiné v textech knihy *Genesis*, Filóna egyptského či spisu *De Specialibus Legibus*. Všimají si i skutečnosti, že čest muže a celé jeho rodiny závisela v historii do jisté míry i na tom, jak se mu dařilo kontrolovat aktivity manželky. Ve starém Řecku byly ženy vyloučeny z veřejné sféry; na ulici se volně pohybovaly pouze kurtizány, pro dívky či vdané ženy tato svoboda pohybu neexistovala. Dá se říci, že tato omezení platila víceméně až do začátku 20. století.

¹³⁶ SEIDENBERG, R. – DeCROW, K. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983, s. 1. („Married women were limited as much as possible to the household, and unmarried women limited even further.“)

¹³⁷ Situaci agorafobických žen bych v tomto kontextu přirovnala k postavení homosexuálně orientovaných lidí. V dřívějších dobách byla homosexualita trestná a povětšinou společensky netolerovaná. Dnes existuje diagnostická kategorie „nepřijetí vlastní sexuální orientace“, která říká, že nevyrovnaní se s vlastním sexuálním zaměřením je svého druhu porucha. Ale společenské stereotypy a předsudky vůči homosexuálům, mající stále velkou sílu, mohou vést řadu lidí k tomu, že svou „jinou“ orientaci skrývají. Dnes žijeme ve společnosti, kde je i *Listinou základních práv a svobod* formálně deklarována rovnost pohlaví. Lze si ovšem klást otázku, zda v mnoha oblastech života není situace žen podobná situaci homosexuálně menšiny.

cítit pohodlně.¹³⁸

R. Seidenberg a K. DeCrow se dále zabývají omezeními, se kterými se ženy v západní kultuře potýkají. Limity a předsudky (či imperativy) jsou nezřídka v rámci procesu socializace zvnitřňovány a určují jak sebepercepci, tak vzápětí i sebepojetí, tím následně i míru a způsob aktérství.¹³⁹ R. Seidenberg a K. DeCrow jsou toho názoru, že není žádný div, pokud v kultuře, která konstantně omezovala ženy v jejich pohybu mimo domov, žije velké množství žen, které odmítají domov opouštět. K významu agorafobie říkají:

„Vidíme agorafobii jako paradigma pro historické zastrašování a utlačování žen. Sebenávist, sebelimitace, sebevzdání a sebetrestání agorafobie je karikaturou po staletí trvajících dětských instrukcí ženám.“

140

Onemocnění agorafobií u žen tematizují autoři v rámci společenského kontextu, podobně jako činí například J. Butler, která poukazuje na to, že tzv. „abnormální těla“ (abnormal bodies) jsou svým způsobem materializací norem společnosti.¹⁴¹ Jsou toho názoru, že diskriminace žen na trhu práce a jejich ekonomická závislost na mužích je pro ně ve skutečnosti „skrytou zprávou“, která obsahuje informaci, že ženy nejsou zcela „vítány“ na pracovním trhu. V této

¹³⁸ SEIDENBERG, R. – DECROW, K. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983, s. 4. („Today a woman with a desire for a public life is burdened by many frustrations, social and psychological penalties, and gross inequalities of actual opportunity. Traditionally, hers has been the private sector; the agora was never a place where she was expected to be or where she expected to feel comfortable.“)

¹³⁹ Je pravděpodobně naivní a značně zjednodušující prohlašovat, že ženy jsou omezovány zvnějšku a domnívat se, že pokud by tato omezení rázem zmizela, většina žen se bude chovat svobodně, klást si stejně vysoké cíle jako muži či působit ve veřejné sféře. Domnívám se, že to není tak jednoduché. Vnější omezení se v průběhu socializace stanou (do velké míry výchovou v rodině a ve společnosti) omezeními vnitřními. Hranice, které „jsou ženám kladeny“ jsou hranicemi, které mají především interiorizovány v sobě samých.

¹⁴⁰ SEIDENBERG, R., DECROW, C. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983. s. 6. („We see agoraphobia as a paradigm for the historical intimidation and oppression of women. The self-hate, self-limitation, self-abnegation, and self-punishment of agoraphobia is a caricature of centuries of childhood instructions to women.“)

¹⁴¹ BUTLER, J. *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of Sex*. New York and London: Routledge, 1993.

souvislosti autoři označují, řekněme, že velice originálně, ženy trpící agorafobií jako svého druhu nekompromisní feministky:

„Agorafobičky mohou být těmi nejvíce nekompromisními feministkami naší doby. Nemohou být uklidněny či podplaceny malými „službičkami“ nebo dárky omezeného přístupu. Cítíce, že nejsou ve vnějším světě vítány, vyjadřují svou hrdost tím, že nevkročí na půdu, kterou považují za nepřátelskou.“¹⁴²

Autoři R. Seidenberg a K. DeCrow se inspirovali teoriemi nemoci filosofky Susan Sontag, která kritizuje tendenci chápat a zacházet s nemocemi těla jako s metaforami, což vede k situaci, kdy činíme zoufalé pacienty odpovědnými za jejich vlastní utrpení. Proto autoři knihy *Women Who Marry Houses* říkají, že při rozvažování o příčinách agorafobie a o možnostech její léčby se děje přesně opačný proces, než který kritizuje S. Sontag¹⁴³ v přístupu k tělesným chorobám. Doslova tvrdí, že „metafory jsou léčeny jako nemoci“¹⁴⁴ a považují agorafobika za žijící a jednající metaforu. Agorafobik, tím, jak se chová, vyjadřuje určité stanovisko, manifestuje protest a ztělesňuje parodii na své společenské postavení. Zatímco při léčbě tělesně nemocných pacientů mylně předpokládáme „motivaci“ pro jejich syndrom, u agorafobiků tuto motivaci nevidíme či popíráme. Symptomy agorafobických pacientů jsou přitom odezvou na symboly skrytých idejí a konceptů. R. Seidenberg a K. DeCrow se odvolávají například na psychiatra Sylvana Arietiho, který zastává názor, že fobický pacient konkretizuje úzkostnou situaci nebo komplex idejí, představ, který musí být skryt a mnohdy bývá skryt i před vlastním já:

„Strach ze sexuálního vztahu ukryvá větší strach z důvěrného vztahu;

¹⁴² SEIDENBERG, R.. DECROW, C. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983, s. 7. („Agoraphobics may well be the most completely uncompromising feminists of our times. They will not be placated or bribed by small favors or grants of limited access. Sensing that they are not welcome in the outside world, they have come to terms with their own sense of pride by not setting foot on land that is deemed alien and hostile.“)

¹⁴³ SONTAG, S. *Nemoc jako metafora. AIDS a jeho metafory*. Praha, Mladá fronta, 1997.

¹⁴⁴ („metaphors are treated as diseases“) Tamtéž s. 209. (s metaforami je nakládáno jako s nemocemi)

strach z cestování ukrývá větší strach z „exkurzí“ do života; strach z mnoha objektů ukrývá obecný stav ohrožení.“¹⁴⁵

Uvedená pasáž upozorňuje na to, jak se u fobických pacientů za objektem strachu vždy skrývá určitý koncept, idea a přesvědčení o tom, že v současné situaci nelze strachu čelit. Může se zdát, že agorafobické ženy zdánlivě podléhají „společenskému zastrašování“, stereotypům vážícím se k pohlavním rolím a útlaku. Ve skutečnosti však svérázným způsobem protestují. Podle R. Seidenberga a K. DeCrow jde především o ženský způsob boje pomocí pasivní rezistence. Autoři jsou toho názoru, že agorafobici jsou senzitivnější než většina společnosti a logika jejich jednání je následující: požadují stejnou participaci na běhu světa nebo nebudou participovat vůbec. Nejsou schopni přizpůsobit se realitě, kterou považují za nespravedlivou. Chovají se tak, že v podstatě karikují žalostnou roli, která je jim přidělena. Agorafobické ženy svým takzvaně neurotickým jednáním ztvárňují silné osobní politické stanovisko týkající se jejich neutěšené situace ve společnosti, která je omezuje.

Na teorii agorafobie R. Seidenberga a K. DeCrow lze ocenit zejména způsob interpretace duševní poruchy nikoliv jako pouze patologického stavu, ale jako smysluplné reakce na nelehkou životní situaci. Tímto přístupem navracejí autoři pacientům jejich důstojnost. Neinterpretují jejich symptomy jako neurotické potíže, ale jako specifické komunikační prostředky, které jsou lidé trpící agorafobií ve svém utrpení schopni použít. Teorie agorafobie R. Seidenberga a K. DeCrow je též velkou výzvou klinickým pracovníkům, neboť obsahuje poselství, že je třeba nemocným především naslouchat a snažit se porozumět jejich jazyku.

Agorafobie a diskurs týkající se postavení žen ve společnosti

Suzie Siegl, autorka stati *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on*

¹⁴⁵ ARIETI, S. A. Re-examination of the phobic symptom and of symbolism in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1961, vol. 118, s. 106-10. („Fear of sexual relations hides a bigger fear in sustaining love relationships; fear of travel hides a bigger fear of making excursions into life; fear of many little things generally hides a general state of insecurity.“)

*Womens Place*¹⁴⁶, tematizuje skutečnosti, že do začátku 20. století byli téměř všichni popisovaní pacienti trpící agorafobií mužského pohlaví. Ve svých teoretických textech se C. O. Westphal tímto faktem nezabýval, úvahy tohoto typu naprosto neodpovídaly době, ve které vznikaly první teorie agorafobie. S. Freud sice poskytuje explanaci příčin onemocnění agorafobií u osob ženského pohlaví, neklade si však otázku, zda by ženskou touhu po „sexuální svobodě“ bylo možno vysvětlit z hlediska společenských podmínek, ve které ženy v tehdejší době a v určitých společenských vrstvách žily. Tento náhled na příčiny onemocnění je nad rámec tehdejšího způsobu uvažování. S. Siegl ve stati *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* vysvětluje fakt, že C. O. Westphalovi pacienti trpící agorafobií byli muži tím, že jeho soukromí pacienti pocházeli ze střední třídy a byli poměrně movití. Pokud by v 19. století žena ze střední třídy cítila strach pohybovat se ve světě za zdmi svého domova, tento její pocit by byl nejspíše chápán jako zcela normální a přirozený. R. Seidenberg a K. DeCrow uvádějí, že:

„Normální ženy po staletí akceptovaly útisk a uvěznění v jejich domovech a ze svého uvěznění vytvořily ctnost.“¹⁴⁷

Pro ženy ze středních a vyšších vrstev bylo v 19. století nepřijatelné, aby se například večer pohybovaly zcela samostatně na určitých místech či chodily samy do společnosti. Situace žen prošla v západní společnosti v průběhu posledních sta let radikální proměnou. Od žen se teoreticky očekává, že budou participovat na veřejném životě stejně jako muži. Je přirozené, že jako „porucha“ je diagnostikován strach z této participace a pohybu ve světě. Dalším argumentem, který může podepřít zásadní důležitost společenských podmínek pro rozvoj onemocnění určitého typu je poukaz na skutečnost, že v muslimských státech, například v Saudské Arábii, nebývá agorafobie u žen diagnostikována

¹⁴⁶ SIEGL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* [online]. Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23].

<<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

¹⁴⁷ SEIDENBERG, R. – DeCROW, K. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983, s. 146. („Normal women have for centuries accepted oppression and imprisonment within their houses, making a virtue of their confinement.“)

vůbec. Svět žen se v této kultuře odehrává mezi zdmi domova a jako odchylka od této normy je chápáno opouštění této soukromé sféry bez doprovodu.¹⁴⁸

S. Siegel v práci *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* uvádí velice pozoruhodným způsobem změny, kterými prošla diagnostika agorafobie od roku 1871. Klade si zejména otázku, proč je dnes agorafobie chápána jako primárně ženské onemocnění. Uvádí, že zhruba od 70. let minulého století byla agorafobie spojována zejména s demografickou skupinou „bílých“ žen v domácnosti ze středních vrstev.

Lze uvést, že S. Siegl zastává genderové hledisko na problematiku agorafobie. Co se příčin této poruchy týče, hledá je spíše ve způsobu, jakým jsou ženy vychovávány a jak je s nimi ve světě zacházeno. Právě způsoby výchovy žen mohou pravděpodobně vysvětlit, proč v současné době trpí mnohem více než muži strachem z veřejné sféry. Autorka zastává sociálně konstrukcionistické hledisko a tvrdí, že „společnost vytvořila agorafobii.“ S. Siegl se výrazně soustředila na způsob, jak společenský diskurs ovlivnil aktérství žen a toto aktérství spojila s onemocněním agorafobií. K tématu diskursu uvádí:

„Když podotknu, že společnost vytvořila agorafobii, hovořím stejně tak o diskursu jako o „aktérství“. Z této věty někteří vyloučí „aktérství“ na základě argumentu, který říká, že lidé chápou aktérství pouze skrze jazyk, a tudíž stačí říci, že diskurs vytvořil agorafobii. Logiku tohoto argumentu chápu, hovořím však o aktérství (fyzických aktivitách), protože chci čtenáře upozornit na skutečnost, že nejenom dominantní diskurs sděloval ženám, že jejich místo je doma. Muži také perzekvovali ženy za to, že zůstávaly dlouho venku, znásilňovali ženy zastižené o samotě, odmítali zaměstnávat ženy nebo jim platili méně než mužům, sexuálně je obtěžovali na pracovištích, pohrdali „ženami z ulice“, vysmívali se těm, které neznaly své místo, vyloučili ženy z politiky atd.“¹⁴⁹

¹⁴⁸ WHALLEY, L. *The ageing brain*. Hachette UK, 2012, s. 89.

¹⁴⁹ SIEGL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* [online]. Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23], s. 45. <<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

S. Siegl v citované pasáži naznačuje, že strach žen z pohybu na veřejnosti nemusí být určován pouze společenským diskursem jako takovým, ale příčiny ženského strachu lze hledat i v nebezpečích, se kterými se ženy v životě potýkají. A tímto nebezpečím je především chování mužů. K tomu lze poznamenat, že způsoby mužského chování k ženám, o kterých se S. Siegl zmiňuje, jsou pravděpodobně též určeny diskursem vztahujícím se k rolím muže a ženy ve společnosti.

S. Siegl také poznamenává, že agorafobické ženy zřídka explicitně udávají jako důvod toho, že zůstávají doma, strach například z možnosti znásilnění či z přepadení na ulici. Vzápětí k této nepravděpodobné možnosti podotýká, že se ve veřejných prostorách se něco takového přesto může stát, a to spoluvytváří atmosféru úzkosti, na kterou reagují především ženy, vyznačující se vyšší tendencí k panickému jednání. S. Siegl se výrazně inspirovala teoriemi filosofky Donny Haraway, zejména její statí *The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse*.¹⁵⁰ O této inspiraci říká:

„Můj argument je paralelní s ideou filosofky Donny Haraway, která se týká materiálně-semiotického aktéra, žijícího v napětí mezi semiotickým a materiálním. Haraway chápe sílu diskursu, ale nechce vzdát diskusi o materiálních praktikách a aktérství. Z důvodů „materiálních následků“ se většina žen učí potlačovat své aktivity, pokud jsou samy a/nebo ve veřejné sféře. Agorafobické ženy představují extrémní pól kontinua – naučily se danou lekci příliš dobře. Jejich akce byly tvarovány akcemi a materiálními praktikami mužů a dominantně mužským diskursem.“¹⁵¹

(„When I say society has created agoraphobia, I refer to discourse as well as actions. In this sentence, some would lop off “actions,” arguing that people understand actions only through language, and thus, it is sufficient to say that discourse creates agoraphobia. I see the logic of that argument, but I talk about actions (material practices) because I want to remind readers that it is not just that the dominant discourse has told women their place is in the home. Men also have beaten women for staying out too late, they have raped women caught alone, they have refused to hire women or paid them less than men, they have harassed women in the workplace, they have looked down upon the women of the streets, they have ridiculed women who did not know their place, they have shut them out of politics, and so on.“)

¹⁵⁰ HARAWAY, D. *The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse*. In PRICE, J. – SHILDRICK, M., (eds.). *Feminist Theory and the Body*. New York: Routledge, 1999, s. 203-214.

¹⁵¹ SIEGL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* [online].

Uvedený text se týká internalizace sdělení, která ženám vsugerovávají přesvědčení, že jejich místo je především doma s rodinou, ulice jsou nebezpečné a ženy jsou jednak slabé, emocionální a iracionální bytosti, které také snadno ztratí kontrolu samy nad sebou a nebudou schopny těmto nebezpečím čelit. S. Siegl podotýká, že ženy těmto sdělením nejenom naslouchají, ale tvoří si z nich vlastní kodex pravidel jednání, podle kterého se řídí. K internalizaci sdělení říká:

„společenský diskurs vytvořil strachy, které ženy nyní považují za své vlastní. Sděloval jim, jakým způsobem o sobě mají přemýšlet a stal se tak součástí jejich identity.“¹⁵²

S. Siegl podotýká, že například politici zpravidla nemluví o nutnosti kontrolovat ženy; mnoho žen se však zoufale snaží kontrolovat samy sebe. Teorie agorafobie, založená na sociálně konstrukcionistickém přístupu autorky S. Siegl, poukazuje na obrovskou moc, kterou stále „má“ společenský diskurs. Zabývá se tím, jak ženy internalizují v tomto diskursu obsažená posláná, výzvy a hrozby, což může vést až k případnému onemocnění agorafobií. Stejně jako R. Seidenberg a Karen DeCrow se domnívá, že pro účinnou prevenci a léčbu nemocí, jakými je například agorafobie či panická porucha, je nutné nahlížet širší souvislosti života žen v dnešní společnosti. Nestačí věnovat pozornost jen individuálním symptomům nemoci, ale současně je třeba postupně nastolit změnu společenského diskursu. Je třeba se ptát, komu stávající dominantní diskurs vymezující postavení žen ve společnosti ve skutečnosti vlastně vyhovuje. A S. Siegl kriticky podotýká, že může vyhovovat nejenom mužům, kteří například rádi plní roli ochránce slabšího

Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23], s. 53. <<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

(„My argument parallels philosopher Donna Haraway’s idea of a material-semiotic actor who lives in the tension between the semiotic and the material. Haraway understands the power of discourse, but does not want to give up talk of material practices or agency. Because of material consequences, most women learn to restrict their activities when they are alone and/or in the public sphere. Agoraphobic women represent the extreme end of the continuum – they have learned the lesson too well. Their actions have been shaped by the actions and material practices of men and male-centered discourse.“)

¹⁵² SIEGL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* [online]. Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23], s. 53. <<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

(„Societal discourse has created fears they now claim as their own. It has told them how to think about themselves. It has become part of their identity.“)

pohlaví, ale i ženám samotným. Diskurs týkající se onemocnění agorafobie byl tvořen lidmi, kteří tuto poruchu povětšinou sami nezažili. S. Siegl v této souvislosti vyzývá agorafobičky, aby silněji reprezentovaly samy sebe pomocí literární tvorby, zabývaly se sociálními otázkami a politikou a zároveň aby se tázaly, proč jsou patologizovány ony a nikoliv společnost. Jinými slovy, jako radikální feministická autorka, vyzývá ženy k větší aktivitě a sebeprosazení.

Možné příčiny onemocnění agorafobií pramenící z výchovy žen

Z teorií agorafobie je vysoce inspirující pojetí, které se pokouší nahlížet na souvislosti onemocnění a společenského diskursu týkajícího se postavení žen ve společnosti. Za výstižný lze považovat postřeh K. Hoagwood, která v souvislosti s agorafobií zdůraznila širší souvislosti sociálního světa a říká, že:

“ Porucha nám říká důležité věci o sociálním světě, jehož je součástí, stejně tak jako to, co víme o sociálním světě, nás informuje o povaze poruchy.”¹⁵³

Zdá se, že také agorafobie by „nám mohla sdělovat“ důležité věci o sociálním světě, ve kterém žijí její oběti. Následující poznatky jsou svého druhu konstruktem, vytvořeným na základě četby odborné literatury.¹⁵⁴ J. Vymětal ve své práci *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)* uvádí, že agorafobie „je strach ze samostatného pohybu nebo pobytu v místech, z nichž se nedá snadno odejít“.¹⁵⁵ Za klíčový lze považovat výraz „samostatně“. Proč se ženy výrazně častěji než muži obávají svobodného a samostatného pohybu ve veřejném prostoru? Lze vyslovit domněnku, že kořeny tohoto strachu lze hledat v tradičních aspektech

¹⁵³ HOAGWOOD, K. Poststructuralist historicism and the psychological construction of anxiety disorders. *Journal of Psychology*, 1993, vol. 127, no. 1, s. 105-122. („A disorder tells us important things about the social world of which it is a part, just as what we know of that social world informs us of the nature of the disorder.“)

¹⁵⁴ SIEGL, S. *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place* [online]. Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23]. <<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

; SEIDENBERG, R. – DeCROW, K. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983.; BRODSKY, A. M. – HARE-MUSTIN, R. T. *Women and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 1980.; GILLIGAN, C. Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů. Praha: Portál, 2001.

¹⁵⁵ VYMĚTAL, J. et al. *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 2000, s. 264.

výchovy, ale i nezáměrných socializačních tlaků, pokud výchovu budeme definovat jako vědomé a záměrné působení na jedince. Je též nutné si uvědomit, že jak socializace, tak výchova žádného člověka neprobíhají „ve vakuu“, ale jsou do velké míry ovlivňovány tradicí, zvyklostmi a obyčejí a současně i stávajícím diskursem, který jako součást předávaných příběhů, idejí a hodnot obsahuje ponaučení týkající se rolí žen a mužů ve společnosti. Je možné vyslovit domněnku, že i v dnešní době jsou ženy (oproti mužům) často vychovávány jednak k menší samostatnosti v myšlení i v jednání a jednak k tomu, že je nutno myslet a jednat především s ohledem na sociální vztahy. Argument objevující se u řady feministek, že dívky jsou v průběhu socializace podrobovány daleko větší kontrole ze strany rodičů i okolí než chlapci, má v tomto případě svou váhu a přispívá k „naučené nesamostatnosti“ (jak si to dovolím pojmenovat) u dívek více, než si vůbec rodiče zpravidla uvědomují.¹⁵⁶ Zdá se, že ani současný styl výchovy uplatňovaný právě u dívek není výchovou ke svobodě,¹⁵⁷ ale spíše k loajalitě k okolí a k adaptaci na mechanismy sociální kontroly. C. Gilligan k výchově dívek říká:

„Vzhledem k tomu, že rané sociální prostředí je odlišné pro chlapce a pro dívky, a také je jimi rozdílně vnímáno, při vývoji osobnosti se znovu vynořují základní pohlavní rozdíly. V důsledku toho se v jakékoliv společnosti femininní osobnost mnohem více než maskulinní definuje ve vztahu k jiným lidem a ve spojitosti s nimi.“¹⁵⁸

Lze si položit otázku, zda ženy nejsou vychovávány ke specifickému způsobu aktérství; neboť se zpravidla neučí nacházet nové cesty (tzv. „vyčnívat z davu“) a v případě neshod či potíží jim nebývá vlastní „snaha o aktivní změnu omezujících podmínek“, alwe naopak pro ně bývá přijatelnější přizpůsobit se stávajícímu řádu.

¹⁵⁶ CHODOROW, N. *Feminism and Psychoanalytic Theory*. Yale University Press, 1991.; BAKER MILLER, J. *Toward a new psychology of women*. Harvard University Press, 1987.

¹⁵⁷ Svoboda je v psychologických kontextech většinou dost problematický pojem, neboť pro každou lidskou bytost je něčím trochu odlišným; v tomto textu chápu svobodu jako vědomí otevřeného pole možností a schopnost samostatně se rozhodovat a jednat s ohledem na vlastní přání.

¹⁵⁸ GILLIGAN, C. *Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů*. Praha: Portál, 2001, s. 36.

Je také otázka, zda nevyrostají v přesvědčení, že je pro život bezpodmínečně nutné nalézt člověka, o kterého se lze v budoucnu opřít jako o svého ochránce. Dodnes jsou mnohé ženy vychovávány i k tendenci udržovat patriarchální typ vztahů, alespoň do jisté míry. Příčiny těchto jevů bychom mohli opět hledat v procesu nejen v oblasti výchovy, tradičně pojaté socializace včetně společenského normování, ale i v literatuře a v působení masmédií, včetně reklamy.

N. Chodorow je toho názoru, že k utváření tzv. „ženské identity“ dochází především v kontextu vztahu k matce a tento vztah bychom mohli povětšinou nazvat jako „nepřerušný“, neboť matky své dcery často vnímají jako sobě podobné bytosti, kdežto u chlapce se předpokládá, že je jeho identita jiná – vážící se na mužský svět.¹⁵⁹ C. Gilligan k tomu podotýká:

„A když se dívky identifikují jako ženy, vnímají se jako podobné svým matkám, a spojují tak prožitek přimknutí s procesem formování identity. Naproti tomu matky vnímají své syny jako mužské protějšky, a když se chlapci mají vymezit jako muži, oddělí své matky od sebe, čímž odříznou svou primární lásku a pocit empatického pouta.“¹⁶⁰

Procesy separace a individuace probíhají u dívek a u chlapců odlišně. Dá se říci, že chlapci procházejí důraznější individuací a později mívají větší tendence k defenzivnějšímu upevňování nabytých hranic ega a C. Gilligan je toho názoru, že na základě svého vývoje prožívají ženy a muži své vztahy odlišným způsobem, zejména co se týče tzv. závislosti. Separace a důrazná individuace je spojena s nabýváním tzv. genderové identity a pro vývoj maskulinní identity je separace od matky nezbytná. Pro „nabytí“ femininní identity zpravidla není nutné separovat se od matky.

Uvedené skutečnosti podle C. Gilligan vysvětlují, proč mívají muži problémy s intimitou ve vztazích a ženy oproti tomu spíše s individuací. Individuace úzce souvisí s osobní identitou. O identitě ženy poznamenal již E. H. Erikson, že je

¹⁵⁹ CHODOROW, N. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: University of California Press, 1978.

¹⁶⁰ GILLIGAN, C. *Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů*. Praha: Portál, 2001, s. 36 - 37.

zpravidla nerozvinutá, neboť dívky se připravují na akceptaci pozornosti mužů, jejichž jméno budou nosit. Zároveň tím, co bude určovat jejich společenské postavení, je status muže.¹⁶¹

Pro pochopení důvodů onemocnění určitého člověka je nutné hledět na vztahový kontext (na systém), ve kterém má onemocnění vždy nějakou funkci a smysl. Na základě uvedených pojetí specifík ženského vývoje bychom mohli nahlížet na agorafobii jako na nemoc, která je jednak metaforou omezeného samostatného aktérství a jednak způsobem, jak k sobě připoutat druhé a stát se závislou bytostí, kterou není možné nechat o samotě – a opustit ji. Lze se domnívat, že uvedené zvláštnosti vývoje dívek a žen a možné stereotypy uplatňované v jejich výchově by mohly hrát roli v tendenci onemocnět častěji než muži některým typem úzkostného onemocnění. Ženy jsou dnes zjevně svobodnější než kdy dříve, i když ve svém životě stále patrně narážejí na mnoho omezení a předsudků.¹⁶²

Vyrovnaní se se svobodou může být velice problematické, pokud ve vývoji není dosaženo „pevné identity“, ze které lze vycházet. Nejistota v sebepojetí může vést k tomu, že jednou z odpovědí na možnost svobodného pohybu ve světě může být znejistění a následně panická úzkost. Agorafobie by mohla být v této souvislosti chápána jako metafora vnitřního stavu jedince, jako prohlubující se obava či strach ze svobody. Sigmund Freud kdysi napsal, že i přes třicetiletý výzkum ženské duše dodnes není schopen nalézt odpověď na otázku, co vlastně žena chce. Otázka týkající se přání a osobních záměrů se bytostně dotýká právě svobody a zdá se, že pro ženy nemocné agorafobií je problematické je samostatně a autenticky naplnit. Uvedený náhled na „význam“ a příčiny onemocnění agorafobií se zdá být adekvátní, neboť jde o „dobrý příběh“ sui generis.

Z pozice kritické podezřívavosti lze položit otázku, zda mají ženy nemocné

¹⁶¹ ERIKSON, E.H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002

¹⁶² Předsudky a nejrůznější očekávání vázící se k určité pohlavní roli se však týkají i mužů – můžeme si například položit otázku, nakolik respektovaným se v tržní soutěživé společnosti může stát muž, který je citlivý a zaměřen spíše na vztahy než na dosahování cílů. Srovnej k tomu: GJURIČOVÁ, Š.- KUBIČKA, J. *Gender a rodinná terapie*. In *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003, s. 47-62.

agorafobií vskutku „strach ze svobody“. Mohlo by se totiž zdát, že mohou onemocnět například v takovém okamžiku života, kdy se tzv. ocitnou „ve slepé uličce“ nejrůznějších nároků, přesvědčení a povinností. Z tohoto odlišného náhledu by agorafobie byla spíše „výrazem“ prožívané nesvobody, než strachem z ní. Je totiž velice náročné, a to nejenom pro lidské bytosti trpící úzkostným onemocněním, si v každém okamžiku života uvědomovat svou svobodu, označovanou jako svoboda volby.

Často se stává, že člověk v životě „uvízne“ mezi několika eventualitami dalších cest a naprosto si neuvědomuje možná alternativní řešení nově vznikajících životních situací. Obrazně by se toto „uvíznutí“ dalo popsat jako zúžení horizontu. Nelze také ignorovat skutečnost, že „nejistota“ je jednou z hlavních charakteristik dnešního světa, ve kterém sice můžeme nacházet teoreticky neomezené pole možností, ale o to méně „návodů“ k tomu, jak se k nim vztahovat.

Je možné se ptát, zda ženy nemají větší tendenci hledat ve světě jistoty, o které se lze opřít a pokud je nějakým způsobem problematické tyto jistoty objevit, propadají úzkosti. Na ženy je v dnešní společnosti kladeno obrovské množství „požadavků“ a očekávání (které ženy internalizují) a je pravděpodobně velice problematické tato očekávání naplnit. Snaha o naplnění očekávané role může konec konců každého jedince vést k úzkostnému prožívání. Například K. Brehony poukazuje na možné příčiny onemocnění agorafobií, pramenící z výchovy žen, kterémohly vysvětlovat, proč je osmdesát pět procent lidí trpících agorafobií ženského pohlaví. Tyto příčiny spatřuje v sociálním podmiňování, zejména ve vlivu výchovy naplňující stereotypy týkající se ženské role.¹⁶³

Požadavky jsou ovšem kladeny i na muže. Lze tedy položit dotaz, proč je u nich výskyt úzkostných poruch obecně méně častý než u žen. Je možné, že muži reagují na případné obtíže odlišně než ženy. Je však zároveň pravděpodobné, že

¹⁶³ BREHONY, K. A., SCOTT, E. G. Agoraphobia: Appraisal of research and a proposal for an integrative model. *Progress in behavior modification*, 1981, vol. 12, s. 1-66.; BREHONY, K. A. Women and agoraphobia: A case for the etiological significance of the feminine sex-role stereotype. In FRANKS, V. – ROTHBLUM, E. (Eds.), *The stereotyping of women: Its effects on mental health*. New York: Springer, 1983, s. 112-128.

zde hraje zároveň významnou roli diskurs týkající se mužské genderové role. S. Bem poukazuje na skutečnost, že ženy jsou zpravidla vychovávány k submisivitě či pasivitě, jsou u nich zároveň tolerovány projevy strachu. Muži naopak bývají vychováni spíše k agresivitě a nezávislosti.¹⁶⁴ Pro muže je pravděpodobně daleko méně přijatelné „propadnout úzkosti“; mohou tyto pocity potlačovat a dávat je najevo jiným způsobem (například pomocí psychosomatických poruch).

¹⁶⁴ BEM, S. L. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, vol. 45, no. 2, s. 196.

Úzkost: perspektiva psychoterapie a filosofie aneb od „matematického rozumu“ (Cassirer), „odkouzlení světa“ (Weber, Tillich) ke svobodě volby

Matematický rozum a odkouzlení světa

„Nejsem podprahově ovlivněn jistou historickou zkušeností pojmenovat vše nesmírné, drtící, neuchopitelné, všudypřítomné, fluidní, jako úzkost? V dějinách jest abúzus úzkosti téměř pravidlem. Kdykoli nějaký myslitel potřeboval pojmově uchopit něco podivně nedefinovatelného – a zároveň to chtěl elegantním způsobem založit ad acta – nazval to úzkostí“.

T. Hájek

„To je děs, jenž se rodí sám ze sebe, to je ohromující zděšení z nezachytitelného. Nic, jenž nemá žádný tvar a jenž rozežírání hranice našeho myšlení...“

G. Meyrink.

Následující kapitola je stručným exkurzem do dějin filosofického myšlení západního světa. Jejím cílem je pokus o kontextualizaci stavu člověka dvacátého století, které bývá nazýváno „stoletím úzkosti“.¹⁶⁵ Pokusím se nastínit cestu od dominantního diskursu racionalistické filosofie k filosofii existence, aby jejím prostřednictvím bylo možné poukázat na jevy, které neosvětlují pouze situaci člověka v moderní západní kultuře, ale mohou poskytnout i klíč k porozumění onemocnění agorafobií (a tzv. úzkostným poruchám vůbec). Mezi úhelná témata filosofie existence, kterým se zejména budu věnovat, patří úzkost, svoboda, vina, odpovědnost. Na filosofii existence se soustředím primárně z toho důvodu, že jde o směr filosofického myšlení, který vzhledem ke kontextu doby tematizuje i

¹⁶⁵ *Age of Anxiety* je báseň W. H. Audena, tematizující hledání identity v měnícím se industrializovaném světě. AUDEN, W. H. *The Age of Anxiety: A Baroque Eclogue*. New York: Random House, 1947.

svobodu a možnosti autentické existence člověka ve světě. *Úzkost*, která může otevírat cestu k autentické existenci či ke svobodě, je vedle tématu zakotvenosti jevem, který je dle mého názoru pro porozumění onemocnění agorafobií naprosto zásadní.

Dá se říci, že psychologie jako věda nedospěla k pojetí úzkosti, která by říkala něco skutečně podstatného – *co úzkost jest a jak úzkost jest*. Ukazuje se, že snaha o porozumění úzkosti přivádí myslitele k základnější otázce po povaze lidského bytí-ve-světě. K hlubší a podstatnější reflexi úzkosti je dle mého názoru nutné obrátit se nejen do psychologie, ale i do filosofie.¹⁶⁶ Při pokusu o nahlédnutí smyslu a povahy úzkosti v okcidentální civilizaci je možné se inspirovat například konceptem „karteziánské úzkosti“ (cartesian anxiety), kterou popsal R. J. Bernstein.¹⁶⁷ Podstata „karteziánské úzkosti“ spočívá ve víře (jež se opírá o karteziánský dualismus duše a těla) západní společnosti v možnost nahlédnout skrze vědecké metody ontologickou jistotu vedoucí k platnému poznání okolního světa a nás samých. Badatel je zároveň svírán pochybnostmi, zda je takové jisté poznání možné. Karteziánská úzkost je promítána do hledání pevného opěrného bodu jako úniku z morálního a intelektuálního chaosu.

L. S. Feuer poukazuje na úzkost moderních filosofických teorií (tj. Descartesem počínaje) a nazývá ji solipsistickou. Poukazuje na izolovanost solipsistické mysli. Podobně na novověký obrat v západní filosofii nahlížel L. Kołakowski, který popsal pochybování o empirické zkušenosti (jako nespolehlivé) a hranici mezi světem věcí a světem ducha, který je nepoznatelný, označil za metafyzický horor.¹⁶⁸

Pojetí člověka jako racionální bytosti schopné dosáhnout autonomie bylo během 17. století, rozpracováno například v díle R. Descarta, B. Spinozy či G. W. Leibnitze.¹⁶⁹ Descartes učinil z individuálního rozumu opěrný pilíř vlastního

¹⁶⁶ či umění, což ale není předmětem této práce.

¹⁶⁷ BERNSTEIN, R. J., *Beyond Objectivism and Relativism: Science, Hermeneutics, and Praxis*. Philadelphia (Pennsylvania): University of Pennsylvania Press, 1983.

¹⁶⁸ KOŁAKOWSKI, L. *Metafyzický horor*. Praha: Mladá fronta, 1999.

¹⁶⁹ MAY, R. *The Meaning of Anxiety*. Norton, 1996, s. 425.

filosofického pojetí myslícího subjektu a zároveň ostře rozlišil mezi tělesem (res extensa) na jedné straně a myšlením (res cogitans) na druhé. Klíčovou konsekvencí tohoto pojetí dualismu těla a duše byla víra v možnost popsat a kontrolovat tělo skrze vědecký náhled. R. May poznamenává, že tato víra vedla ve svých důsledcích k tendenci západní společnosti soustředit pozornost na ty jevy, které jsou uchopitelné vědeckými metodami a vytěšňovat ty, které lze popsat jako iracionální, protože se vzpírají vědeckému a mechanickému uchopení.¹⁷⁰ Konsekvence popsaného přístupu ke světu umožnily masivní rozvoj a expanzi západní civilizace a do jisté míry osvobodily člověka od iracionálních strachů. M. Weber a v návaznosti na něj P. Tillich nazývají tento jev technické racionalizace „odkouzlením světa“.¹⁷¹

B. Spinoza považoval strach¹⁷² za čistě subjektivní problém, překonatelný správným užitím rozumu (stejně tak i jiné emoce jsou kontrolovatelné skrze racionalitu). Strach je slabostí mysli a nepřínáleží k užívání rozumu. Jako lidské bytosti jsme spoutáváni strachem z neznámého, ale prostřednictvím poznání se strachu zbavíme a současně získáme svobodu, neboť svobodným je ten člověk, který není ovládán strachem. Existuje ovšem vazba mezi strachem a nadějí. Spinoza k tomu podotknul, že „není naděje bez obavy ani obavy bez naděje“.¹⁷³ Chce-li se člověk zbavit strachu, je potřebné překonat svou závislost na naději.

Horror vacui

„Le silence éternel de ces espaces infinis m’effraie.“

Blaise Pascal, Pensées

Oproti filosofům racionalismu, Descartesovi či Spinozovi, nesdílel matematik a filosof Blaise Pascal obecně přijímanou víru v individuální rozum, který by byl zárukou jistoty existence, bez úzkosti. Intenzivní úzkost zřejmě po většinu svého života přímo zakoušel. Pascal byl toho názoru, že rozum nedokáže obsáhnout sílu

¹⁷⁰ MAY, R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton, 1996.

¹⁷¹ WEBER, M. *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I*. Tübingen: J. C. B. Mohr, 1988.

¹⁷² Spinoza nehovoří o úzkosti, ale o strachu

¹⁷³ SPINOZA, B. *Etika*. Praha, Svoboda, 1977. Etika, část III., prop. XIII.

lidských emocí, podstata člověka pro něj byla neuchopitelná pouze prostřednictvím matematického rozumu, neboť je ze své podstaty příliš složitá a plná rozporů. V rámci svých úvah tematizoval úzkost a její příčiny spatřoval ve specifické lidské situaci:

„Když jsem zvažoval krátkou chvíli mého života, pohlcen ve věčnosti před a za ní, ten malý prostor, který jsem vyplnil, nebo dokonce se viděl pohlcen v nekonečném nezměrnosti prostorů, které neznám a ony neznají mě, Strachuji se a divím se, když vidím sebe spíše zde než tam, nyní spíše než potom.“¹⁷⁴

U tématu filosofie a příběhu B. Pascala si dovolím pozastavit se podrobněji, neb můžeme uvažovat o tom, zda kořeny Pascalova uvažování o strachu nesouvisejí i s jeho „životním nastavením“ a s tou skutečností, že se dlouhou dobu potýkal s nemocí, tehdy označovanou jako „la peur des espaces“ (nemoc byla později dokonce označována jako „pascalova“; ale dá se říci, že jde o popis syndromu, který C. O. Westphal popsal jako agorafobii). Zmínku o Pascalově obsesi, „hrůzy z prázdnoty“, nalezneme i v díle S. Freuda, který se pokoušel nahlédnout příčiny onemocnění agorafobií a právě na případu B. Pascala oponoval J. M. Charcotovi v jeho přesvědčení o dědičném původu nemoci.¹⁷⁵ Není zřejmě náhoda, že Pascal, který se svými současníky nesdílel víru v individuální rozum a jeho „všemocnost“, trpěl hlubokou úzkostí.

Freud použil v rámci debaty týkající se příčin onemocnění agorafobií právě Pascalův případ, neboť v něm spatřoval důkaz, že se fobie či obsese může rozvinout například vlivem zážitku traumatické události (tyto „traumatické fobie“

¹⁷⁴ BURFURT, G. (Ed.). Pascal's Pensées. New York: Peter Pauper Press, 1946, s. 36. („When I consider the brief span of my life, swallowed up in the eternity before and behind it, the small space that I fill, or even see, engulfed in the infinite immensity of spaces which I know not, and which know not me, I am afraid and wonder to see myself here rather than there; for there is no reason why I should be here rather than there, now rather than then.“)

¹⁷⁵ Polemika S. Freuda s J.M. Charcotem byla publikována v německém komentovaném vydání Charcotových Tuesday Lectures, které Freud přeložil. S. Freud nespatořoval, na rozdíl od francouzského kolegy, příčiny onemocnění agorafobií, hysterií či vertigem v dědičnosti, ale v „abnormalitách sexuálního života. FREUD, Sigmund. Preface and footnotes to the translation of Charcot's Tuesday Lectures. In The Standard Edition of the Complete Psychological Works. Vintage, 1999.

či obsese pak vykazují jisté shodné symptomy s hysterií). S. Freud rozlišoval tzv. „intenzivní obsese“ („intense obsessions“), které považoval v podstatě za vzpomínky či za „nezměněné obrazy důležitých událostí“ a „pravé obsese“, jež jsou kombinací silné představy, ideje, spojené s určitým emočním stavem; tyto odlišuje od fobií, u kterých je hlavním emočním doprovodem úzkost. B. Pascala považoval za případ intenzivní obsese, nikoliv pravé obsese či fobie; z Freudových poznámek k tomuto případu však není zcela jasné, proč tak učinil. Zde můžeme vidět, jak historický případ posloužil jako podklad k vytvoření určitého konstruktů onemocnění, k vyprávění příběhu o nemoci.

Hrůzu u prázdnoty začal B. Pascal pociťovat vlivem traumatického zážitku z nehody,¹⁷⁶ která se přihodila při přejezdu mostu vedoucího přes Sein. G. Saintsbury vychází z tohoto traumatického zážitku, jenž se odehrál v roce 1654, při úvahách týkajících se „tajemství“ Pascalovy „velké konverze“, ke které došlo později stejného roku.; Pascal tehdy následoval svou sestru Jacqueline do ústraní v klášteře Port-Royal.

B. Pascal byl pravděpodobně s jedním ze svých přátel na cestě na jakousi hostinu, když se na mostě Neuilly splašil přední vedoucí pár koní, kteří táhli jeho drožku a velmi rychle se rozeběhli k řece, k místu, kde nebylo zábradlí. Již se schylovalo k tomu, že se celá drožka zřítí do vody, naštěstí však došlo k tomu, že se přetrhly postroje a povoz zůstal na břehu. Traduje se, že po této události Pascal vídával imaginární propast u svého lůžka či v nohách křesla, na kterém seděl. Rozhodl se omezit vycházení a žil v naprosté samotě. Pozoruhodný je fakt, že Pascal sám se v letech před nehodou velice zajímal o dopravní systém Paříže a navrhoval jeho četné úpravy, které měly zabránit nehodovosti. Pak, o pár let později, se sám stal téměř obětí jedné takové nehody. Pro Blaise Pascala se stala prázdnota hrozbou, která trýznila jeho duši, ale i celoživotním zájmem. Není zřejmě náhoda, že se

¹⁷⁶ Jedná se o často citovanou událost, zde se popis opírá zejména o text George Saintsburyho pro jedenácté vydání publikace *The Encyclopedia Britannica*. SAINTSBURY, G. (Ed.). Pascal, Blaise. In *The Encyclopedia Britannica*. New York: Encyclopedia Britannica Company, 1911, s. 879.

tento filosof a matematik zabýval teorií vakua.

Kromě možných souvislostí mezi předměty Pascalova bádání a jeho onemocněním byla též často tematizována možná souvislost mezi Pascalovým odchodem do ústraní a náboženským obratem. Například Charles Binet Sanglé¹⁷⁷ byl přesvědčen, že B. Pascal trpěl neurastenii a uváděl ji do souvislosti s jeho filosofií náboženství. Domnívám se, že v rámci těchto pojetí dostáváme více informací o způsobu myšlení jejich autorů, než o duši Blaise Pascala a o jejích démonech. Nějakým způsobem jsou však uvedené analogie zajímavé, zejména tehdy, pokud nahlížíme na teorie ve spojení s osobou jejich autorů. Teorie vždy vytvářejí lidé, nositelé jedinečného příběhu. Domnívám se, že životní příběh do velké míry určuje zájem o vybrané jevy světa a také způsob jejich uchopení. Jde pouze o domněnku, ale je možné, že Pascalův strach z „věčného ticha nekonečných prostorů“ vedl nakonec, po uvedené nehodě, k jeho definitivní konverzi. Strach z ticha nekonečných prostorů může být strachem ze smrti – z prázdnoty. Prázdnotu a ticho hledající duše může naplnit vztah k Bohu – k posvátnému.

Je možné, že Pascal, celý život mučený úzkostí, strachy a bolestmi, pociťoval hluboké prázdno; nehoda, která se mu stala, pro něj představovala jakési zcela konkrétní zobrazení pádu do prázdna a nicoty. Víra může být v této souvislosti chápána jako způsob, jak omezit nekonečno a vyhnout se prázdnu pomocí naleznutí referenčního bodu ve světě plném utrpení.

Je otázka, jak se ve skutečnosti odehrála ona nehoda, kterou Blaise Pascal prožil a jaké následky z ní plynuly. Vše, co o těchto věcech víme, se zakládá na vzpomínkách a domněnkách současníků a následovatelů, kteří Pascalův život a filosofii vykládali v rámci vlastních přesvědčení. Pascalův vstup do Port Royal též nemusí být chápán v souvislosti s uvedenou nehodou a nemusí plynout ani z hledání referenčního bodu ve víře v Boha. Jde o to, na jakém výseku skutečnosti

¹⁷⁷ BINET-SANGLÉ, CH. La Maladie de Blaise Pascal. Annales médico-psychologiques, 1899, vol. 9, s. 177-199.

postavíme naše úvahy. Samotný odchod do kláštera se stane těžko uchopitelnou událostí, pokud si například uvědomíme, že Blaise Pascal se jako vědec zajímal o prostor vesmíru. A skutečnost, že by mohlo jít o prázdný nekonečný prostor, by mohla znamenat, že v tomto prostoru by se nenacházel Bůh. Další zajímavou a těžko uchopitelnou skutečností je to, že Blaise Pascal byl jansenitou. A mnoho jansenitů dosáhlo v poměrně mladém věku vysokého postavení či významných objevů a pak se – v určitém životním období – zcela stáhli z veřejného života a odešli do ústraní. „Případ“ Blaise Pascala jako člověka „nemocného agorafobií“ je tedy velice těžko uchopitelný a lze na něm poměrně dobře ilustrovat, jakým způsobem nacházíme v událostech kauzalitu a jak docházíme k přesvědčením o tom, „jak jevy světa fungují“.

Víra ve spásu prostřednictvím rozumu se rozpadá

V přehledu teorií úzkosti R. May poukazuje na otázku po vztahu „já a ty“ u racionalisticky orientovaných myslitelů. Vztahovost v Descartesově pojetí individua opírajícího se o evidenci myšlení neumožňovala tematizovat vztahování se ke společnosti či k druhým. Podobně racionalistický koncept Leibnitzových monád rehabilitoval individualitu a mnohost jedinčných bytostí, ale neotevřel prostor pro uchopení a popis meziosobních vztahů. Filosofie racionalismu a později i ekonomický směr „laissez-faire“ odpovídal na otázku po možné shodě poukazem na existenci „předem dané harmonie“.¹⁷⁸

May se ptá, jak je možno uniknout izolaci a z ní pramenící (a na ni poukazující) úzkosti? Dosavadní koncepty úzkosti vycházejí z jistot postulovaných racionalistickými filozofy. V prvních desetiletích 19. století metafyzická filosofie prošla hlubokou krizí a filozofové se začali zabývat úvahami o člověku a jeho vztazích ke světu,

K. Marx, F. Nietzsche či S. Kierkegaard si počali klást otázku po situaci člověka

¹⁷⁸ MAY, R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton, 1996. K tomu lze poznamenat, že tzv. „předzjednaná harmonie“ u Leibnize byla spekulativní odpovědí na otázku intelektuálního srozumění mezi „monádami“, měla objasnit na čem je založena intersubjektivita jakožto základ dorozumění.

ve společnosti a v kultuře a začali zkoumat její dopady na jedince. K. Marx¹⁷⁹ poukazoval na odcizení a dehumanizaci člověka v kapitalistických výrobních vztazích, F. Nietzsche se postavil kriticky k vývoji západního světa směřujícím k obrovské krizi hodnot, k nadvládě racionální vědy a k celkovému nihilismu.¹⁸⁰ R. May k tomu uvádí:

„Rostoucí nejednotnost a rozčlenění kultury v 19. století lze jasně nahlédnout psychologicky. Dichotomie mysli a těla ze sedmnáctého století nabyla podoby radikálního oddělení rozumu a citu, a to, spolu s voluntaristickým úsilím dosazeným na trůn jako činitel rozhodnutí, obvykle vyústilo v popření emocí. Z víry sedmnáctého století v racionální kontrolu emocí se nyní stal zvyk potlačovat emoce.“¹⁸¹

Pokus o uchopení úzkosti z hlediska specifické situace člověka ve světě lze nalézt u dánského filosofa existence S. Kierkegaarda. Podobně jako F. Nietzsche se Kierkegaard zabýval reflexí společnosti a kultury, úpadkem „lidského života do anonymní průměrnosti, jež nemá odvahu k vlastnímu činu a odpovědnosti za něj, zato si libuje v nezávazném tlachání a přejímání cizích vzorů“.¹⁸² Na tomto místě je nutné poznamenat, že uváděná pojetí úzkosti jsou zakotvena v rámci určitého společenského, kulturního a historického kontextu, vyrůstají vždy z dobových reflexí a ze specifické situace člověka v daném společenství. Nicméně, i přes tuto skutečnost, se dá říci, že reflexe významných myslitelů opisují podstatné „rasy“ lidské existence, lidské situace a jako takové k nám promlouvají i dnes.¹⁸³

¹⁷⁹ MARX, K. *Odcizení a emancipace člověka*. Praha: Mladá fronta, 1967.

¹⁸⁰ NIETZSCHE, F. *Tak pravil Zarathustra*. Praha: Vyšehrad, 2013.

¹⁸¹ MAY, R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton, 1996, s. 10. („The increasing disunity and compartmentalization in nineteenth century culture can be seen clearly on the psychological side. The dichotomy of mind and body of the seventeenth century now took the form of a radical separation of reason and emotion, with voluntaristic effort (will) enthroned as the agent of decision — and this generally resulted in the denial of the emotions. The seventeenth century belief in the rational control of the emotions now became the habit of repressing the emotions.“)

¹⁸² MAJOR, L. Úzkost a absurdita. *Slova úzkosti*, Praha: Iniciály, 1993. s. 14.

¹⁸³ Rollo May k tématu historického kontextu podotýká: „On the contrary, it is precisely through historical consciousness, as I shall seek to describe in this paper—that man achieves his margin of freedom against the deterministic power of the past. By virtue of his capacity for awareness of his history, man is the mammal who makes his history and is not simply made by it, who corrects and changes historical processes and is not simply molded by

S. Kierkegaard vztahoval téma lidského života k víře, jenž se neopírá o rozumovou evidenci a z hlediska racionálního uvažování se tím pádem jedná o absurdní akt. Zdůraznil, že bytí člověka není žádnou daností, protože člověk je svobodný, disponuje otevřenými možnostmi a potenciálem jejich naplnění a možností volby. Dle Kierkegaarda volíme buď cestu zvěcnění, ztracenost mezi každodenními nároky a banálními potřebami (motivováni potřebou bezpečí a toužící po pohodlí), nebo máme možnost tzv. transcendence, riskantního života ve víře.¹⁸⁴ Tím, co nás volá či vybízí k odpovědnosti, ke svobodě, je právě úzkost, která nám tuto cestu otevírá i v momentech, kdy žijeme (zdánlivě) bezpečný a pohodlný život, který je však ve své podstatě neautentický.

Kierkegaard je autorem textu *Pojem úzkosti*, ve kterém se pokusil vyjádřit podstatu tohoto jevu.¹⁸⁵ Úzkost je bytostná a patří k naší existenci. Na rozdíl od strachu nemá úzkost předmětný obsah, jejím zdrojem je nicota, se kterou jsme právě skrze úzkost konfrontováni. Svoboda se stává „závratí naší svobody“, otrásá danostmi, otevírá podstatnou otázku po smyslu a skrze ni „promlouvá vina z promarněné možnosti pravé existence“, vede jedince k zoufalství, jež se proměňuje v „nemoc ke smrti“. Ale skrze volbu, k níž nás vede úzkost, se nám otevírá možnost návratu k nám samým. Být plně naživu znamená zažívat úzkost.

Kierkegaard se v rámci svých úvah pokoušel překonat dichotomii rationality a emocí poukazem na bezprostřední zkušenost. Domníval se, že myšlení nemůže být odděleno či abstrahováno od pocitů a vůle. Poukazoval na to, že úzkosti nelze vzdorovat pouhým rozumem, ale lze jí „uniknout“ tak, že se staneme svobodnými bytostmi, které současně naleznou schopnost koexistence s okolím.

V Kierkegaardově díle lze nalézt i poukaz na problematičnost svobody, protože pravá svoboda není pouhé osvobození „od“ omezení, ale jedná se o schopnost sebeuvědomění, uvědomění si vlastních možností, a zodpovědného jednání. To je moment, který R. May vedl k poukazu na podobnost konceptu svobody u

them“. MAY, R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton, 1996, s. 4.

¹⁸⁴ Ladislav Major to komentuje slovy: „Zapřeme-li svou svobodu, nemusíme snášet tíhu odpovědnosti“ MAJOR, L. Úzkost a absurdita. *Slova úzkosti*, Praha: Iniciály, 1993, s. 14.

¹⁸⁵ KIERKEGAARD, S. *Pojem úzkosti*. Praha: Kalich, 2005.

Kierkegarda a Fromma, který postuloval „svobodu od“ a „svobodu k“.¹⁸⁶ Svoboda vždy, podle Kierkegarda, obsahuje možný zážitek úzkosti, úzkost doslova pojmenovává „závrat“ ze svobody“. Čím větší je potenciál člověka, tím větší míru úzkosti zažívá.¹⁸⁷

Velmi zajímavým se jeví pojetí vztahu úzkosti ke konfliktu v životě člověka. Člověk se v rámci svého vývoje nutně dostává do situací, ve kterých se střetávají jeho záměry a touhy se světem druhých lidí. Se vzrůstajícím sebeuvědoměním dochází ke konfrontaci vnitřní úzkosti jedince se světem druhého člověka, prostřednictvím sebeuvědomění však poznáváme i zodpovědnost, vnitřní konflikt a vinu. S vnitřním konfliktem a vinou je úzce provázána i kreativita jedince, která vždy znamená překročení známého, bezpečného tak, aby byl umožněn pohyb vpřed. A pokud tento pohyb není umožněn, člověk zažívá tzv. neurotickou úzkost. Neurotická úzkost je ve své podstatě vyústěním strachu ze svobody. Pokud se dle Kierkegarda vyhýbáme konfrontaci strachu a běžné úzkosti, potud se vyhýbáme také možnosti sebeuvědomění a zkušenostem života. V tom případě lidé zažívají tzv. neurotickou úzkost a to ve stavu „uzavřenosti“ od sebe samých.

Pozoruhodné je, že Kierkegaard poukazuje i na kontext svobody skrze „vyjednávání“, komunikaci s druhými. Svoboda je neustálou komunikací, pokud se této dimenzi svobody jedinec uzavře, zavře si cestu ke smysluplným vztahům s druhými lidmi. Stát se svobodným člověkem vyžaduje odvalu konfrontovat pocity samoty a úzkosti na cestě za naplněním vlastního potenciálu. Úzkost je v lidském životě učitelkou na cestě k hledání smysluplné existence bez neurotické úzkosti.

R. May poukazuje na skutečnost, že v dominantním západním filosofickém diskursu od doby renesance lze vysledovat tendence předpokládat, že když člověk prosazuje individuální rozum a potažmo i vlastní ekonomické cíle, bude zároveň dosažena i harmonie s druhými. Tato tradiční víra jakoby zároveň sloužila jako

¹⁸⁶ FROMM, E. *Strach ze svobody*. Praha: Naše vojsko, 1993.

¹⁸⁷ KIERKEGAARD, S. *The Concept of Anxiety: A Simple Psychologically Orienting Deliberation on the Dogmatic Issue of Hereditary Sin*. Princeton: Princeton university Press, 1981, s. 171-192.

způsob, jak vytěsnit problém úzkosti ze zorného pole úvah. R. May poukazuje na problematiku dichotomie rozum – emoce a izolaci jedince od společnosti. Uvedené dva problémy a způsoby, jak je překonat, například pomocí racionalistické filosofie, považuje za klíčové pro tematizaci úzkosti v moderní západní kultuře. Velice kriticky nahlíží důsledky této „víry“ a podotýká, že již během devatenáctého století se základy tohoto přesvědčení začaly otřásat. Právě desintegrace dominantních hodnotových přesvědčení týkajících se fungování světa, společnosti či povahy člověka vedla zejména během dvacátého století k tomu, že člověk si je vědom nemožnosti dosáhnout na pevný referenční bod, k němuž by se mohl upínat. V momentě, kdy se člověk postaví do konfliktu s panujícími přesvědčeními ve společnosti, může zažívat strach. V situaci, kdy se setkává s tím, že původní přesvědčení přestávají platit, ztrácí se jakékoliv opory a výsledkem je spolu s desorientací i rostoucí difúzní úzkost.

Podobně jako filosofie, je i umění zpravidla odráží základní dobové zkušenosti. Je reflexí doby, jejích tendencí. P. A. Bílek se při svých úvahách o zobrazení úzkosti v poezii dotýká situace člověka devatenáctého století a radikální změny zakotvenosti ve století dvacátém podobně jako R. May, když poznamenává:

„Básnictví 19. století vidí zřídlo úzkosti v nesouladu mezi světem a individuálním „já“. Úzkost je tu projevem odvahy (či zpupnosti) neuvést v soulad, neustoupit do světa řádu za cenu ztráty svého „já“. Dvacáté století pak problematizuje nejprve představu světa a jeho řádu, ale hned poté i představu „já“ jako uspořádané a sebereflexí definovatelné entity“.¹⁸⁸

Století úzkosti

*Úzkost trvá – jako permanentní koordináta životního pocitu,
zrozená už kdesi v samé podstatě životní situace, do níž jsme
– řečeno existenciálním slovníkem Heideggerovým – vrženi:
plyne z bezdůvodnosti a konečnosti vlastní existence.
Petr A. Bílek, Slova úzkosti*

¹⁸⁸ BÍLEK, A. P., Poezie úzkosti. *Slova úzkosti*, Praha: Iniciály, 1993, s. 2.

*Now there are times when a whole generation is caught . . .
between two ages, two modes of life, with the consequence
that it loses all power to understand itself and has no
standards, no security, no simple acquiescence.
Herman Hesse, Steppenwolf*

Obrátíme se nyní k existenciální filosofii dvacátého století, neboť jde o myšlenkový směr, který se pokoušel tematizovat základní situaci člověka ve světě, fundamenty jeho ontologie. Bílek, podtrhující v této souvislosti momenty rostoucí úzkosti, k tomu poznamenává:

„Úzkost jako jeden z klíčových momentů pocitu identity moderního člověka má svůj zdroj právě v nemožnosti naplnění si této identity zdůvodnit pozici a roli sebe sama. Člověk potřebuje úzkost, aby si uvědomil sebe sama, a potřebuje takové uvědomění, aby si uvědomil úzkost stavu nenaplnění. Úzkost je adekvancí v in-adekvanci. V úzkosti hledám výraz a nacházím význam, hledám společný prvek a nacházím vlastní prázdnotu. Nacházím vztah k jednotlivostem a uvědomuji si nemožnost nalezení vztahu k celku. Pociťuji-li úzkost, uvědomuji si – Zde jsem.“¹⁸⁹

Úzkost se v průběhu dvacátého století ukázala nejen jako jev, který ohrožuje lidskou existenci a podlamuje její aktivitu, ale může být také tím, co může lidským bytostem otevírat nové horizonty existence.

S. Kierkegaard i F. Nietzsche, uvažující v 19. století o tématu úzkosti, byli současně proroky budoucího rozkladu, hodnotových krizí a postupujícího nihilismu, který zachvátí západní společnost v následující epoše. Mnohé z jejich vizí se stalo předmětem vzrušujících diskusí v následujícím století, kdy se po vystoupení existencionalistů ukázalo, že Kierkegaard je možné dodatečně vyhlásit za praotce existencialisticky laděného filosofování. Pokusy o vyrovnání s idejemi těchto dvou myslitelů představují stále otevřenou a živou záležitost, ohlasy jejich idejí najdeme i v polemikách nejvýraznějších filosofických zjevů

¹⁸⁹ BÍLEK, A. P., Poezie úzkosti. *Slova úzkosti*, Praha: Iniciály, 1993, s. 2.

dvacátého století.

Téma úzkosti se ve dvacátém století vynořilo s nevídanou razancí i v nejdůležitějším filosofickém textu Martina Heideggera *Bytí a čas* z r. 1927. Heidegger v této originální fenomenologické práci vykročil k vytváření konceptu fundamentální ontologie lidského pobytu (Dasein).¹⁹⁰ Tvrdil, že je potřeba položit si otázku po samém bytí, po smyslu toho, co znamená být, po tom, jak jsoucno jest.¹⁹¹

Člověk je v Heideggerově pojetí pojat jako pobyt, ontologicky zakotvená bytost, jenž se vztahuje ke svému bytí. Kámen či židle jsou také jsoucna, ale lidská bytost je právě tím jsoucnem, jemuž jde v pobytu právě o jeho bytí. Základní strukturou, skrze kterou se jedinec vztahuje ke světu je starost (die Sorge) a její součástí je i starost o vlastní bytí. Je tedy jsoucnem, jemuž není lhostejné, jak jest, je tzv. zainteresované jsoucno, existence. Je též bytostnou svobodou, která se rozvrhuje (chápe své možnosti a předjímá je vzhledem k tomu, co si rozvrhuje a co si v rámci tohoto rozvrhování ukládá). M. Petříček parafrázoval heideggerovský koncept lapidárně: „To, s čím se „setkávám, je odhaleno z možností mé existence, díky tomu je svět světem“¹⁹² Svět bytostně náleží ke způsobu, jak jsem; Dasein je bytí na světě (In-der-Welt-Sein). Klíčovou otázkou Heideggerovy filosofie pobytu je smysl bytí. A ten se jedinci odhaluje či ukazuje v různých podobách a horizontech.

Existence člověka může mít podobu neautentického (uneigentlich), nevlastního rozvrhování, jež ulpívá ve světě věcí a vede k tomu, že člověk se odcizuje sám sobě. Podobně jako Kierkegaard poukazoval Heidegger na skutečnost, že člověk přirozeně preferuje snadnost a z tohoto důvodu se ve svém životě uchyluje do modu „obstarávání“. Tento přístup k životu může nabývat i mechanické podoby života v modu „das Man“ – „ono se“, který je určován konvencemi, zvyky, tradicemi a

¹⁹⁰ J. Patočka přeložil výraz Dasein jako pobyt, což akceptovala řada dalších překladatelů fenomenologických textů.

¹⁹¹ HEIDEGGER, M. *Zeit und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1976. (Český překlad: HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: OIKOYMENH, 1996.)

¹⁹² PETŘÍČEK, M. *Úvod do současní filosofie*. Praha: Herrmann a synové, 1992, s. 78.

nejde v něm o odpovědnost za vlastní bytostné rozhodování.

Tím, co otevírá modus autentické existence, je náhled na vlastní smrtelnost, jež otevírá cestu k celistvému bytí v jednotě se sebou samým a dějinným světem. Úzkost je v Heideggerově pojetí tím, co jako určitá forma životního nastavení otevírá cestu z neautentického způsobu života v sebeodcizenosti k transcendenci, považuje ji za základní, ontologickou naladěnost člověka, jež v pobytu jedinci nastavuje pohled do nicoty a tak otevírá výhled na vlastní smrt jako na konec všech lidských možností. Člověk je ve své podstatě schopen transcendovat k bytí, k tomu, co není jsoucí. Pokud se odhodláme k tomuto „před-běhu“ (Vorlauf), můžeme dosáhnout tzv. dějinné existence v dějinném světě, pokud přijmeme svou konečnost, uvědomíme si ji a přihlásíme se ke starosti (Sorge), otevřeme si cestu k autentické (eigentlich) existenci.¹⁹³

Úzkost je na pozadí světa stále přítomná a v momentech, kdy se projeví, zpřítomňuje nicotu v jejím „smysludárném nicování“, je naladěním, které poukazuje na samo bytí a tím se, mimo jiné, pro pobyt (Dasein) otevírá i otázka časovosti a smrtelnosti. Struktura existence je časová. Petříček k tomu poznamenává:

„Struktura pobytu na světě se tedy nakonec ukazuje jako sebedpředstih (souvisí s rozuměním: moment budoucnosti) na světě již (naladěnost: moment minulosti) pochopeném a soustředěném k bytí při něčem (výklad: moment přítomnosti)“¹⁹⁴

Neautentický pobyt uniká svou celostí; celost existence totiž bytostně obsahuje i jeho konečnost, proto je zároveň tím, před čím utíkáme, od čeho se odvracíme. Ale pouze opravdová, autentická existence je schopna rozvrhovat své možnosti, neboť starost je svou podstatou časová a proto je schopna překročit přítomné a přijmout možnost časového předběhu. Struktura starosti, kterou nám odhaluje autentická existence, je představována momenty svědomí, odpovědnosti a úzkosti.

¹⁹³ HEIDEGGER, M. *Zeit und Zeit*. Tübingen: Max Niemayer Verlag, 1976. (Český překlad: HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: OIKOYMENH, 1996.)

¹⁹⁴ PETŘÍČEK, Miroslav. Úvod do současné filozofie. Praha: Hermann a synové, 1997, s. 47.

Neautentický modus existence tematizoval ve vztahu k pocitu prázdnoty také filosof existence G. Marcel. Marcel hovořil o bytostné lidské „potřebě bytí“ a poukazuje na skutečnost, že v moderní zfunkcionalizované a technické společnosti je tato potřeba zdánlivě nemá.¹⁹⁵ K životu se vztahujeme nezřídky tak, že „vykonáváme nejrůznější funkce“ ve světě problémů a jejich řešení. Marcel byl toho názoru, že s pouhým výkonem, plněním společenských funkcí, se nelze cele ztotožnit, protože to, co narušuje spokojené spočinutí ve zmechanizovaném „fungování“ je pocit prázdnoty. Vždyť život, který je zakotvený pouze ve funkcích ústí do beznaděje. Pokud ve svém životě pouze „řeším problémy“, stojím před těmito problémy a nejsem zároveň součástí toho, co řeším, což znamená, že se neúčastním plného bytí, stále na mne naléhá otázka po smyslu. Ze zoufalého pocitu zbytečnosti, nesmyslnosti se otevírá cesta ven, a to i skrze naději, neboť člověku je dle Marcela vlastní potřeba přesáhnout zoufalství nadějí po smyslu (a tím současně přesáhnout zautomatizovaný svět funkcí).¹⁹⁶

Nelze nezmínit, alespoň stručně, i filosofii J. Patočky, žáka E. Husserla, který ovšem překračuje úvahy svého učitele směrem k promýšlení problému tzv. přirozeného světa (Lebenswelt). Svět je pro Patočku tím, díky čemuž věcem rozumíme, je základní strukturou, která dává smysl. Patočka tematizuje tzv. osy tohoto „světa našeho života“, základu všech možností naší existence; Lebenswelt má tzv. střed (tělesná orientovanost), oblast blízkého, do níž náleží i to, co chápeme jako domov. Za okruhem blízkého se rozprostírá oblast cizího. Vedle toho je nutné poznamenat, že do světa náleží i druzí lidé a svět jako takový má časovou strukturu.¹⁹⁷

Dovolím si zde minimální odbočku, aby bylo možné exponovat úvahu na téma agorafobie. Lze si klást specifickou otázku po tom, jakou podobu má žitý svět žen, které trpí agorafobií – jelikož „střed“ je nejistý a neposkytuje oporu. V určité

¹⁹⁵ GAŽÍK, P.: Gabriel Marcel a pretrvávající hodnota jeho myslenia. *Filozofia*, 2002, vol. 57, no 8, s. 546-550.

¹⁹⁶ MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Praha: Vyšehrad, 1971.; BENDLOVÁ, P. *Gabriel Marcel*. Praha: FF AV ČR, 1993.

¹⁹⁷ PATOČKA, J. *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel, 1992.

životní etapě může dojít k tomu, že oblast cizího je vnímána jako nebezpečná, ohrožující a započne se tříštit i oblast blízkého.

Patočka poukázal, podobně jako Heidegger či např. Sartre, na skutečnost, že svět našeho života je tím, co nám otevírá a zpřístupňuje naše možnosti (a porozumění tomu v rámci čeho se bytostné možnosti otevírají). Lidská podstata není předem dána, ale jsme jako lidské bytosti determinováni tím, co jsme nuceni aktivně tvořit (žít ze svého pramene). Existence člověka je v Patočkově koncepci asubjektivní fenomenologie pohybem, je tím, co uskutečňujeme, jdouce za vlastní budoucností (tematizuje pohyb trojího druhu – *pohyb zakotvení*, jímž přijímáme místo ve světě, *pohyb práce ve společenství s druhými*, a *pohyb vztahování se k celku* (úsilí o dosažení pravdy, přijetí sebe sama a přijetí faktu konečnosti existence).

Podobně jako M. Heidegger nahlížel na podstatu lidské existence jeho souputník původem psychiatr a později existenciálně laděný filosof K. Jaspers. Ten poukázal na úzkost jako na fenomén, který – je-li dostatečně „kultivován“ – stává se podmínkou svobody člověka, jehož horizontem bytí je aktualizace existence. Spolu s Pascalem, Boehmem, Schellingem, Kierkegaardem či Nietzsche podotýká, že počátek autentického života počíná ve strachu. Úzkost vztáhl, podobně jako Schelling či Gebattel, k imaginaci a ke svobodě, k podstatě lidské existence, jejíž rozklad by zároveň znamenala i ztrátu kreativity.

Bytostnou otázkou smyslu lidské existence se ve svém díle zabýval i A. Camus. Camus pojal člověka jako bytost, která ze své podstaty hledá jistotu, jež souvisí s řádem světa (jenž byl nezřídka v lidské historii zprostředkováván náboženskými systémy či vědou). Člověk dvacátého století se však ocitl v situaci, kdy dominantní pravdy přestávají platit, protože neobstojí ani vůči důsledné kritice. Proto se dostavuje pocit absurdity a nabývá na významu nutná otázka po smyslu. Bytostnou otázkou po smyslu světa a vlastního konání si lze pokládat právě proto, že lidská bytost je schopná transcendence. Otázka smyslu vede k vytváření distance od mechanického „fungování“, které lidem poskytuje především jistotu a otevírá cestu k smysluplnému jednání. To je však vždy vztaženo ke konečnosti,

uvědomujeme si v něm neustále svou šasovost a konečnost, spění ke smrti a díky tomu se veškeré dění může jevit jako marné. Absurditě je dle Camuse nutné „hledět do očí“, nekapitulovat, ale stát se člověkem revoltujícím.¹⁹⁸

Úzkostí, a to zejména ve vztahu k lidské existenci a absurditě, se zabýval mimo jiné i J. P. Sartre, který vycházel z fenomenologie E. Husserla i M. Heideggera, ale překročil ji směrem k existencialismu, postupně zpracovával svůj vlastní koncept filosofie. Bytostné určení člověka je pojímáno jinak než např. u zvířat, neboť údělem člověka je svoboda, ovšem jako specifický druh vázanosti (není ani naprostou volností v chování, ani trvalou blažeností). Může pro nás být autentickým přítakáním možnostem a jejich naplnění při vědomí autorství vlastních činů.¹⁹⁹ Podobně jako M. Heidegger se J. P. Sartre zabýval úvahami o podstatě existence (ve světě bez Boha) a poukazoval na odlišný způsob bytí věcí a lidských bytostí. To se odrazilo mimo jiné i ve známém výroku, že „existence předchází esenci“.²⁰⁰ U předmětů je tomu právě naopak, u nich esence je před existencí.

Existence je v sartrovském konceptu filosofování bytí pro sebe, člověk nejprve je, v existenci se setkává se sebou samým a utváří svůj život. Jedinec bude právě takovým, jakým se učiní, projektuje sám sebe do budoucnosti.²⁰¹ To, že podstata člověka není určena předem, ovšem také znamená, že spolu se svobodou rozvrhovat svůj život se pojí i zodpovědnost za vlastní existenci a nezřídka také nutný „doprovod svobody“ – úzkost. Jedna ze Sartrových tezí podtrhuje, že lidé jsou odsouzeni ke svobodě, což znamená, že jedinec volí, i když na volbu rezignuje.

Filosofické koncepce lidského žití čerpají inspiraci z každodennosti, z krásné

¹⁹⁸ Camus vlastním originálním způsobem a slovníkem tematizoval nejen problematiku absurdnosti lidské existence, ale spolu s tím i otázky autentické a neutentické lidské existence.

¹⁹⁹ SARTRE, J.P. *Bytí a nicota*. Praha: OIKOYMENH, 2006.

²⁰⁰ Tato známá citace je uvedena v polemickém textu psaném pro Martina Heideggera. SARTRE, J. P. *Existencialismus je humanismus*. Praha: OIKOYMENH, 1996, s. 23.

²⁰¹ U Sartra je nápadná inspirace Heideggerovým konceptem rozvrhování vlastního života a konání; Sartre ovšem část svých filosofických konceptů uváděl pomocí literárních textů a divadelních her (Cesty ke svobodě, Mouchy, Špinavé ruce apod.).

literatury a dávají bytostným problémům podobu teoretického náhledu, přičemž nastíněné vhledy filosofů umožňují pojmut úzkost jako jev, který upozorňuje na to, že „cosi“ v lidském životě není a nemusí být v „pořádku“. Psychoterapeut Petr Příhoda podotýká, že „úzkost je duši tím, čím je tělu bolest“ a její podoba je určována „bezprostředním nazřením nicoty jakožto vlastní možnosti“. A takto pojatou úzkost nazývá anihilační úzkostí.²⁰²

²⁰² PŘÍHODA, P. O úzkosti. *Slova úzkosti*, Praha: Iniciály, 1993, s. 24 – 25.

Prostor, tělo. Lidská tělesnost v moderní filosofii

„Naše tělo je prototypem ontologické ambiguity, není ani jen příroda, ani jen duch, není jen sedimentovaná předdějinnost, ani jen nárys budoucího jednání, ani jen subjekt, ani jen objekt, ani jen idea, ani jen faktum, ani jen svoboda, ani jen otroctví.“
Merleau-Ponty

Pokud pojmáme agorafobii jako nemoc, která je specifickým způsobem bytí-ve-světě, je nutné pokusit se o nástin vztahu člověka a prostoru. V tomto kontextu se vynořuje jako klíčové téma otázka lidské tělesnosti.²⁰³ Petříček označuje pohled tradiční filosofie (resp. k prohlubujícímu se dualismu spějící metafyziky) na lidské tělo za de-personalizovaný, tělo je posléze v novověku pojmáno jako „věc mezi věcmi“. Tak je tomu sice teprve v náznaku již u Aristotela (látka a forma), ale tento trend vrcholí u Descartesa, či Spinozy („res cogitans“ a „res extensa“) a jejich následovníků. Výrazný obrat v myšlení „o těle“ představuje až fenomenologická filosofie dvacátého století.

G. Marcel poukázal na to, že tělem nelze disponovat tak, jako disponujeme věcmi – tělo ztělesňuje, není něčím, co „máme“, ale vždy *jsme* tělem. Proto také tělo nelze považovat za nějaký nástroj. Tělo je vždy se mnou, je současně i něčím více. V něm se angažuje i duše, bez které se tělo sice může obejít, ale pak je z něj jenom mrtvola, psal se zjevným odkazem na kartesiánské pojetí těla jako stroje. V protikladu proti redukci tělesnosti na nástroj, měl později tendenci nahradit i své vlastní předchozí pojetí, že jsme tělem formulací, že „jsem svým životem“.²⁰⁴ Za inspirativní lze považovat fenomenologii M. Merleau-Pontyho a to zejména jeho pojetí problému intersubjektivní a tělesnosti. Podle Merleau-Pontyho je vědomí určováno bytím člověka, nikoli naopak – vztaženost člověka ke světu je

²⁰³ ČAPEK, J. Mít tělo a být tělem. Analýza těla v Merleau-Pontyho „Fenomenologii vnímání.“ In URBAN, P. (Ed.). *Fenomenologie tělesnosti*. Praha: Filosofický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 99-115.

²⁰⁴ Srv. k tomu: Esej o konkrétní filosofii. In MARCEL, G. *Od názoru k víře*. Praha, Vyšehrad, 2004.; MARCEL, G; BENDLOVÁ, P. *Gabriel Marcel*. Praha: FÚ ČSAV, 1993, kap. věnovaná tělesnosti na s. 38 – 43.

určována dějinně, smyslově a tělesně. Merleau-Ponty překračuje dichotomii těla a ducha poukazem na tělesnost lidské existence ve světě. Podotýká, že:

„Tělo nestojí přede mnou, nýbrž já jsem svým tělem nebo spíše já jsem své tělo“²⁰⁵

V rámci ontologie těla tematizuje Merleau-Ponty ústřední význam tělesnosti, a to včetně tělesného prožívání a tělesné zkušenosti. Tělo není jedním z předmětů, je punktem vidění světa, právě v něm je smysl „fixován do pevné fyzické a dějinné situace“.²⁰⁶ Tělem jsme situováni do světa a tato situovanost umožňuje mimo jiné perspektivní vidění (samotná situovanost je fundována tělesností). Petříček k tomu dodává:

„tělo je hledisko všech hledisek, perspektiva všech perspektiv... Hledisko, perspektiva, situovanost – to vše jsou podmínky možnosti našeho vnímání.“²⁰⁷

Podobně, jako je spolu s tělem situováno vnímání („tělesné vnímání“), týká se situovanost i myšlení (hledisko, perspektiva). Tělesnost je tím, co určuje náš způsob vztahování se ke světu, je naším nejvlastnějším určením, tělo je zároveň „viditelným tvarem našich intencí“²⁰⁸ a člověk je díky tělesnému vnímání „potenciálním prostorem“.²⁰⁹ Lze říci, že jednota světa vychází právě z tělesného vnímání, z žité skutečnosti, nikoli z nějaké intelektuální snahy. Lze konstatovat, že právě u Merleau-Pontyho byla po druhé světové válce akcentována myšleka namířená proti tradiční metafyzice, že lidský vztah ke světu je zprostředkován právě tělesností. To nelze opomíjet, ale naopak, tento vztah je pro člověka klíčový.

Prostorová zkušenost je pro naše bytí fundamentální, je konstituována naším specifických bytím-ve-světě. Merleau-Ponty skrze fenomenologii existence, jež se

²⁰⁵ MERLEAU-PONTY, M. *Phänomenologie der Wahrnehmungen*. Berlin: Walter de Gruyter, 1966, s. 180.

²⁰⁶ MERLEAU-PONTY, M. *Proza swiata. Eseje o mówie*. Warszawa: Czytelnik, 1976.

²⁰⁷ PETŘÍČEK, M. Úvod do (současné) filosofie. 11 improvizovaných přednášek, s. 57.

²⁰⁸ MERLEAU-PONTY, M. *Proza swiata. Eseje o mówie*. Warszawa: Czytelnik, 1976, s. 28.

²⁰⁹ Tamtéž, s. 31.

primárně soustředí na fenomén vnímání, tematizoval a promýšlel vzájemné vztahy mezi tělem, prostorem a „self“. Fenomenologie existence směřuje k zachycení prostoru, času a světa tak, jak se stává žitým světem, nikoli v podobě abstraktních entit či nějakých filosofických či přírodovědeckých konstrukcí. Merleau-Ponty proto tematizoval dvojí pojetí prostoru, které označil jako *objektivní* a *žitý prostor*. Struktura žitého prostoru je dána vztahem jedince k okolnímu světu a vychází z jeho bytí.²¹⁰

Žitý prostor je člověku zprostředkováván skrze tělo, skrze intencionální vnímání s tím, že tohoto procesu si lidé nemusí být vždy vědomi. Vnímání (vždy intencionální) se zpravidla zpřítomní tehdy, pokud se „odchýlí od normálu“ při nejrůznějších dysfunkcích. Zatímco běžné „fungování“ umožňuje člověku vztahovat se k prostoru prostřednictvím svobodného pohybu (tak, jak jej umožní tělo a jeho vlastnosti), v případě narušení vnímání prostoru se může ocitnout v cizím, nepřátelském prostředí.²¹¹ Vědomí struktury prostoru je mimo jiné tím, co brání propadnout halucinacím či deliriu. Pokud chceme porozumět žitému prostoru, je to možné i skrze existenciální analýzu prostorovosti u deviantních modů existence (Merleau-Ponty uvedl jako příklad onemocnění schizofrenií) – skrze něž je možné nahlédnout na skutečnosti, které jindy považujeme za dané, přirozené, normální, získáme totiž jistý odstup od známého. Žitý, subjektivní svět schizofrenika se stane neznámým (unheimlich), neboť ztratí spojení s tzv. objektivním světem. Žitý svět (Lebenswelt, „svět našeho života“) jedince se stane limitujícím, namísto toho, aby představoval „prostor pro existenci“, člověk zakouší ztracenost ve fragmentární a děsivé prostorovosti. Vytvoření „domovského“ žitého světa je přitom jedním z předpokladů „zachování duševního

²¹⁰ Inspirativní pojetí tzv. „žitého prostoru“ nalezneme u Eugena Minkowského, a to v jeho díle *Le Temps vécu*. MINKOWSKI, E. *Le Temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologiques*. Paris: D'Artrey, 1933.

²¹¹ Zde je nutné poznamenat, že pojetí „domova ve světě“ u Merleau-Pontyho se setkává s Heideggerovým „pobytem“; na druhou stranu byl inspirován tematizací přirozeného světa u E. Husserla, podobně jako Jan Patočka. Patočka se sice zabýval tematikou přirozeného světa již ve své meziválečné habilitační práci (*Přirozený svět jako metafyzický problém*), ale ta upadla na desetiletí v zapomnutí, protože byla publikována v českém jazyce. Proto vlastně téma přirozeného světa a řadu dalších, které s ním souvisejí včetně tělesnosti, otevřel Merleau-Ponty zakladatelským způsobem znovu po druhé světové válce.

zdraví“.

Merleau-Pontyho pojetí zkušenosti se ztraceností ve fragmentárním, nedomovském prostoru, je pro popis onemocnění agorafobií inspirativní. Domov představuje pro mnohé trpící agorafobií chráněný prostor, přičemž pocit bezpečí není zapříčiněn pouze přítomností zdí, jde spíše o význam těchto zdí ve vztahu k žitému prostoru člověka, o strukturu a prostorovost naší existence. J. Davidson k tomu říká:

"Trpící, v jistém smyslu, začleňují tyto zdi do svého já, aby posílili své tělesné hranice a zdá se, že zde jde o hlubší problém, týkající se struktury a prostorovosti naší existence."²¹²

U onemocnění agorafobií můžeme nezdídku sledovat, že se žitý prostor postupně „smršťuje“; v některých případech o tomto onemocnění nalzáme člověka v situaci, kdy bezpečným (domovským) místem není ani skutečný prostor domova. Tuto podobu ohrožujícího prostoru, v němž člověk nikde nenalzáá pevný záchytný bod, lze pravděpodobně chápat jako odraz absence základní jistoty v sobě samém, tím pádem i v narušení intencionálního aktu (ve vztahu k „domovu ve světě“).²¹³ Zde je též nutné poznamenat, že prostor lidského pobytu ve světě má neopominutelnou sociální dimenzi, jde v něm o spolubytí (Mit-dasein).²¹⁴

Původní diagnostická kritéria agorafobie se týkala popisu strachu z otevřených a prázdných prostor, nicméně se ukazuje, že zalidněnost prostor hraje nikoli nevýznamnou roli. J. Davidson podotýká, že agorafobik nedisponuje schopností uplatnit vlastní subjektivní prostorovost ve vztahu k druhým (t.j. k jejich subjektivní prostorovosti). Nemocní se mohou cítit uvěznění, mimo jiné i vlivem

²¹² DAVIDSON, J. A phenomenology of fear: Merleau-Ponty and agoraphobic life-worlds: This paper is dedicated to Jim Davidson, 1965–2000. *Sociology of Health & Illness*, 2000, vol. 22, no. 5, s. 653. („While sufferers do, to an extent, incorporate these walls into their sense of self, to strengthen their phenomenal bodily boundaries, there is a deeper issue at stake here, relating to the structure and spatiality of our very existence.“)

²¹³ KOŤOVÁ, M. *Agorafobie*. Praha, 2006, 182 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Vedoucí diplomové práce J. Šípek.

²¹⁴ Tematizace pobytu (Dasein) jako spolu-pobytu (Mit –dasein) je zcela zásadním způsobem formulována v paragrafu 26 In HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1976, s. 117, (česky Bytí a čas. Praha: Oikoymenh, 1996.)

působení přemíry podnětů. Davidson poznamenává, že podobnou zkušeností může procházet člověk, který je po určitou dobu omezen v pohybu (pozdní stadia těhotenství, úraz, péče o malé děti v prostředí domova). Izolace od společnosti může vést k tomu, že podle Čálka:

„člověk ztratí habituální tělesný smysl (praktagnosia) toho, co znamená vyjít ven, do vnějšího světa. Jakoby se člověku nedostávalo schopnosti udržet a prosadit vlastní žitý prostor nutný pro svobodu pohybu proti expanzivnímu působení druhých lidí.“²¹⁵

V podobné situaci může člověk pociťovat potřebu silnějšího ukotvení a ochrany pocitu jistoty vlastního žitého prostoru. Co chybí, je stabilita. A stabilita je často asociována s prostorem domova, který je středem našeho žitého prostoru. Patočka pojímal domov jako rozšíření organismu²¹⁶, a můžeme říci, že je mimo jiné definován chyběním rozptýlenosti, jež zakoušíme jako sebeztrátu. A čelit sebeztrátě lze prostřednictvím blízkosti. Zde si lze klást otázku, jak je u lidí trpících agorafobií „živá“ tato schopnost čelit sebeztrátě prostřednictvím blízkosti s druhým – jak „být sám sebou a neztratit druhé a být spolu s druhými a neztratit sám sebe“²¹⁷

Filosof Jan Patočka popsal ve své asubjektivní fenomenologii tři významné životní pohyby, přičemž první z nich - tzv. „pohyb zakotvení“ - je tím, co umožňuje vrůstání do lidského společenství a domova prostřednictvím blízkosti. Pocit domova však můžeme zažívat i mimo samotný jeho prostor – a to právě díky tomu, že náš vlastní pocit domovskosti je transcendován do prostor vnějšího světa.

Patočka pojímá přirozený svět (Lebenswelt) jako „základní strukturu, která dává

²¹⁵ ČÁLEK, O. Daseinsanalytická skupinová a komunitní terapie [online]. [cit. 2013-12-20]. <www.daseinsanalyza.cz/clanek/doc-phdr-oldrich-calek-csc-daseinsanalyticka-skupinova-a-komunitni-terapie>.

²¹⁶ Srv. k tomu pojetí domova jak jej rozvíjí J. Patočka v práci: PATOČKA, J. *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel, 1992.

²¹⁷ ČÁLEK, O. Daseinsanalytická skupinová a komunitní terapie [online]. [cit. 2013-12-20]. <www.daseinsanalyza.cz/clanek/doc-phdr-oldrich-calek-csc-daseinsanalyticka-skupinova-a-komunitni-terapie>.

smysl a která souvisí s naší situací, tedy s formou existence mezi věcmi,²¹⁸ jde tedy o porozumění světu jako takovému, v původním významu. Strukturu přirozeného světa lze nahlédnout skrze osy – střed (naše tělesná orientovanost), oblast blízkého (domov), oblast cizího, strukturu času a spolubytí s druhými.

Lze se domnívat, že u onemocnění agorafobií, kdy je střed – tělesná orientovanost – nejistý, dochází k tomu, že se postupně „tříští“ i oblast blízkého a cizího (pohyb jde však spíše směrem „zvenku dovnitř“, jak ukazují příběhy lidí trpících agorafobií). Nejprve dochází k zážitku strachu a úzkosti v prostoru, jenž je „cizí“, postupně se kruh uzavírá přes oblast blízkého až k totálnímu otřesení oblasti středu. Přirozený svět lze považovat za východisko či základ veškerých možností lidské existence. A u agorafobie lze sledovat, že bytostné lidské možnosti jsou realizovány ve velmi omezené míře. Připomeňme, že J. Patočka poukazuje na to, že možnosti lidské existence nejsou předem dané, ale vždy jsou vytvářeny v průběhu života. Zde se ukazuje další, dle mého názoru, klíčový aspekt onemocnění agorafobií – poměrně zásadní absence schopnosti tvořit možnosti vlastní existence.²¹⁹

Pokud je znejištěný „střed osobní existence“, může pravděpodobně docházet k tomu, že jedinec pozbývá schopnost autenticky tvořit a rozvíjet své vlastní bytostné možnosti, ale vychází z toho, že lidská podstata a potenciální možnosti, jsou předem dány – je výrazně omezen ve své svobodě a to, co mu palčivě poukazuje toto omezení, je úzkost.

Zde je zajímavé pozastavit se nad tím, že k našemu bytí-ve-světě nutně patří i perspektivnost, tělesnost a konečnost.²²⁰ Masivní úzkost zapříčiněná pobytem ve světě tak, jak ji zažívají lidé trpící agorafobií, je dle mého názoru nezřídka spojena s prožitkem konečností našeho bytí. Jakoby problematičnost autentické existence (kdy já tvořím možnosti vlastní existence) otevírala, bolestně, fyzicky, otázku po

²¹⁸ PETŘÍČEK, M. Úvod do (současné) filosofie. 11 improvizovaných přednášek, s. 68.

²¹⁹ V předchozím výzkumu onemocnění agorafobií, realizovaném v rámci diplomové práce, jsem v rámci narativního diskursu nazvala tento aspekt existence „ztvárnění jednání/míra aktérství“.

²²⁰ PETŘÍČEK, M. Úvod do (současné) filosofie. 11 improvizovaných přednášek, s. 68.

nenaplňování (nikoli neautentickým naplnění) vlastní autentické existence. V této souvislosti je vhodné připomenout, že dimenzi domova spolutvoří blízkost s druhým.

Lidé trpící agorafobií nezdědka vyhledávají společnost druhého jako „bezpečné kotvy“ pro pohyb ve vnějším, „nedomovském“ světě.²²¹ V této souvislosti si lze klást otázku, zda pokus o zakotvení v prostoru skrze specifickou interakci s „nenáhodným druhým“ není způsob, jak budovat blízkost v momentě, kdy tak nelze učinit jiným způsobem (např. sdílením).²²²

Perspektivnost našeho bytí-ve-světě odkazuje k horizontu, k celku světa, z něž jednotlivé věci vystupují a ukazují se. Celek světa není žádná danost, ale filosofové zdůrazňují, že je tím, odkud k nám věci přicházejí, současně je tím, co dává věcem význam a světu jeho smysluplnost.²²³ U onemocnění agorafobií (ale například i u onemocnění psychózou) zřejmě selhává dávání významu věcem a svět ztrácí svou smysluplnost (z perspektivy teorie lingvistiky bychom tuto situaci mohli nazvat, spolu s Julií Kristevou, jako „selhání označujícího systému subjektu“).²²⁴

²²¹ na signifikanci „průvodce“ poukázala v kasuistických studiích již Helen Deutsch. DEUTSCH, Helene. *Neurosis and Character Types*. New York: International Universities Press, 1965.

²²² Zde lze uvést příběh mladé dívky trpící agorafobií, jež měla velmi složitý vztah s otcem, vojákem z povolání. Celý život se pokoušela o přiblížení jeho světu, nicméně tato snaha bohužel selhávala. Ačkoli byly otcovy reakce na její stavy paniky a úzkosti veskrze „nepřátelské“, stejně jej vyhledávala jako „hlavního průvodce“ a pomocníka v momentech, kdy byla zcela imobilizována panikou. Jakoby se jednalo o jediný způsob spolubytí, kterého byla v daný moment schopna. KOŤOVÁ, M. *Agorafobie*. Praha, 2006, 182 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Vedoucí diplomové práce J. Šípek.

²²³ PĚTRÍČEK, M. Úvod do (současné) filosofie, 11 improvizovaných přednášek, s. 72.

²²⁴ KRISTEVA, J. *Powers of Horror. An Essay on Abjection*. New York: Columbia University Press, 1982, s. 35.

Empirická část práce – narativní analýza životních příběhů žen trpících onemocněním agorafobií, analýza narativních rozhovorů

Empirickou část disertační práce představuje výzkumná sonda týkající se narativní analýzy životních příběhů a polostrukturovaných narativních interview s ženami trpícími onemocněním agorafobií, data jsou zpracovávána pomocí metody kategoriálně formální analýzy. Inspiruji se tematizací této metody přístupu k analýze textu, jak je rozpracována zejména v publikacích V. Chrze a D. P. McAdamse.²²⁵

Několik slov k narativní perspektivě pohledu na výzkum v sociálních vědách

*„Význam našich životů je diktován příběhy, které žijeme a jež pak vyprávíme“
M. Mair, *Between Psychology and psychotherapy. A poetics of experience**

Psychologie, potažmo i psychoterapie, jsou vědními disciplínami, které nedisponují jednotným paradigmatem. Tuto skutečnost není vhodné považovat za nedostatek, ale za výrazný klad – psychologie je vědou o lidech, kterou „dělají“ lidé. V průběhu dvacátého století, v němž se prudce rozšířil systém věd o člověku, se ukázalo, že právě člověk se stal pro sebe sama bytostí navýsost problematickou, obtížně uchopitelnou a popsatelnou. Ukázalo se, že je bytostí natolik složitou, že není možné pojmout ji v rámci jedné vyčerpávající teorie či dokonce vědní disciplíny. Skutečnost, že psychologie nediponuje jediným všezahrnujícím výkladovým schématem či paradigmatem, znamená mimo jiné i

²²⁵ MCADAMS, D. P. *The stories we live by. Personal myths and the making of the self.* New York: The Guilford Press, 1993. Viz k tomu dále subkapitola „Metoda analýzy získaných dat“; CHRZ, V. Autobiografické vyprávění v osmé třídě. [online]. *Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.* [cit. 2012-08-06]. <http://userweb.pedf.cuni.cz/~www_kpsp/etnografie/vyzkum/8/chrz.pdf>.

výzvu k neustálému hledání smysluplných otázek a alespoň částečně uspokojivých odpovědí, které tím, že mají parciální povahu, nemohou být zcela vyčerpávající.

S přihlédnutím k pluralitě směrů a badatelských možností je empirická část disertační práce pojata jako možnost postupně formulovat badatelské otázky týkající se onemocnění agorafobií a jako hledání možných odpovědí na tyto otázky. Z těchto důvodů jsem zvolila *narativní výzkumnou metodologii*, neboť za její výrazné klady považuji (relativní) otevřenost vůči pluralitě náhledů, relativitě a subjektivním aspektům zkoumané problematiky. V rámci výzkumu vycházím z jedinečné, neopakovatelné, veskrze osobní zkušenosti žen, které trpí (či trpěly) agorafobií, zaměřuji se mimo jiné i na smysl, který tyto ženy připisují či dávají své zkušenosti, svému životu – a to skrze příběh jako nejpřirozenější způsob „organizace zkušenosti“. W. Doty poznamenal, že „když vyprávíme příběhy, rozdáváme své duše“.²²⁶

V kvalitativním typu výzkumu jde o to, zachytit každodennost spolu s problematickými momenty v životě člověka a také význam, který svému životu a jednotlivým událostem člověk dává.²²⁷ J. Hendl uvádí ve své publikaci *Úvod do kvalitativního výzkumu* několik zásad, kterých by se měl výzkumník realizující tento typ šetření držet. Jsou jimi: otevřenost vůči participantům, výzkumné situaci i metodě, zahrnutí subjektivity včetně tzv. dialogické otevřenosti v rámci výzkumné situace, respekt k procesualnosti sociální situace i komunikace, uplatnění reflexivity – interpretativního porozumění, zaměření na případ, uvědomění si historicity a kontextuálnosti, „zvědomení“ problematiky determinovanosti jevů a interaktivní heuristika týkající s celého plánu výzkumu.²²⁸

²²⁶ DOTY, W. Stories of our times. In WIGGINS, J. W. (Ed.), *Religion as Story*. New York: Harper and Row, 1975, s. 940. („When we tell our tales, we give away our souls“).

²²⁷ ČERMÁK, I. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In Čermák, I., MIOVSKÝ, M. (Eds.). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 2002, s. 11-25.; DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. Introduction: Entering the field of qualitative research In DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Thousand Oaks, 1994, S. 1-19.

²²⁸ HENDL, J. Úvod do kvalitativního výzkumu. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství

Přístupy ke zkoumání či výkladu sociálních jevů, které označujeme za tzv. narativní, se pokoušejí primárně o porozumění tomu, jak lidé interpretují svět. Vycházejí z hermeneutiky (E. Gadamer, P. Ricoeur) a fenomenologie (E. Husserl, M. Geidegger). Teoretici narativní psychologie vycházejí též z literární vědy, ať již z tzv. formalismu (V. Šklovskij, B. Tomaševskij, V. Propp)²²⁹ či ze strukturalistických teorií (F. de Saussure, J. Mukařovský, R. Jakobson, F. Vodička, M. Foucault). V psychologii nabývají narativní přístupy k výzkumu na významu zhruba od osmdesátých let dvacátého století.²³⁰

Žijeme ve světě, o kterém se dá říci, že neustále prochází změnami – a konstruování narativů je způsob, jak změny smysluplně uchopit a vyložit.²³¹ J. Bruner je toho názoru, že v rámci psychologické vědy by badatelské aktivity měly být zaměřovány mimo jiné i na způsoby, jimiž člověk dává významy své vlastní zkušenosti – tedy na procesy „utváření významu“.²³²

Prostřednictvím narativních rozhovorů je možné zachytit, jakým způsobem vytváří a dává vypravěč významy své vlastní životní zkušenosti (biografická zkušenost). V narativním přístupu k výzkumu je perspektivou pohledu, tzv. základní metaforou, příběh. Naším cílem je primárně porozumění, ne pouhá redukce složité a barvitě podoby lidského života na více či méně složité schematické koncepty a modely. Autoři Denzin a Lincoln podotýkají, že prostřednictvím narativního výzkumu lze zachytit každodennost, ale i

Karolinum, 1999. Druhé vydání. ISBN 80-246-0030-7.

²²⁹ OCHRANA, F. *Metodologie sociálních věd*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2380-1. S. 134.; JAKOBSON, R., GLANC, T., *Formalistická škola a dnešní literární věda ruská*. Praha: Academia, 2005, s. 322.

²³⁰ V osmdesátých letech vyšly klíčové práce narativní psychologie, mezi nimiž lze uvést například *Narrative Psychology: The storied nature of human conduct* T. Sarbina z roku 1986 či slavnou publikaci J. Brunera *Actual Minds, Possible Worlds*, vydanou v roce 1986, dále pak knihu *Research interviewing: Context and narrative* E.G. Mishlera, která však vyšla až v roce 1991.

²³¹ MURRAY, M. - SARGEANT, S. *Narrative Psychology*. In HARPER, D. - THOMPSON, A.R. (Eds.). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy. A Guide for Students and Practicioners*. Wiley & Sons, 2012.

²³² BRUNER, J.S. *Acts of Meaning*. Cambridge (Massachusetss): Harvard University Press 1990.

problematické momenty, vyskytující se v životě lidí, a jejich významy.²³³

Prostřednictvím vyprávění, například životního příběhu, lze postihnout i jistou podobu „celku“ lidského života, jemuž je skrze vyprávění mluvčími dáván nějaký smysl. Skrze vyprávění příběhů definujeme sami sebe, narativ je tedy i možností, jak nahlédnout identitu člověka (v sociohistorickém kontextu).²³⁴ Současně je to, co se odehrálo v minulosti, prostřednictvím vyprávění tzv. legitimizováno. Pokud se domníváme, že objevení se nemoci v lidském životě má vždy nějaký smysl, který vždy úzce souvisí s individuálním, jedinečným osudem a jeho podobou (ale i se společenským a historickým kontextem života člověka), pak je narativní analýza tím přístupem, který nám umožňuje odhalit či nahlédnout například i to, proč se nemoc objevila a jaký měla pro pacienta význam.

Platí-li, že vyprávění příběhu umožňuje dát určité nemoci význam, znamená to, že tento význam je konstituován jednak na základě individuální zkušenosti, jednak v rámci jistého sociálního, kulturního a historického zarámování zkušenosti (celého života).²³⁵ Prostřednictvím vyprávění o životě s určitou nemocí lze též sledovat jakým způsobem je možno konstruovat identitu jedince („reformulovat identitu“) v souvislosti se změnami životní situace, které nastaly s příchodem nemoci.²³⁶ Lze se například zaměřit na to, jak se změnila „konfigurace vztahů“, míra „zapojení se do situací či činností“ či míra aktérství.

Autoři, kteří se zabývají například využitím příběhu v oblasti medicíny, podotýkají, že nemoc s sebou do lidského života povětšinou přináší větší či menší míru utrpení – prostřednictvím vyprávění lze též nahlédnout, jakým způsobem

²³³ DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. Introduction: Entering the field of qualitative research. In N.K. DENZIN - Y.S. LINCOLN (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Thousand Oaks, s. 1-19.

²³⁴ McADAMS, D.P. Power, intimacy and the life story: Personological inquiries into identity. New York: Guilford Press, 1988.

²³⁵ HYDÉN, Lars, Ch. Illness and Narrative. *Sociology of Health & Illness*, 1997, vol. 19, no. 1, s. 48–69; CHRZ, V., ČERMÁK, I., PLACHÁ, V. Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie*, 2006, vol. 6, s. 507-521.; CHRZ, V., ČERMÁK, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 415-433.

²³⁶ MATHIESON, C.M., STAM, H.J. Renegotiating Identity: Cancer Narratives. *Sociology of Health & Illness*, 1995, vol. 17, no. 3, s. 283-306.

jedinci utrpení ztvárňují, jak o něm promlouvají skrze příběh. Kleinman²³⁷ v této souvislosti rozlišuje význam slov „disease“ (nemoc z pohledu lékaře) a „illness“ (nemoc, jak ji prožívá trpící člověk). V českém jazyce tuto dichotomii neznáme, následující výzkum se však bude zabývat nemocí ve smyslu „illness“. Skrze příběh lze pojmut i jednotlivé aspekty nemoci, a to poněkud jiným způsobem, než prostřednictvím využívaných diagnostických kritérií (jde nám o pochopení vybraných aspektů v co nejširších souvislostech). Skrze „příběhy nemoci“ (illness narratives, illness stories) se též vyprávěči nezdá zmiňují o postojích společnosti.²³⁸

T. Sarbin upozorňuje na skutečnost, že vyprávění příběhů je tzv. organizujícím principem lidské psychiky, principem strukturace lidské zkušenosti (jde tedy o pohled zcela jiný, než je například přístup biologizující, mechanizující).²³⁹ Podobně rozlišuje J. Bruner dva mody myšlení – paradigmatický a narativní.²⁴⁰ Zde je ovšem nutné si uvědomit, že popsaná perspektiva poskytuje badateli pouze určité prizma pohledu (stejně jako každá jiná perspektiva) a není jediným možným a validním přístupem k výzkumu či k pojmání sociální reality (je svého druhu konstruktem). V. Chrz a M. Čermák podotýkají, že:

„Prostřednictvím narativní konstrukce je život ztvárněn a současně také interpretován. To znamená, že chceme-li se jako výzkumníci něco dozvědět o tom, jaký význam dává člověk své zkušenosti či svému životu, potom je třeba se zaměřit na způsob jejich narativní strukturace.“²⁴¹

Narativní výzkumný materiál je podkladem, ke kterému lze v rámci bádání přistupovat tzv. přirozeně, tj. mimo jiné jej interpretovat v rámci významů, které

²³⁷ KLEINMAN, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books, 1988.

²³⁸ ADÁMKOVÁ, T. Styronova viditelná temnota – příběh nemoci. In MIOVSKÝ, M., ČERMÁK, I., CHRZ, V. *Umění ve vědě a věda v umění*. Praha: Grada, 2010, s. 157 – 169.

²³⁹ SARBIN, Theodore, R. The Narrative as Root Metaphor for Psychology. In SARBIN, Theodore, R. (Ed.). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger 1986, s. 3–21.

²⁴⁰ BRUNER, J., S. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press, 1987.

²⁴¹ CHRZ, V., ČERMÁK, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 427.

participanti svým zkušenostem dávají.²⁴² Narativní organizace zkušenosti, která se odráží ve vyprávění, je tím, skrze co dostává život „tvar, řád, souvislost, směřování a smysl.“²⁴³

Na tomto místě je záhodno položit si otázku, do jaké míry lze narativním datům a jejich interpretaci důvěřovat? Jedinečnou a velmi komplexní zkušenost člověka samozřejmě nelze zcela ztotožňovat s vyprávěním – mnohé zkušenosti zůstávají jazyku nepřístupné (tj. jsou prostřednictvím jazyka těžko zachytitelné), mnohé může zůstat zamlčeno, nedořečeno. Fenomenolog J. H. van den Berg poznamenal, že „neustále prožíváme řešení problémů, které jsou pro reflexi beznadějně neřešitelné.“²⁴⁴ Se zmíněnou beznadějností lze polemizovat, nicméně autor poukazuje na důležitý aspekt týkající se jakéhokoli uvažování o vnitřním světě člověka – jak se dostat k prožívanému a nakolik toto „prožívané“ koresponduje s reflexí. I. Čermák podotýká, že narativní výzkumník v podstatě musí důvěřovat tomu, že autobiografická narativní vyprávění jsou:

„alespoň v určité míře výrazem způsobu, jakým zkoumané osoby dávají význam své zkušenosti a svému životu.“²⁴⁵

A v zápětí dodává, že vyprávění je vždy podmíněno kontextem, určitou situací – tedy i výzkumnou situací a tuto skutečnost by si měl badatel uvědomovat.

Participant narativního výzkumu vždy nějakým způsobem reaguje na výzvu konkrétní situace, na výzkumníka samého, jeho vyprávění je vždy ovlivněno i momentálním naladěním. D. P. McAdams se domnívá, že lze operovat s jistou mírou konstantnosti osobnosti člověka, kontext výzkumné situace tedy na základě této premisy pojímá jako odraz „stejnosti“, která se ukazuje i v aktuálním typu

²⁴² ČERMÁK, Ivo. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M. (Eds.). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 2002, s. 11-25.

²⁴³ CHRZ, V., ČERMÁK, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 427.

²⁴⁴ VAN DEN BERG, J.H. *The Phenomenological Approach to Psychiatry. An Introduction to Recent Phenomenological Psychopathology*. Springfield, Charles C. Thomas, 1995.

²⁴⁵ CHRZ, V., ČERMÁK, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 427.

sociální situace.²⁴⁶ Na základě této premisy lze vycházet z předpokladu, že participant přináší do výzkumné situace svůj životní příběh.

Při vedení narativního rozhovoru platí zásada, že výzkumník zasahuje do jeho průběhu minimálně, protože by měl „nechat se řídit vyprávěním participanta“; nicméně by si měl uvědomovat svůj možný vliv na situaci a výsledný narativ, podobně jako by měl reflektovat například vliv vlastního předporozumění problematice při realizaci interpretace narativních dat; narativní rozhovor je tedy jakousi spolukonstrukcí.²⁴⁷

Je nezbytné pojímat vyprávění životního příběhu a narativní rozhovor i v rámci širšího kontextu, v němž je vyprávěn – v rámci sociokulturního kontextu. Uplatnění principu kontextuality, uvažování o sociokulturním rámci, považují v rámci výzkumu agorafobie za velice důležité, neboť se lze domnívat, že agorafobie (jako diagnostická jednotka) zřejmě úzce souvisí s rámcem života v moderní společnosti západního typu. I. Čermák podotýká:

„Privátní narativní konstrukce jsou obvykle zapojeny do sítí životních příběhů společnosti, hlubších struktur týkajících se podstaty života člověka jako takového... Jedinci se tak stávají autobiografickými narativními jednotkami (narativitami), kterými sdělují něco o svém životě. Tyto privátní konstrukce jsou obvykle lapeny do sítí životních příběhů komunity, hlubších struktur týkajících se podstaty života člověka jako takového. Jedinec navíc určuje sám, co je zahrnuto a co vyloučeno z narativizace, jak jsou události uspořádány do děje a jaký význam je jim přisuzován. Proto je dílčí příběh jednou nebo více instancí polyfonních verzí možné konstrukce nebo prezentace jedincova já a jeho života. Tyto verze mohou být vypravěčem použity podle specifických momentálních

²⁴⁶ McADAMS, D. P. The Development of a Narrative Identity. In BUSS, D. M. – CANTOR, N. M. (Eds.). *Personality Psychology*. New York: Springer 1989; McADAMS, D. P. *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. New York: The Guilford Press, 1993.

²⁴⁷ CHRZ, V., ČERMÁK, I. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 415-433.

vlivů.²⁴⁸

V rámci výzkumu bude ve snaze o nereduktivní pohled, vycházející z individuálních příběhů, nastíněn co možná nejucelenější náhled na „aspekty vyprávění“. Individuální osudy budou vztaženy ke kontextu kultury a života v české realitě na počátku jednadvacátého století.

Zaměření výzkumu, cíle výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu realizovaného prostřednictvím kategoriálně-formální analýzy životních příběhů žen trpících agorafobií²⁴⁹ a doplňujících narativních rozhovorů lze definovat několik cílů:

- objasnit, jaký smysl má onemocnění agorafobií v životě participantek výzkumu;
- vyložit, jakou (individuálně specifickou) podobu má onemocnění agorafobií v narativech životních příběhů (symptomy, fobické situace);
- popsat individuální význam a smysl, který svému onemocnění participantky výzkumu prostřednictvím vyprávění dávají; popsat, v čem spatřují příčiny onemocnění;
- popsat tzv. „aspekty vyprávění“, objevující se v jednotlivých životních příbězích (Hodnoty a přesvědčení, Obrazy sebe a druhých, Životní témata, Způsob a míra aktérství, Reflexe a hledisko);
- uvést, jakým způsobem participantky své potíže zvládaly a zvládají, jak vypadala odborná péče, které se jim dostalo, zda využily možnosti psychoterapie, zda měly dostatek informací týkajících se nemoci.

²⁴⁸ ČERMÁK, I. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In ČERMÁK, I. - MIOVSKÝ, M. (Eds.). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 2002, s. 12.

²⁴⁹ Výraz „agorafobie“ je zde používán pro oba subtypy poruchy – agorafobii bez panické poruchy v anamnéze i panickou poruchu s agorafobií.

Poznatky získané v rámci výzkumu by měly obohatit klinickou praxi autorky práce (potažmo nejenom autorky tohoto textu). V odborných textech týkajících se onemocnění agorafobií nezřídka najdeme „pouze“ taxonomický popis diagnózy agorafobie, v rámci výzkumů bývají tematizovány i možné příčiny onemocnění. Autorka se domnívá, že přínosem pro porozumění agorafobii je porozumění smyslu a významu, který onemocnění v životě lidí má.

Participantky výzkumu

Výzkum byl realizován za pomoci deseti participantek (v textu disertační práce nepoužívám výraz „narátorka“, ale participantka). Jelikož mne zajímá, jakým způsobem dávají svému životu význam a smysl ženy trpící agorafobií, jaké je jejich prožívání, obraz nemoci a další aspekty dané problematiky, hledala jsem dospělé ženy trpící agorafobií. O spolupráci při oslovování participantek jsem žádala primárně psychiatrické léčebny a psychiatry věnující se psychoterapii, neboť se ukázalo, že ty z žen, které v rámci psychoterapie navštěvovaly soukromé praxe, nebyly nakloněny spolupráci (podobně nebyly nakloněny spolupráci i ženy, které navštěvovaly tzv. diskusní fóra věnovaná problematice fobií či úzkostných poruch obecně, pouze několik žen, členek facebookové skupiny nazvané „Panická porucha a gorafobie“ bylo ochotných ke spolupráci).

Na základě toho, že jako metodologický přístup volím kvalitativní typ výzkumu, řídila jsem se ve zpracování cílem reprezentace výzkumného problému, nikoli reprezentativností vzorku vzhledem k populaci²⁵⁰ Ve výsledku jsem pomocí tzv. účelového výběru (purposeful sample) vybrala ze „vzorku“ třiceti tří žen deset, a to na základě předem stanovených kritérií (účelové vzorkování – purposeful sampling) – základními předpoklady byla přítomnost agorafobického onemocnění a schopnost a ochota vyprávět. Vyloučila jsem ty z nich, jimž byla zároveň diagnostikována i některá z poruch psychotického spektra či u nichž primární diagnózu představovala například generalizovaná úzkostná porucha a symptomy agorafobie se vyskytovaly pouze nárazově (ženy, které měly diagnostikovanou i některou z poruch psychotického spektra, jsem vyloučila na základě předpokladu,

²⁵⁰ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.

že narativ může být u psychického onemocnění výrazně ovlivněn touto poruchou, v extrémním případě i tzv. roztržitěm). Do výsledného vzorku jsem nezařadila ty z participantek, u kterých byly diagnostikovány poruchy chování (na základě diferenciální diagnostiky MKN-10). Vyloučila jsem též ty z žen, u nichž byla diagnostikována primárně panická porucha, a symptomy agorafobie se objevovaly pouze následně. Do výsledného „vzorku“ jsem rovněž nezařadila ty participantky, které se potýkaly se závislostí (na alkoholu či lécích – šlo primárně o hypnotika), neboť jsem předpokládala, že výsledný narativ by mohl být ovlivněn do velké míry právě závislostí (u jedné potencionální participantky se též objevily symptomy agorafobie poté, co si naráz vysadila anxiolytika – tuto ženu jsem též ve výsledku nepožádala o užší spolupráci).²⁵¹

V průběhu procesu sběru dat jsem neustále prováděla evaluaci směřující k ověření toho, zda získaná data (a tím i vzorek) odpovídají stanovenému výzkumnému problému. U jedné z participantek jsem si během rozhovoru kladla otázku po tom, zda byla diagnóza agorafobie adekvátně stanovena (obvodním psychiatrem), během rozhovoru a následného přepisu jsem se utvrdila v tom, že o problematiku agorafobie s největší pravděpodobností nešlo, spíše o generalizovanou úzkostnou poruchu, a tuto ženu jsem do výsledného vzorku též nezařadila. Vzorek lze na základě stanovených kritérií považovat za homogenní.

Participantky byly osloveny prostřednictvím ošetřujících lékařů či psychoterapeutů (PN Bohnice, PL Kroměříž, PL Šternberk, PL Havlíčkův Brod, Vojenská nemocnice Praha, doc. Čálek, MUDr. Piňďáková, Mgr. Durecová). Bylo jim podrobně vyloženo zaměření, cíle, účel a postup výzkumu.

²⁵¹ Tuto problematiku zpracovává Barbara Gordon in: GORDON, B. *Tančím tak rychle, jak dokážu*. Praha: Portál, 2011. Výskyt symptomatiky agorafobie po vysazení léků, zejména anxiolytik by si zasloužil samostatný výzkum, který dle mého názoru překračuje hranice předkládané práce.

Proces získávání výzkumného materiálu – volba výzkumné metody, průběh rozhovorů a tvorba „scénáře“ rozhovorů

Při tvorbě výzkumu je využita technika tzv. narativního rozhovoru, která je vhodná obzvláště tehdy, tvoříme-li tzv. biografický výzkum.²⁵² Pokud nastavíme výchozí situaci rozhovoru tak, že dáváme podněty k volnému vyprávění, zpravidla se můžeme dostat k subjektivním, individuálně odlišným, významovým strukturám.

Participantky výzkumu byly v rámci setkání informovány o cíli, zaměření a účelu výzkumu, o postupu zpracování získaných dat a o finální formě zveřejnění výzkumných zjištění (informovány byly již před prvním setkáním prostřednictvím emailu, nicméně veškeré informace byly zopakovány během osobního kontaktu). Byl jim dán k podpisu tzv. informovaný souhlas.²⁵³ Participantky měly možnost zeptat se na cokoli, co by je zajímalo, měly samozřejmě i možnost participaci odmítnout, a to jak před započtím rozhovoru, tak kdykoli během jeho průběhu. Bylo jim dáno na vědomí, že na jakoukoli otázku nemusejí odpovídat, pokud nechtějí.

Na počátku rozhovoru bylo participantkám vysloveno poděkování a ocenění jejich vstřícnosti. Ještě před započtím vyprávění životního příběhu proběhl zpravidla neformální rozhovor, jehož cílem bylo z mé strany naladit se na účastnici výzkumu a tzv. „prolomit ledy“, mou snahou bylo navázat rozhovor pokud možno přirozeně (například J. Hendl nazývá tuto fázi rozhovoru stimulací, v rámci níž prezentuje výzkumník téma výzkumu a jeho význam, pokouší se získat důvěru).²⁵⁴

Setkání s účastnicemi výzkumu probíhalo vždy na místech, která vyhovovala primárně jejich aktuálním možnostem a potřebám (u jedné z participantek doma, na základě jejího pozvání, v pracovně na FFUK, v prostředí léčeben, kde byly

²⁵² Hendl uvádí, že výchozím bodem pro volbu této metody je nezřídka jistá skepse k možnostem „získat přístup ke zkušenosti jedince prostřednictvím schématu otázka – odpověď.“ HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 115.

²⁵³ Srv. k tomu příloha č. 1 („Informovaný souhlas pro participantky výzkumu“).

²⁵⁴ HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 116.

ženy hospitalizovány, v klidné kavárně atp.). Bylo jim nabídnuto občerstvení a byly vyzvány k tomu, aby si v případě, že pocítí například únavu, udělaly přestávku – dle toho, jak se budou cítit.

Po úvodní fázi seznámení probíhalo vyprávění. Všem participantkám byla přednesena prosba, která měla (s drobnými obměnami) tuto podobu:

„Poprosím vás, abyste mi vyprávěla váš životní příběh – co se vám v životě všechno přihodilo. Uvítám, pokud začnete narozením a budete postupně vyprávět, co se přihodilo až do dnešního dne. Nemusíte pospíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti. Pokud něčemu nebudu rozumět, tak se s dovolením doptám.“²⁵⁵

Po úvodní instrukci následovalo vyprávění životního příběhu, jež bylo nahráváno na diktafon, který byl umístěn mezi mnou a participantkou. Po skončení vyprávění životního příběhu probíhala druhá část výzkumné situace, v jejímž rámci jsem participantkám kladla otázky, které se týkaly životního příběhu (témat, která byla vynechána nebo která jsem si chtěla upřesnit). Otázky byly zpravidla tohoto typu: „můžete mi, prosím, ještě říci něco víc o době, která předcházela hospitalizaci?“, „můžu se zeptat, jak se zpětně díváte na váš vztah s přítelem?“ apod. Další otázky směřovaly k tématům, která jsem si na základě předvýzkumu stanovila jako důležitá pro porozumění onemocnění agorafobií.

Při vytváření „scénáře“ narativního rozhovoru jsem se opírala o několik výchozích opěrných bodů, abych se pokud možno vyvarovala toho, že by výzkumné šetření mělo podobu *circula viciosa*. Jsou jimi čtyři základní zdroje inspirace:²⁵⁶

²⁵⁵ Toto zadání je inspirováno obecným zněním instrukce, kterou uvádí Hendl v kapitole týkající se narativního rozhovoru. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 116.

²⁵⁶ Postup generování scénáře byl konzultován s metodology narativních výzkumů a vycházela jsem i ze studie *Zdraví jako norma, choroba, jako „vychýlení“*. *Jak se na to ptát?* TAVEL, P., POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, I. *Zdraví jako norma, choroba, jako „vychýlení“*. *Jak se na to ptát?* In NEUSAR, A., VAVRYSOVÁ, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII – Hranice normality*. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2013, s. 36-47.

- studium odborné literatury (teorie týkající se onemocnění agorafobií, výzkumné články atp.);
- mé vlastní otázky, na které jsem se chtěla ptát participantek výzkumu (inspirovány studiem literatury a mým předporozuměním problematice);
- rozhovory s odborníky, kteří se zabývají psychoterapeutickou prací s pacientkami, trpícími agorafobií (K. Durecová, O. Čálek, J. Růžička, J. Praško a Z. Piňďáková);²⁵⁷ rozhovory byly zaměřeny na pojetí onemocnění agorafobií, které tito odborníci a odbornice zastávají a na vytváření „baterie otázek“, na které bych se dle jejich názoru měla zeptat;
- focus group s frekventanty psychoterapeutického výcviku (model SUR) a se studenty psychologie 5. ročníku (Focus group byla zaměřena na jejich pojetí onemocnění agorafobie a na získání „baterie otázek“; každého účastníka jsem požádala, aby mi po skončení focus group techniky sestavil seznam deseti otázek, na které by se zeptal ženy trpící agorafobií, aby lépe porozuměl jejímu onemocnění a tomu, co prožívá;²⁵⁸ přičemž seznam otázek jsem dostala písemně.

Výsledné otázky (okruhy otázek) jsou tyto:

- Osobní vztahy – s manželem, s partnerem, s rodiči...(jak vnímáte váš vztah s...?)
- Budoucnost (jaké máte plány do budoucna?)
- Přání (co byste si přála? Například ve vztahu k budoucnosti?)
- Symptomy, úzkost, strach – (mohla byste mi, prosím, popsat, co prožíváte v situaci strachu/úzkosti?; kde například pociťujete

²⁵⁷ Viz k tomu příloha č. 2 („Seznam otázek, podklad k vytvoření scénáře“).

²⁵⁸ Viz k tomu příloha č. 2 („Seznam otázek, podklad k vytvoření „scénáře““).

strach/úzkost?)

- „Teorie nemoci“ (zda a popřípadě jakou mají participantky teorii nemoci – proč se jim dělo to, co se jim dělo...)

Metoda analýzy získaných dat

Vzhledem k zaměření a cílům výzkumu je v rámci zpracování získaných dat využívána tzv. kategoriálně-formální narativní analýza D. P. McAdamse, která poskytuje náhled na způsoby narativní struktury a ukázala se být nosnou v rámci zachycení a popisu klíčových „aspektů ztvárnění života“. Aspekty ztvárnění života jsou následující:

- životní témata;
- ztvárnění jednání;
- zápletky;
- hodnoty a přesvědčení;
- obrazy sebe a druhých;
- reflexe a hledisko.

Aspekty ztvárnění života skrze příběh, od životních témat až po reflexi a hledisko slouží jako opěrné body pro zachycení rovin jednání, prožívání a reflexe. Je třeba podotknout, že v rámci vyprávění příběhu participantem či participantkou výzkumu je život vypravěčem ztvárňován a zároveň interpretován. Během procesu narativní analýzy dochází k dalšímu ztvárnění a interpretaci řečeného výzkumníkem. Narativní výzkum je interpretací interpretace, rekonstrukcí určité konstrukce či převyprávěním vyprávění.²⁵⁹

²⁵⁹ V. Chrz ke způsobu analýzy vyprávění podotýká: „Vyprávěný život by měl být

Výzkumné interpretace jsou nastíněny v rámci jednotlivých analýz životních příběhů. Jednotlivé analýzy jsou pak shrnuty v kapitole nazvané „závěrečné shrnutí narativních analýz“.

Ztvárnění jednání, míra aktérství

Ztvárněním života prostřednictvím vyprávění příběhu vypovídá vypravěč o řádu jednání; vyprávění života je ztvárněním jednání pomocí konstrukce dějové souvislosti (konfigurace a zápletky), přičemž události jsou zároveň (kauzálně) řetězeny do smysluplného celku. Chrz v této souvislosti konstatuje: „Rozvrhnout sám sebe v životě znamená rozvrhnout se jako jednající (popřípadě i „nejednající“) postava.“²⁶⁰ V rámci narativní analýzy vyprávění je upřena pozornost na ztvárnění jednání, na způsoby a míru tzv. aktérství, neboť se ukazuje jako podstatné nahlédnout, jak se aktérky vyprávění rozvrhují - zda jsou ženy trpící agorafobií aktivními „tvůrkyněmi“ svého života („jednající postava“), či se nechají, obrazně řečeno, „vláčet osudem“ („nejednající postava“).²⁶¹

V. Chrz poznamenává, že člověk se prostřednictvím vyprávění o svém životě nastiňuje jako jednající bytost, a rozvrhuje vztahy mezi sebou samým a druhými lidmi, „příjemci akcí“. Zároveň se nezřídka pokouší legitimizovat způsob svého aktérství i aktérství druhých a vypovídá o kapacitě jednat vzhledem k okolnostem, vztahům, závazkům či schopnostem. Tuto kapacitu (míru) rozvrhovat se jako jednající bytost lze popsat pomocí konceptu tzv. jednatelství (v angličtině „agency“, které např. V. Chrz do českého jazyka překládá jako „agentivní uspořádání“). Skrze příběhy lze též nahlédnout způsob, jak lidé, individuálně odlišně, „dosahují žádoucího a vyhýbají se nechtěnému“.²⁶²

interpretován z hlediska významů, které mu ve své konstrukci dávají vyprávějící. Jak již bylo řečeno, postihnout takovéto „dávání významu“ životu znamená zaměřit se na způsob jeho narativní struktury. Narativní výzkum je tedy rekonstrukcí způsobu vytváření významu narativními prostředky.“ CHRZ, V. Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru. *Bulletin PsÚ*, 2003, vol. 9, no. 1, s. 22.

²⁶⁰ Tamtéž, s. 22.

²⁶¹ McADAMS, D. P. *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press, 1993, s. 230.

²⁶² McADAMS, D. P. *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press, 1993, s. 230.

V rámci narativní analýzy je upřena pozornost i na způsob, jakým ženy trpící agorafobií uvažují o svém životě ve smyslu směřování, či dosahování životních cílů. Míra a způsob aktérství úzce souvisejí s hodnotami a přesvědčením (můžeme říci, že jde o rovinu motivace); v rámci analýzy je sledováno, jak se participantky rozhodovaly a rozhodují; jaké ve svém životě učinily volby a jaká rozhodnutí naopak neučinily; jak pojmají téma zodpovědnosti.

Pokud se zamýšlíme nad kořeny osobitého způsobu ztvárnění jednání a míry aktérství v příbězích jednotlivých participantek, můžeme se pokusit analyzovat způsob, jakým byly participantky vychovávány.²⁶³

Životní témata

V životních příbězích lidí lze většinou vysledovat určitá témata, leitmotivy, které procházejí jako červená nit celým vyprávěním a do velké míry určují jeho podobu a vypovídají o tom, o čem se v životě jedná. Může jít o potíže, se kterými se lidé, „hrdinové vyprávění“ potýkají či o setkávání s lidmi, podobu vztahů, o hodnoty a také o to, jak do života zasahují například tzv. velké (celospolečenské) dějiny. Životní témata mimo jiné utvářejí i celkové směřování života, které lze určit i ze způsobu a obsahu vyprávění. Podobu životního příběhu lze například popsat jako „řadu nešťastných příhod“, obraz zmaru a „úpadku“, neustálý boj s nepřízní osudu poháněný vírou v lepší budoucnost, nezúčastněné „proplouvání“ životem nebo jako cestu vzhůru atp.

Zápletky

Zápletky, podobně jako životní témata, ukazují na případné potíže hrdinů příběhu a na způsoby jejich uchopení, vyrovnání se s nimi a jejich překonání. Zápletka, která mne vzhledem k zaměření výzkumu primárně zajímala, byl rozvoj nemoci, to, jak ji participantky pojímaly, v čem spatřovaly její příčiny a jak se s ní vyrovnávaly a vyrovnávají.

²⁶³ Například můžeme sledovat, zda byly vychovávány tzv. k poslušnosti, zda přivykly tomu, že svůj život podřizují přáním ostatních, či byly vychovávány k získání vnitřní svobody, jistoty a schopnosti vycházet ze svých vlastních potřeb, záměrů a přání (zde navrhuji pro ilustraci pouze dvě možnosti, nelze samozřejmě předem konstituovat obrazu výchovy ve vyprávěních a tím „manipulovat“ text do jistého, předem daného, konceptu).

Onemocnění má v životě člověka nějaký význam, jde zpravidla o vyústění určité situace.²⁶⁴ Zajímalo mne, zda lze pomocí narativní analýzy nalézat souvislosti mezi událostmi vyskytujícími se v životě participantek výzkumu a onemocněním agorafobií. Obvykle je základem zápletky určitý typ životního směřování. Zajímalo mne, zda lze při pohledu na životní příběh participantek nahlédnout, že z určitých důvodů bylo vyústění do nemoci „logické“ (zda tvořilo tzv. dobrý příběh).

Zápletky je v příběhu tím, co jej posunuje dál, „pohání jej“; je často tím, co činí příběh vyprávění-hodným. J. Bruner označuje to, co posunuje příběh dál, jako „potíž“ (trouble).²⁶⁵ Potíž je základním elementem vyprávění, který „narušuje řádné očekávání“ nebo jistý očekávatelný (tj. obvyklý) průběh vyprávění. Ve vyprávění příběhů lze sledovat, že pokud se objeví potíž, zpravidla vede vypravěče ke snaze nějakým způsobem se „vyrovnat“ se změnou situace.²⁶⁶ A toto vyrovnávání může nabýt podobu návratu k původnímu řádu či ke změně uspořádání (popsanou podobu vyprávění lze nahlédnout například skrze vyprávění lidí, kteří se v nějaké fázi svého života obrátili o pomoc k psychoterapii či jinému typu léčby). Vypravěč skrze vyprávění nezřídka i tzv. „legitimizuje“ svůj život, „konstruuje důvody a ospravedlnění, týkající se odpovědnosti aktérů vzhledem k potíži“.²⁶⁷

Zdárné vyřešení zápletky – vyléčení se z nemoci – může být krokem, který je nutno učinit, aby život-příběh mohl *smysluplně* pokračovat. Zkoušky a strádání hrdinů příběhů mají hluboký smysl v tom, že jsou *zastávkou* na cestě, během které se hlavní aktér musí naučit něco podstatného, něco, co bude v budoucnu potřebovat.

²⁶⁴ Pod pojmem situace je v tomto kontextu míněna například incidence tzv. stresových událostí, způsobů zvládnutí potíží, které život přináší atp. RABKIN, J. G., STRUENING, E.L.. Life events, stress, and illness. *Science*, 1976, vol 194, no. 4269, s. 1013-1020.

²⁶⁵ BRUNER, Jerome, S. *Acts of Meaning*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press, 1990.

²⁶⁶ CHRZ, V. Autobiografické vyprávění v osmé třídě. [online]. *Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta*. [cit. 2012-08-06]. <http://userweb.pedf.cuni.cz/~www_kpsp/etnografie/vyzkum/8/chrz.pdf>.

²⁶⁷ Tamtéž, s. 4.

Agorafobie je skutečně „zastavením se“ na cestě, znehybněním. Je omezením možnosti pohybovat se ve vnějším světě, chodit, jednat, pracovat. Toto omezení přístupu do vnějšího světa „se děje“ z toho důvodu, že ve vnitřním světě nemocného je něco hluboce v nepořádku; chybí kompetence pohybovat se dál a aktivně ztvárnit příběh až do konce. Z tohoto hlediska můžeme nahlížet na nemoc jako na výzvu, která říká, že je nutná změna.

Můžeme si ovšem položit otázku, zda agorafobie není jednáním, které si hrdina příběhu volí jako v dané chvíli jedinou možnou a nabízející se strategii zvládnutí svých životních zápletek. Nemoc má určitý smysl a funkci. Nejenom v tom, že nám dává například zprávu o tom, že něco děláme špatně a je nutno zastavit, zvolnit či změnit způsob života. Příznaky nemoci jsou také tím, co utváří, řídí či mění vztahy mezi lidmi. Z „pohledu“ aktérek může jít při onemocnění agorafobií o způsob, jak odpovědět na životní výzvy a vyřešit situaci, se kterou si nevědí rady.

Duševní onemocnění a jeho příznaky chápu jako specifický jazyk, kterým je člověk v obtížné situaci schopen hovořit s druhými a sdělovat, ztvárnit, co se s ním děje. Symptomy nemoci jsou určité zprávy, poselství, které nelze pouze mechanicky léčit, ale je nutné je pozorně číst. Agorafobie je onemocněním, které se bytostně týká *spojení či vazeb mezi vnitřním a vnějším světem*. Při hledání příčin tohoto onemocnění nelze neuvažovat nad tím, jaké aspekty má „pobyt“ ve světě u lidí trpících agorafobií, co pro ně vnější svět znamená a s jakými jeho částmi je spojena symbolizace jejich obtíží.

Vzhledem k cíli výzkumu – nahlédnout projevy onemocnění agorafobií a to, jak ji participantky vnímají a prožívají, je analyzován i narativ nemoci. V rámci analýzy je mapováno, kdy a v jakém kontextu se příznaky projeví, jak se nemoc vyvíjela, ke kterým situacím či místům se úzkost, strach či panika vztahuje atp.

Hodnoty a přesvědčení

Rovina hodnot (popřípadě soubor hodnot a morálních přesvědčení) je vždy provázána s rovinou aktérství. V. Chrz popisuje ve stati nazvané *Autobiografické*

vyprávění v osmé třídě podobu modality „chci – mohu – měl bych“.²⁶⁸ Uvedená modalita se ukazuje být nosnou i v rámci analýzy autobiografického výzkumného materiálu vztahujícímu se k onemocnění agorafobií.

Za klíčovou otázku v životě člověka lze považovat otázku po jeho smyslu. Při analýze životních příběhů je vhodné zaměřit se na to, co je pro participantky důležité, „oč v jejich životě běží“, jaké jsou jejich hodnoty – o co má smysl usilovat. Otázku po hodnotách a pocitu smyslu, zakotvení vlastní existence lze považovat za podstatnou, neboť v onemocnění agorafobií je klíčovým pocitem úzkost. Pokud se zhroutí či neexistuje orientační rámeček života, jedinec pociťuje zpravidla prázdno. Chybění referenčních bodů bývá provázeno nesnesitelným hluboce zúzkostňujícím pocitem. Pokud si během života jedinec nevytvoří „referenční bod“ sami v sobě, žije zpravidla neautentickou existencí, nechá se řídit a ovlivňovat druhými, a pak se v okamžiku, kdy by měl převzít rozhodování o svém osudu, před ním či v jeho nitru otevře propast a s ní hrůza z možného, hrůza ze svobody, z nutnosti volby a ze zodpovědnosti, kterou s sebou nutnost volit nese.

Ve vyprávění se odráží individuální systém hodnot a přesvědčení vypravěče. Z tohoto systému lze poznat, jak to podle autora příběhu „v životě chodí“, jaká je jeho životní filosofie; jaká je metanarace příběhu. Pokud sledujeme nejruznější přesvědčení vypravěče životního příběhu, můžeme se někdy dozvědět mnohé i o tom, jakou zastává „teorii“ – jde o předpoklady, které umožňují vysvětlit a „obhájit“ proč se člověk stal zrovna tím, čím se stal. Ve vyprávění životního příběhu, v narativní konstrukci, jde o to, dát životu určitý smysl. A akty dávání smyslu jsou provázeny procesy ospravedlňování, zhodnocování či zdůvodňování.

Obrazy sebe a druhých

Při analýze životních příběhů mne zajímalo, jak respondentky vidí a popisují samy sebe, jaký je jejich sebeobraz. Ve vyprávění životního příběhu dochází

²⁶⁸ CHRZ, V. Autobiografické vyprávění v osmé třídě. [online]. *Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.* [cit. 2012-08-06]. <http://userweb.pedf.cuni.cz/~www_kpsp/etnografie/vyzkum/8/chrz.pdf>., s. 9.

k tomu, že vypravěč ztvárňuje sebe jako „postavu“, stejně tak i druzí lidé jsou postavami příběhu (McAdams používá výraz „imago“ – význam lze popsat jako personifikovaný obraz sebe či druhé osoby)²⁶⁹. Vladimír Chrz k tomu uvádí:

„Narativní konstrukce umožňuje dát životu dramatický rozměr. Umožňuje ztvárnit obrazy sebe i druhých jako „postavy“, tj. jako dynamické „pozice“ pohybující se a interagující v prostoru a v čase. A umožňuje tyto „pozice“ vyjádřit prostřednictvím „hlasů“, v jejichž dialogích či „sporech“ dochází k dojednávání smyslu... Zkonstruovat sebeobraz, tj. ztvárnit se jako „postava“ mající určitou „pozici“, znamená rozvrhnout se v určitém prostoru, v určitém čase a ve vztahu k druhým lidem.“²⁷⁰

Pokud hovoříme o druhých lidech, hovoříme do velké míry o sobě samých. Při analýze obrazů druhých ve vyprávění životního příběhu šlo o to pochopit, jak respondentky vnímají druhé lidi, zejména tzv. „důležité druhé“ (important others). Dále o to, jakou roli v jejich životě druzí lidí hrají. Z vyprávění životního příběhu lze též usuzovat i na schopnost a ochotu vypravěče vcítovat se do lidí a reflektovat jejich odlišné pohledy na společně prožívané situace.

V životních příbězích hrají důležitou roli obrazy lidí, kteří jsou nějakým způsobem pro vyprávěče děje podstatní. Jde o to, jakou roli v příběhu hrají a jaký vztah mají k hlavnímu hrdinovi. Pro pochopení světa respondentek je důležité, jakým způsobem se s těmito důležitými druhými setkávají, co od nich přijímají či co od nich naopak nedostávají.

²⁶⁹ McADAMS, D. P. *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press, 1993, s 123-132.

²⁷⁰ CHRZ, V. Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru. *Bulletin PsÚ*, 2003, vol. 9, no. 1, s. 4.

Reflexe a hledisko

Ve vyprávění respondentek je zajímavý především způsob, jakým reflektují „vnější svět“ - události, vztahy s lidmi a v neposlední řadě své onemocnění. Tvrzení „události v nás vyvolávají určité emoce“ se zdá být samozřejmé. Je ovšem otázkou, zda jsme si této skutečnosti vždy vědomi. V této souvislosti mne zajímalo, zda a do jaké míry jsou participantky schopny věci prožívat, jak své emoce čtou a jak jim rozumí; případně jaké emoce chybí v jejich tzv. „emočním slovníku“ a proč či které události líčí tak, jakoby je vůbec neprožívaly.

S reflexí úzce souvisí i hledisko vypravěče příběhu. Životní příběh je o samotném vypravěčovi. Je otázka, do jaké míry vypravěč svého „hrdinu“ zná. V souvislosti s hlediskem vypravěče příběhu jsem se zaměřila zejména na to, jak je příběh vyprávěn. Zda jde například o líčení sledu životních událostí či spíše o subjektivní pohled na ně, který nám napoví, jak je participantky prožívaly či prožívají.

Proces zpracování výzkumného materiálu

Veškeré rozhovory s participantkami výzkumu byly kompletně (slovo od slova) přepsány, a to buď mnou, nebo studenty a studentkami psychologie.²⁷¹ Studijící přepisovali rozhovory s participantkami v rámci přípravy na atestaci v předmětu Metodologie; byl jim zaslán podrobný návod, jak při přepisu postupovat.²⁷² Vzhledem k typu výzkumu byla zvolena jako optimální metoda tzv. komentované transkripce. Ta zachycuje i vybrané podstatné informace, které nebývají obsaženy v klasickém doslovném protokolu. Jde o doslovný přepis řečeného, který je doplněn přesně definovaným systémem znaků²⁷³, jeho prostřednictvím jsou

²⁷¹ Studující jsou posluchači třetího ročníku oboru psychologie na PVŠPS, přepis rozhovorů s participanty kvalitativních výzkumů považují za hodnotnou výzkumnou praxi, málokdy se člověk totiž dostane k tomu, že poslouchá tak intenzivně, jako je tomu v situaci, kdy se věnuje přepisu rozhovoru. V rámci zpracování „úkolů“ v předmětu Metodologie byly studující zároveň požádáni, aby vypracovali vlastní narativní analýzu přepisovaného materiálu dle metody kategoriálně-formální analýzy (vyzkoušeli si tedy „na vlastní kůži“ jednu z možných metod zpracování dat a jejich výsledné analýzy jsem zapracovala do textu práce (pro jejich kvalitu) jako jednu z metod validizace.

²⁷² Viz příloha č. 3 („Transkripce rozhovorů – návod“).

²⁷³ HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 152.

naznačeny „nápadné příznaky promluvy“, jako jsou pauzy, zdůraznění, způsoby řeči nebo smích.²⁷⁴

V rámci zpracování „úkolů“ v předmětu Metodologie byli studující zároveň požádáni, aby vypracovali vlastní narativní analýzu přepisovaného materiálu dle metody kategoriálně-formální analýzy (tento úkol bohužel nebyl splněn uspokojivým způsobem) a byl jim též předložen k podpisu formulář čestného prohlášení,²⁷⁵ ve kterém se zavázali, že nebudou zveřejňovat žádné údaje, zjištěné z nahrávky rozhovoru (data využijí pouze k vypracování vlastní narativní analýzy).

Prvním krokem k postupné analýze textů bylo přepsání zaznamenaných vyprávění. Na tomto místě je nutné poznamenat, že zachycení a přepis rozhovorů není pouze technická záležitost. Z komplexní události rozhovoru mezi dvěma lidmi je přepisem zachycena pouze určitá část. Celkovou náladu setkání, subjektivní ladění participantek i výzkumníka a jakoukoli neverbální komunikaci mrbývají zachyceny, protože je pořizován pouze zvukový záznam.

Jsem si vědoma toho, že nálada a celkový duševní stav žen, které jsem zpovídala, i působení mé osoby ovlivnilo vyprávění. Příběh nelze nikdy vyprávět stejně. V průběhu času se mění jak vypravěč, tak posluchač. Ivo Čermák poukazuje ve stati nazvané *Myslet narativně: kvalitativní výzkum „on the road“* na skutečnost, že životní příběh je nutno chápat jako hypotetický konstrukt, který není v rámci výzkumu zcela přístupný, a to ze dvou hlavních důvodů. Prvním důvodem je právě ona jedinečnost setkání ve výzkumné situaci. K výzkumné situaci I. Čermák podotýká, že:

„každý příběh, který získáme, je ovlivněn kontextem, v němž je vyprávěn: cíl interview, povaha posluchačstva a vztahy, jež se formují v průběhu výzkumu mezi vypravěčem a naslouchajícím, jejich podobné

²⁷⁴ Tamtéž s. 153

²⁷⁵ Viz příloha č. 5. („Čestné prohlášení“).

kulturní zázemí, aktuální nálada vypravěče atd.“²⁷⁶

Druhým důvodem, proč není životní příběh zcela přístupný, je jeho proměnlivost v průběhu času. Ivo Čermák k tomu podotýká:

„Když je dílčí příběh nahrán a přepsán, dostaneme text, který je zmrazený, metaforicky bychom mohli říci, že jsme získali fotografii dynamicky se měnící identity. Dále příběh čteme jako text a interpretujeme jej jako statický produkt, jako kdybychom interpretovali vnitřní, tj. existující identitu, která je ve skutečnosti neustále v pohybu.“²⁷⁷

Vladimír Chrz v odborné stati nazvané *Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru* ke stejnému problému podotýká, že na základě zafixované podoby „výzkumného materiálu“ v přepsané verzi a jeho následného opakovaného čtení původní rozhovor nezbytně redukuje. V rámci výzkumu dochází k rekonstrukci původního textu, výzkumník vytváří nové vyprávění, které je vlastně převyprávěním původní narativity participantky získané rozhovorem.

Etické aspekty výzkumu

Vybrané participantky s rozhovorem souhlasily zcela dobrovolně (a nutno podotknout, že i velice ochotně), nebyly žádným způsobem „přemlouvány“, a to ani z mé strany ani ze strany personálu jednotlivých oddělení psychiatrických léčeben. Participantkám byl předložen text, který je informoval o zaměření, cíli, podobě a formě zpracování výzkumu.²⁷⁸ V textu jsem též vyjádřila svůj názor týkající se toho, že agorafobie není v běžné populaci příliš známým onemocněním.²⁷⁹ Participantky byly seznámeny se skutečností, že bych ráda alespoň trochu přispěla k zaplnění tohoto informačního vakuu – během rozhovorů

²⁷⁶ ČERMÁK, I. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In Čermák, I, Miovský, M. (Eds.). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 2002, s. 13.

²⁷⁷ Tamtéž, s 14.

²⁷⁸ Viz příloha č. 7. („Text týkající se výzkumu-prosba o účast na výzkumu“).

²⁷⁹ Lidé se zpravidla domnívají, že jde o strach z pavouků. V českém kontextu nenajdeme o agorafobii mnoho publikací (to se týká odborných periodik, populárně naučných i tzv. populárních, zpravodajská periodika nevyjímaje).

s participantkami se poté ukázalo (zpravidla během tzv. „zahřívací fáze“ rozhovoru), že tento zájem byl ze strany participantek velmi ceněn, byl pro ně i motivací.²⁸⁰

Participantkám byl předložen k podpisu informovaný souhlas (uložen v soukromém archivu autorky). Součástí informovaného souhlasu bylo i mé ujištění o tom, že pokud bude práce zveřejněna na internetových stránkách UK Praha, přílohy obsahující přepis rozhovorů budou podléhat zvláštnímu režimu ochrany soukromí a zveřejněny nebudou. Veškeré údaje vedoucí k možné identifikaci participantek byly změněny (jméno, datum a místo narození, jména rodinných příslušníků, jména dalších osob, název léčebny či nemocnice, kde probíhala hospitalizace, jména ošetřujících lékařů či psychologů). Namísto pouhých iniciál křestního jména a příjmení používám v příbězích imaginární křestní jména, neboť se domnívám, že celý příběh působí „osobněji“ (tato imaginární jména mají jiná počáteční písmena, než jména reálná).

Postup zpracování narativní analýzy životních příběhů nezřídka zahrnuje i „uzavření interpretačního kruhu“ – interpretace životního příběhu a narativního rozhovoru, provedená výzkumníkem, je podrobena revizi ze strany participantů výzkumu. Jde o možnost, kterou jsem velice vítala, nicméně jsem od ní byla nucena ustoupit a to po dohodě s ošetřujícími lékaři či psychologem – existovala totiž obava, že by tato míra participace mohla narušit proces terapie. Tuto obavu jsem se rozhodla plně respektovat. U jedné z participantek však tato překážka neexistovala, výše zmíněnou metodu validizace jsem tedy využila a předkládám ji v rámci příslušné interpretace.

Co ukázal předvýzkum

Narativní analýze životních příběhů žen trpících tímto onemocněním jsem se

²⁸⁰ Participantky nezřídka hovořily o zkušenosti počátků nemoci, kdy neměly představu o tom, co se s nimi vlastně děje. Případaly si „nenormální“, divné a především – měly pocit, že jsou s prožívanými problémy samy. Zjištění, že se jedná o poměrně rozšířenou nemoc, pro ně bylo někdy spíše úlevné.

věnovala již ve své diplomové práci.²⁸¹ Výzkumná sonda, realizovaná za účasti čtyř participantek (zde tzv. „předvýzkum“), opírající se o narativní analýzu životních příběhů, se ukázala být nosnou, nicméně po jejím dokončení vyvstala potřeba ověřit získané poznatky dalším výzkumem a vytvořit takový „design“ nové výzkumné studie, který by se vyvaroval původních metodologických nedostatků.

Autorka dospěla v rámci předvýzkumu k náhledu na onemocnění agorafobií, který „vykazoval“ jisté styčné body, vysledovatelné napříč individuálními životními příběhy. Analogie bylo možné nalézat zejména tehdy, kdy se ve vyprávěních životních příběhů ukazovalo tzv. ztvárnění jednání, tedy míra aktérství. Zdá se, že v jednání participantek v nejrůznějších životních situacích se projevuje tendence neopírat se příliš o vlastní touhy a přání (v tom hrála zřejmě roli výchova akcentující poslušnost a i jistou míru sebeobětování).

Je nutné podotknout, že způsob rozvržení se jako jednající bytost ve světě je vždy nějakým způsobem vázán na identitu člověka. Identita žen trpících agorafobií (tj. „výzkumného vzorku“ participantek) se jevila jako „nepevná“. Tyto ženy výrazně postrádaly tzv. „opěrný bod“ samy v sobě, povětšinou plnily životní plán, který jim byl nějakým způsobem „dodán“ zvenčí; nebyly aktivními tvůrkyněmi vlastního života. Tento aspekt jejich existence se ukázal mimo jiné i prostřednictvím odpovědí na otázky týkající se budoucnosti, přání a plánů.

Je přirozené, že pokud necítíme jistotu sami v sobě, pokud naše já není referenčním bodem, svět můžeme vnímat jako ohrožující a reagovat na něj úzkostí. Rodiče účastnic výzkumu zřejmě nepředali těmto ženám schopnost uvědomit si, že jsou svobodnými bytostmi, které se života a vlastního aktérství nemusí bát, neboť život lze naplnit smyslem (a nikoliv zaplnit). Na příbězích, které participantky vyprávěly, se v různých momentech ukázalo, že do jisté míry „mechanické“ plnění povinností v určitém okamžiku selže. V příbězích se otázka smyslu vlastního života ujatovala jako poměrně problematická.

²⁸¹ KOŤOVÁ, Magdalena. *Agorafobie*. Praha, 2006, 182 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Vedoucí diplomové práce J. Šípek.

Nosné se ukázalo pojetí nemoci jako zápletky v příběhu, spolu s kontextualizací potíží – ukázalo se, že vyústění v nemoc bylo vždy, svým specifickým způsobem, „logické“, šlo o smysluplný „celek“. Onemocnění agorafobií bylo možné pojímat jako svého druhu „potřebné“ zastavení se na cestě životem tehdy, kdy z nějakého důvodu nebylo již možné žít život stejným způsobem, jako před onemocněním. V rámci realizovaného výzkumu pro účely diplomové práce a jeho zpětné analýzy se též ukázala jako velice nosná rovina osobních vztahů participantek výzkumu (zejména partnerských či manželských), bohužel byla v původních interpretacích poněkud pomínuta (zde byl předvýzkum velice přínosný v tomto poukazu na deficity provedené interpretace). Další oblastí, která nebyla příliš tematizována, byla otázka konkrétní podoby strachu či úzkostí, které tyto ženy zažívají. Uvedené oblasti se pokouším zmapovat v rámci předkládané výzkumné sondy. Opět využívám možnosti, jež mi nabízí kategoriálně-formální analýza, neb se tato metoda ukázala jako velmi nosná.

V neposlední řadě se ukázal jako velice zajímavý přístup, v jehož rámci chápeme nemoc jako metaforu jisté životní situace a jednotlivé symptomy onemocnění (nezřídka velice pestré) jako specifický jazyk, komunikační prostředek.

Reflexe a předporozumění zkoumané problematice

McAdams podotýká, že výzkumníci zpravidla zastávají jistá přesvědčení, která jim pomáhají nalézat významné momenty v textech, z nichž vycházejí. Poznává, že teoretické předpoklady zastávané výzkumníkem mohou napomáhat (explicitně i implicitně) v určování směru bádání – upozorňuje však, že je nutné mít vždy na paměti cíl dosažení nového pohledu na určitý jev, nikoli pouze potvrzení predeterminovaných kategorií²⁸².

V rámci této podkapitoly nastiňuji vlastní předporozumění problematice – cílem je poskytnout čtenáři náhled na výchozí premisy, na jejichž základě se pokouším

²⁸² McADAMS, D. P. Exploring Psychological Themes Through Life-Narrative Accounts. [online]. *Varieties of narrative analysis*, 2012. 2001 [cit. 2043-01-23]. <http://www.sagepub.com/upm-data/41822_1.pdf>.

konstruovat výzkum. V rámci snahy o kritický náhled na možná zkreslení mého pohledu na problematiku onemocnění agorafobií u žen jsem realizovala mimo jiné i polostrukturované rozhovory s odborníky, které považuji za autority v práci s lidmi a úzkostnými poruchami a o nichž se lze domnívat, že zastávají jinou perspektivu pohledu, než je daseinsanalytická, existenciální či „narativní“ (K. Durecová, J. Praško, J. Šípek). Tito odborníci jsou nositeli určitého předporozumění, ve své dlouholeté práci však vycházejí z bohatých zkušeností s trpícími jedinci a proto jsem se domnívala, že by rozhovory s nimi mohly vést k tomu, že poukáží například na tzv. „bílá místa“ pojetí nemoci, které zastává autorka práce.

Velice mne ovlivnila odborná literatura týkající se tématu agorafobie. Je nutné podotknout, že některé teorie mne oslovily a určily můj pohled na danou problematiku více než jiné. Mezi tyto „nejvíce působivé“ (dobré příběhy) pohledy na onemocnění agorafobií řadím zejména teorie tematizující kulturní a sociální kontext onemocnění agorafobií v tzv. západním světě. Podprahově mne zřejmě inspirovaly i feministické přístupy inspirované sociálním konstrukcionismem, neboť téma role ženy ve společnosti a její proměny možná s poměrně vysokou incidencí úzkostných poruch v populaci žen souvisí; sociální konstrukcionismus je směrem, který výrazně tematizuje neexistenci absolutní pravdy. Dále mne ovlivnil pohled na onemocnění agorafobií z hlediska existenciální analýzy a v neposlední řadě i psychoanalytické a neoanalytické příspěvky k tématu, zejména teorie tzv. attachmentu. Za velice podnětný považuji i přístup J. Vymětala, výrazně inspirovaný systemickou teorií a hledající kontext onemocnění vzhledem k systému, ve kterém vzniklo.

Otázkou vlastního předporozumění onemocnění agorafobií se autorka intenzivně zabývala v úvahách o možných příčinách a podobách onemocnění. Úvahy se týkaly zejména toho, jaká je osobnost lidí trpících agorafobií. Představa světa člověka trpícího tímto onemocněním přivedla autorku k myšlence pokusit se vytvořit fiktivní narativ – vyprávění životního příběhu, tento narativ sepsala a v rámci výsledné narativní analýzy se ukázala velice zajímavá skutečnost. V tomto narativu byly zdůrazněny zejména momenty kontroly rodinou, nesvobodné aktérství, neschopnost rozvrhnout sebe sama jako aktivní tvůrkyni vlastního života. Akcentována byla značná nesamostatnost a nejistota v sobě

samé, která se promítala do vztahů „hlavní hrdinky“ příběhu. V rámci tvorby výsledných narativních analýz měla autorka na paměti toto své subjektivně zabarvené „prizma pohledu“ a na jeho základě byla nucena neustále se tázat, zda v rámci interpretace nepotvrzuje pouze své vlastní předpoklady (svůj pohled na aspekty onemocnění bez ohledu na konkrétní podobu vyprávění).

Credibilita výzkumu, reliabilita a validita (hodnocení kvality výzkumu)

Hendl se v publikaci *Úvod do kvalitativního výzkumu* zabývá úvahami nad tím, jakými způsoby lze hodnotit kvality výzkumů (myšleno kvalitativních). Poukazuje mimo jiné na tendenci hodnotit kvalitativní studie pomocí kritérií aplikovaných na kvantitativní zkoumání jevů a na problematičnost tohoto přístupu k hodnocení. Uvádí mimo jiné i citát předního odborníka na tzv. případové studie R. Stakea, který k problematice hodnocení kvality podotýká:

„Pokud chce čtenář napadnout výsledky zprávy o případové studii, pravděpodobně řekne, že studie byla provedena subjektivně a nereprezentativně a výsledky, že jsou nepřesvědčivé. To může být i pravda. Ale tím se studie nezhodnocuje. Odpovědí na tyto otázky je dobrý popis metodologických a koncepčních úvah, které byly během studie provedeny včetně snah o verifikaci výsledků nebo jejich vyvrácení.²⁸³“

V rámci snahy o co nejpřesnější popis předkládaného narativního výzkumu popisují co nejpodrobněji vlastní předporozumění problematice (včetně všech zdrojů tohoto předporozumění), metodologické a koncepční úvahy, proces rozvah o zaměření výzkumu, zvolenou metodu sběru i analýzy dat, proces získávání dat a jejich zpracovávání, způsob výběru participantek, průběh setkání s nimi, uvádím samozřejmě i diskusi i snahy o verifikaci dat (či překážky verifikace, například prostřednictvím revize výzkumných závěrů participantkami – tzv. „komunikativní validizace“).

²⁸³ STAKE, R. The art of case study. In HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999, s. 252.

V předložené práci se zabývám zde kritérii hodnocení kvality, která vycházejí ze specifik kvalitativního výzkumu (tj. neaplikuji kritéria vhodná pro kvantitativní studie) a jsou konstituována na základě respektu k teoretickému zázemí zvolené metody (zde narativní perspektiva pohledu). V rámci předkládané výzkumné práce vycházím z hermeneuticko-narativního pojetí obecné roviny validity, jež je i východiskem metodologického ukotvení práce. Narativní výzkum je primárně založen na analýze textu, vychází z něj a v rámci tzv. hermeneutického kruhu se k němu opět navrácí. Možnost posouzení adekvátnosti výzkumných závěrů uvádím doslovný a komentovaný přepis vyprávění participantek v přílohách práce.²⁸⁴ Vycházím též z předpokladu, který říká, že participantky jsou (v kvalitativním slova smyslu) reprezentantkami - „nositelkami významu“, zkušenosti, jejímiž nositeli jsou lidé „podobného osudu“ – v našem případě jde o ženy trpící onemocněním agorafobií.

Je nutné podotknout, že v rámci narativního přístupu k výzkumu je „pravda“ „pravdou“ konstruovanou. Jde o „pravdu lokální“, neboť výchozí texty i výsledné interpretace jsou vždy konstruovány v rámci určitého specifického kontextu. Chrz poznamenává, že pokud se zabýváme otázkami credibility narativního výzkumu, může být pro výzkumníka vzorem, skrze nějž lze pohlížet na zkoumanou skutečnost, tzv. dobrý příběh. Ukazuje se, že kritérium dobrého příběhu můžeme aplikovat i na výzkum jako takový; platnost výzkumných zjištění (v tomto případě narativní analýzy životních příběhů a rozhovorů) může být posuzována na základě jejich důvěryhodnosti a přesvědčivosti.²⁸⁵ Chrz zároveň poznamenává:

„Narativní výzkum (především jeho výsledná presentace v textu) by měl přesvědčovat tím, čím nám jakožto lidským bytostem naše zkušenost a náš život dávají smysl, tedy svojí koherencí a směřováním, celkovou podobou a tvarem, kontextem, dynamikou, časovým a prostorovým

²⁸⁴ Viz příloha č 7 („Doslovné přepisy rozhovorů vedených s participantkami výzkumu“).

²⁸⁵ CHRZ, V. *Výzkum jako narativní rekonstrukce*. [online]. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze [cit. 2011-03-05]. <<http://narativniperspektiva.blogspot.cz/2009/10/vyzkum-jako-narativni-rekonstrukce-v.html>>

rozvržením, dialogičností či dramatičností.“²⁸⁶

Pokud realizujeme narativní výzkum, je vhodné si uvědomit, že výsledná „lokální pravda“, tzv. dobrý příběh tak, jak je konstruován, vychází do velké míry z osobnosti a určitého „světonázoru“ výzkumníka (viz předporozumění problematice). Předporozumění nejsou univerzálně sdílená, shodná, často vycházejí z nejrůznějších diskursů a paradigmat, lze tedy předpokládat, že závěry konstruované za pomoci narativní analýzy textů nebudou pojmány jako dobrý a uvěřitelný příběh odborníky, kteří zastávají zásadně odlišná přesvědčení. Cílem výzkumu je pokusit se porozumět subjektivnímu světu a tomu, jakým způsobem dávají ženy trpící agorafobií význam svému životu skrze vyprávění. S ohledem na tento cíl se pokouším předkládat co nejkompaktnější postup realizace výzkumu a tím text „otevřít čtenáři“, aby jej tento buď mohl přijmout či podrobit kritice.

V rámci zajištění reliability studie je využíván zejména standardizovaný způsob transkripce výzkumných dat.²⁸⁷ Velká pozornost byla věnována i studiu narativní analýzy životních příběhů a rozhovorů či subjektivní reflexi interpretací (kritérium reflexe uvádí mimo jiné Hendl v publikaci *Úvod do kvalitativního výzkumu*). V rámci zvýšení credibility výzkumné studie jsem se rozhodla využít i možnost podrobit vyprávěné příběhy interpretaci jinými výzkumníky. Tito byli podrobně seznámeni s metodou kategoriálně-formální analýzy, nebyli však obeznámeni s konkrétní „podobou“ autorčina předporozumění zkoumané problematice. Do participace na výzkumu tedy vstupovali se svým vlastním předporozuměním, které je též zreflektováno v rámci výsledných analýz, které uvádím v přílohách.²⁸⁸ Externími hodnotiteli byli studenti studující pátý ročník oboru psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií (Pavel O. a Petr V.).

Doplňující výzkumné otázky byly konstruovány pomocí několika metod.

²⁸⁶ CHRZ, V. Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru. *Bulletin PsÚ*, 2003, vol. 9, no. 1, s. 5.

²⁸⁷ Viz příloha číslo 3 („Transkripce rozhovorů-návod“).

²⁸⁸ Viz příloha číslo 4 („Narativní analýzy externích hodnotitelů“). Jednotlivé analýzy uvádím v příloze číslo čtyři v pořadí, které se shoduje s pořadím autorčiných interpretací uváděných v rámci výzkumu. U každé analýzy je uvedeno křestní jméno a počáteční příjmení autora.

V úvodní fázi výzkumu bylo též vyjasněno, z jaké definice zkoumaného jevu autorka práce vychází (v rámci eliminace tzv. chyby třetího druhu).

Jednotlivé narativní analýzy životních příběhů participantek výzkumu

V rámci jednotlivých narativních analýz vyprávění životních příběhů jsou vždy pojednávány jednotlivé aspekty vyprávění. Každý příběh je jiný, jedinečný. Osobitá je struktura vyprávění, i jazyk, kterým vyprávěčky hovoří. Je zřejmé, že analyzovat jednotlivé aspekty odděleně není vždy zcela možné – hodnoty se logicky prolínají s aktérstvím, aktérství s podobou vztahů atd. V každém jednotlivém příběhu také vyvstává jako důležitý jiný aspekt či případně životní téma. V rámci analýz je postupováno tak, že „důležitá“ témata či aspekty jsou pojednávány v pořadí dle důležitosti, rozsáhleji a podrobněji. Důležitost je analyzovaným aspektům přiřítána autorkou, na základě jejího „způsobu čtení“ textu, jde o specifický způsob „převyprávění vyprávěného“. Adekvátnost jednotlivých „rekonstrukcí“ má čtenář možnost posoudit pomocí četby doslovně přepsaného rozhovoru. V úvodu každé analýzy je uvedeno číslo příslušné přílohy. Narativní analýzy „spoluhodnotitelů“ jsou čtenáři k dispozici v přílohách práce (opět je v textu odkaz na číslo).

Jednotlivé narativní analýzy nesou název, který je vždy tvořen úryvkem vyprávění dotyčné participantky výzkumu. Tento název je uveden v uvozovkách, tučně a kurzívou. Jde o věty či jejich části, o kterých se autorka práce domnívá, že do jisté míry metaforicky vyjadřují, „o čem příběh je“. V určitých bodech narativních analýz je přímo v textu citována původní výpověď participantek výzkumu, tyto citace jsou uvedeny kurzívou. S cílem usnadnit čtení jsou vynechány značky sloužící pro transkripci tzv. „nápadných znaků promluvy“. Pro zvýšení přehlednosti interpretačních závěrů jsou jednotlivé aspekty vyprávění v textu zdůrazněny **tučně**, další důležité body pak podtržením.

„Nějak to zvládám“

Narativní analýza životního příběhu slečny Heleny

Slečně Heleně je dvacet pět let, v současné době studuje na vysoké škole, je svobodná, bezdětná. Byla oslovena prostřednictvím facebookové skupiny Panická porucha a agorafobie, k účasti na výzkumu se sama přihlásila, neb ji těší, že se problematikou „někdo zabývá“. Setkání proběhlo v kavárně v Brně, místo bylo vybráno slečnou Helenou.

Pokud se pokusíme analyzovat **obrazy sebe a druhých** ve vyprávění slečny Heleny, setkáme se s vypravěčkou, která sama sebe popisuje jako úzkostnou a introvertovanou. Přítomnost těchto rysů osobnosti u sebe shledává již v dětství: *„Ale byla jsem od malička úzkostné dítě. Introvertka. Měla jsem problém se nějak sdružovat jako že shánět kamarády a takhle. Takže jsem potom šla do školky, právě kvůli tomu, abych se tam naučila, jako abych se otrkala a tak. A to se asi povedlo docela.“* Slečna Helena dále podotýká, že měla potíže, trvající po celou dobu školní docházky, s tím, „zapadnout“ mezi lidi, ve společnosti se necítila zcela dobře, připadala si odstrčená. Tím, co zřejmě postrádala, byl pocit přijetí, pocit „domovského práva“ mezi druhými lidmi.

Během docházky do školky či později na střední školu zažívala slečna Helena období, kdy se „otrkávala“ neboť měla „šílenou pubertu.“ *„Že jsem měla, já jsem měla fakt potřebu se hodně vymezovat v té pubertě jo, že jsem měla docela takovou šílenou pubertu. Byla jsem strašně drzá a potřebovala jsem si upevnit ten svůj názor náky. A rodiče byli úplně opačného názoru jo. A ta babička, takže já... divím se, že jsem to nějak jako přežila v pohodě.“* I v obdobích „otrkávání se“ a vzdoru přetrvával pocit odstrčení, jinakosti. Zároveň se před lidmi zřejmě necítí jistě, což přičítá problémům se sebevědomím. *„Já mám doted'ka strašnej problém mluvit před lidma prostě jo. Jako se sebevědomím a prostě nák se prezentovat nebo takhle jo, že to je problém.“*

Velký vliv na její výchovu měl otec, který obě dcery vychovával spíše „jako syny“, vedl je k samostatnosti a k tomu, aby vždy vše zvládly a poradily si samy. Sestra Heleny je sportovkyně, racionálně založená, psychicky silná,

individualistka, „*spíš jako rodiče*“. O sobě Helena říká, že „*potřebovala spíše jiný přístup, chápavější*“. Výchově k samostatnosti přičítá tu skutečnost, že nakonec vše zvládala, nutno i podotknout, že si nezřídka poradila sama (vyhledání péče psychologky, psychiatra, psychoterapie, osobní rozvoj), nicméně by si bývala přála, aby se k ní přistupovalo více v „*rukavičkách*“; přístup rodičů charakterizuje jako „*přes čáru*“.

Rodiče jsou zobrazeni jako lidé, kteří neumějí komunikovat, ani mezi sebou, ani s dcerami (Helena zpětně nahlíží souvislost neschopnosti rodičů vzájemně komunikovat s neschopností komunikovat s dcerami). Vyrůstala v „harmonické rodině“, kde se rodiče „nehádali“ – možná i z toho důvodu, že jim chyběla schopnost či potřeba sdílet. Právě sdílení je tím, co Heleně zřejmě chybí a co by potřebovala. Manželství rodičů se rozpadlo a dnes spolu nemohou být u jednoho stolu. Vztahy v rodině označuje Helena jako „divné“ a povrchní a jejich podobě a výchově přičítá i původ své nemoci: „*Ale já taky asi tuším, že to pochází z té rodiny. Že my to fakt máme takové divné vztahy a jsme vlastně dvě sestry a já si myslím, že ten táta náš vychovával jako spíš syny jo, že si moc neuvědomil, že má doma holky. A vždycky jsme byly vedené strašně k samostatnosti a k tomu jako že porad' si sama a prostě, jo.*“ Zde lze poznamenat, že pokud je někdo veden primárně k samostatnosti, bez respektu k potřebám, které pociťuje, není mu také zřejmě poskytována podpora, kterou by jistě potřeboval. Helena zřejmě také nebyla příliš chválena a oceňována, možná i z toho důvodu jí dělá potíže vystupovat před lidmi. Pohyb zakotvení, o kterém hovoří Patočka, byl u slečny Heleny díky výchově v rodině, zřejmě problematický. Tzv. žitý svět a jeho střed, oblast blízkého, tedy domov, zřejmě nebyl naplněn skutečnou blízkostí a tuto blízkost pak Helena nebyla schopna nacházet ani mezi druhými lidmi.

Sama sebe Helena popisuje jako „černou ovci rodiny“, od sestry, která „*si fakt poradí a je stabilní*“ se odlišuje svým vnitřním nastavením, od zbytku rodiny pak i zájmy a zálibami (alternativní kultura, sociální práce, neziskový sektor): „*u nás je to vyloženě na byznys a na prachy jako v té rodině a politika se hodně řeší a takhle. A já jsem taková trochu jiná no.*“ Helena zřejmě není ztotožněna s pojetím světa, které zastává její rodina, je jí bližší jiný hodnotový systém, svou identitu staví na jiných základech, než které jsou v její rodině tradičně přijímány. Na její „jinakost“ a možná i jistou křehkost zřejmě upozorňovaly i symptomy agorafobie

– ukázalo se, že není „tak stabilní“ jako její sestra.

Z vyprávění vyplývá, že pro Helenu je důležitý „vnitřní svět“ a potenciale i možnosti jeho sdílení s druhými lidmi (právě sdílení vnitřního světa s přítelem je pro ni výraznou hodnotou tohoto vztahu). Zde jde zřejmě o potřebu hledání blízkosti a důvěrnosti. O rodičích hovoří jako o lidech, kteří jsou chladní, logicky a racionálně uvažující, nedisponující pochopením pro „vnitřní svět“ (svůj ani druhých lidí). *„Že jsou takový hodně jako racionální jo. Taková chladní logici, oba inženýři moji rodiče, takže vůbec nějaký vnitřní svět, nebo psychické problémy neberou, neznají.“* Je zajímavé, že Heleně během rozhovoru „dojde“, že přítel je v mnoha věcech podobně nastaven jako rodiče: *„Ted' mi to právě došlo, no. Že bude taky asi takový logik a matematik a no. Je to tak, no. Je to vlastně pravda. Mm.“*; *„Můj přítel, ten ani neví, co to je psychický problém. On si myslí, že to je bolest hlavy, jo“*, těžko se mu problémy vysvětlují, pocit porozumění v otázce psychických potíží a jejich prožívání Helena nemá: *„no úplně mám pocit, že mi úplně jako vůbec nerozumí. Jo, že se samozřejmě snaží a chápe to a všechno, protože jakože jinak bych s ním asi nebyla, ale nemůže tomu rozumět. Ani mu to nemám za zlé. Aspoň poslouchá.“*

Rodiče popisuje jako osoby nezajímající se o prožívání druhých a zároveň podotýká, že tento přístup se spojil s jejím introvertním nastavením (zde je samozřejmě obtížné určit, co je příčina a co následek, je možné spekulovat o tom, že když je dítě od útlého dětství „nepochopeno“, může mít tendenci uzavřít se do sebe). Zajímavý je z tohoto hlediska moment, ve kterém Helena popisuje své potíže během nocí, kdy nemohla spát a bála se udušení. Spala ve stejném bytě jako rodiče a přemýšlela o tom, že si nebude moci zavolat sanitku, když se bude dusit a zároveň o tom, že si nelze zavolat sanitu bez toho, aby si toho rodiče všimli (jakoby tedy pomoc potřebovala zvenku a nebylo možné si o ni říci rodičům, kteří jsou „nablízku“).

I přes výchovu k jisté odolnosti o sobě Helena říká, že špatně snáší stres, od něhož se nedokáže oprostit, nechává si na sebe „hodně naložit“ a potom to „prostě nezvládne a „to prostě všechno spadne“. Skrze vyprávění je možné nahlédnout, že Helena si i sama „nakládá“ hodně aktivit, cílů a povinností. Zde zřejmě výchova v rodině silně ovlivnila její **způsob a míru aktérství**. Lze uvažovat nad tím, do

jaké míry byla výchova v rodině tzv. výkonově orientovaná (rodiče se také „celá léta“ domnívali, že je „líná“ a proto nechodí do školy). Helena o nutnosti podávat výkon nehovoří explicitně, je však zajímavé se ptát, odkud se bere potřeba aspirací a překonávání potíží „vůlí“. O úzkostech hovoří Helena na konci rozhovoru i v tom smyslu, že jí otevřely horizont toho, že *„něco je blbě v mém životě a že je potřeba fakt na něčem zapracovat, A začala jsem fakt pracovat na té svoji vůli, protože tadyto to se dá ovlivnit vůli, že jo.“* Pokud přijmeme pojetí tělesnosti fenomenologa Merleau-Pontyho a chápeme tělo jako „viditelný zdroj našich intencí“, zkrze příznaky nemoci byla možná vyjevována intence změny způsobu života.

I přes jistou křehkost a potřebu, aby s ní bylo jednáno jemněji, je na příběhu Heleny nápadné, jak se pokouší bojovat se svou nemocí i s životními potížemi, prosadit legitimitu vlastního hlasu a jiné, že racionální „nastavení“ vůči světu a lidem (i skrze touhu pomáhat druhým, kteří se možná též setkávají s nepochopením druhých lidí a s nedostatkem pomoci). Lze možná uvažovat o tom, že právě to, co se Heleně nedostávalo od tzv. „důležitých druhých“ by teď ráda poskytovala jiným lidem (pomoc, sdílení, pochopení...).

Zápletku, kterou v příběhu představuje nemoc, můžeme pojímat z několika hledisek. Helena říká, že nemoc jí také hodně dala, nejenom vzala: *„no, takže vlastně jsem tady té nemoci trošku vděčná v tom, že mi k tomuhle tomu přivedla (myšleno směřování k sociální práci a neziskovému sektoru, k pomáhání druhým). Jo, není to úplně, že by mi všechno vzala. Není to jako tak hrozné, ale vnímám to i tak, že mi něco dala.“* Úzkosti a nemoc jí otevřely horizont možností, jak smysluplně naplnit vlastní existenci skrze pomáhání druhým lidem, svobodu je tedy možné naplnit skrze straost o vlastní bytí i o bytí druhých lidí. Zdá se, že po období hledání (studium několika škol, které se ukázaly být nevyhovujícími) našla směr, který by si přála sledovat a aktivně se pokouší jej naplnit (sociální práce, neziskový sektor). Zde se objevuje výrazně aspekt **hodnot a přesvědčení**. Nemoc lze tedy v tomto významu chápat jako cestu ke smyslu, potažmo k seberealizaci. Úzkost je pak možná v příběhu tím aspektem existence, který ukazuje na to, co v životě akutně schází a o co je „dobré usilovat“. Zde se ve vyprávění propojuje rovina zápletky, hodnot i **aktérství**. Nemoc byla také tím, co jí skrze vlastní zkušenost otevřelo nové pochopení pro lidi, kteří duševním

onemocněním trpí: „já jsem nevěřila, že by se mi něco takového mohlo stát. Pro mě taky byli lidi, kteří jsou nějak psychicky nemocní úplně strašně vzdálený jo. Takže to bylo, prostě kdo je psychicky nemocný, tak je blázen... No a pak jsem postupem času pochopila, že není každý blázen no. Že lidi co maj depresi a podobně, že vůbec blázni nejsou. A bohužel ta společnost je prostě takhle vnímá a nevím, jestli se to někdy změní.“

Příznaky onemocnění agorafobií se v příběhu objevují v době, kdy je slečně Heleně čtrnáct let, je v deváté třídě a po dva měsíce trvajícím zápalu plic se vrací do školy. Problémy se stupňovaly (Helena nevěděla, „o co jde“ a potíže „neřešila“), říká, že svou roli hrál zřejmě i stres (přijímací zkoušky na střední školu). Na hotelové škole byly potíže čím dál výraznější, nemohla pak do školy ani dojíždět a měla mnoho zameškaných hodin. V příběhu se v této souvislosti opakuje nepochopení ze strany rodičů a snad i jistý nezájem: „doma mi samozřejmě nevěřili, protože naše rodina je taková, že moc neuznává nějaké psychické problémy. Že jsou takový hodně jako racionální jo.“ Potíže překonala sama. Když se objevila deprese a měsíc byla Helena doma a bylo jí zle, fyzicky i psychicky, rodiče jí opět nevěřili: „tak jsem to opět řekla doma a nic se nedělo. ((smích)) Naši mi zase nevěřili. Slyšela jsem dokonce něco takového jako, že každý chce mít nějakou nemoc, kterou nemá nikdo jiný. Takže vlastně jsem zjistila, že tu podporu tam mít nebudu nikdy. Tak jsem to musela řešit sama, protože už to byl opravdu problém, už jsem jako nefungovala normálně.“ Helena byla nucena si opět pomoci sama, vyhledala psycholožku. V té době měla přítele, který „i když se snažil, tak nemohl rozumět. Kdo to nezažil, kdo neměl nějaké psychické problémy, tak prostě netuší, co to je.“ Později se Helena objednala i na psychiatrii, čekací lhůtu přečkala díky lékům na uklidnění. Poté výrazně pomohla medikace předepsaná psychiatrem. Dnes již Helena bere léky sedm let, jejich užívání by se však ráda zbavila. Hovoří o tom, že nahlédla potřebu hlubší práce se sebou, protože bez psychoterapie léky samy o sobě nic neléčí, pouze potlačují příznaky (je to „berlička“, nikdy se vlastně neřešilo, „odkud úzkosti pocházejí“). Helena cítí, že by bylo dobré zamyslet se v rámci hlubší terapeutické práce nad tím,

odkud úzkosti a symptomy pramení (zde lze i uvažovat nad tím, že Helena je možná „až“ v současné době „schopná“ této hlubší práce, neb psychoterapie bývá nezřídka i velmi bolestným procesem).²⁸⁹ Zde se ukazuje změna přístupu k sobě samé, jakoby Helena převzala odpovědnost za vlastní bytí. Rodiče o medikaci nevěděli, vše zjistili až později: „*po nějakém čase, co jsem brala ty léky, tak jsem cítila, že to prostě doma musím říct...že musím doma vlastně lhát a pořád něco zatajovat, takže je to strašně nepříjemné... A při jedné nějaké takové ostré hádce jsem to teda řekla. Takže naši byli úplně z toho... ani mi nepřišlo, že by o mě měli strach, spíš byli překvapení, že beru nějaké léky. A potom vlastně nikdy jsme se o tom už nebavili, jen vlastně tu noc, jenom jakože co bereš za léky, co se děje a nic a konec a prostě už navždy konec jako.*“

Helena říká, že se rodiče o její stav nijak zvláště nezajímali, otec však vyhledal psychiatryni a i přes to, že Heleně bylo v té době již osmnáct let, sdělila informace o jejím zdravotním stavu otci. Heleně primárně vadí, že se otec nezeptal jí, vše by mu ráda vysvětlila, a informace od psychiatryně zpracoval tak, že „vlastně o nic nejde“ (bylo řečeno, že jde o běžnou chorobu) a Helena vše dělá horší, než to je.

Vliv na propuknutí nemoci má zřejmě mnoho faktorů, jistou roli může hrát zátěž, která se váže zejména k jistým obdobím přechodu (změna školy, přijímací zkoušky atp.), svou roli však jistě hraje i kontext vztahů v rodině a osobnost člověka, který onemocní, se všemi jeho strachy, potřebami, touhami či hledáním. Význam nemoci v Helenině příběhu lze možná chápat v kontextu vztahů s rodiči a jinými důležitými lidmi. Příznaky byly možná způsobem, jak se pokoušet „komunikovat“ vlastní potřeby (podpory, zájmu, pochopení, sdílení). Rodiče Helenu podporují na vysoké škole finančně, to, co jí však zřejmě chybí, je

²⁸⁹ Zde je také vhodné poznamenat, že Helenina cesta za úzdavou příliš nevybočuje z rámce vyprávění, se kterými se lze setkat nejenom skrze kontakt s lidmi trpícími agorafobií, ale duševními nemocemi vůbec. Až překvapivě často je těmto lidem nabízeno množství somatických vyšetření, nezřídka jsou pak odkazováni na péči psychiatrickou péči, která bohužel často spočívá v podávání medikace a sledování vývoje stavu. Hlubší psychoterapeutická práce je překvapivě stále indikována poměrně málo. V rámci „vyváženosti pohledu“ ta problematiku psychoterapeutické péče je však též nutné poznamenat, že mnoho lidí, přicházejících k lékaři s psychickými či psychosomatickými problémy si přeje pokud možno rychlé a „bezbolestné“ uzdravení a nedisponuje přílišnou ochotou podstoupit náročný a zdlouhavý proces často bolestivého sebeobjevování či změny.

podpora emoční. Helena však zřejmě narážela spíše na stupňující se nepochopení, nakonec se o její nemoci „nemluvílo vůbec“, na této rovině nebylo možné se s rodiči „setkat“. V současné době se zmiňuje o vztahu s rodiči v souvislosti s potřebou podstoupit terapii takto: *„prostě uvědomila jsem si, že to chce úplně jiný přístup, úplně změnu uvažování a s těmi rodiči asi nic nenadělám.“*

Helena zřejmě delší dobu hledala smysluplné, naplňující směřování vlastního života. Byla vychována dle svých slov v tom duchu, že musí „vše zvládnout.“ Nemoc byla tedy pravděpodobně i jistým způsobem, skrze nějž si mohla „dovolit“ nezvládat tolik povinností a cílů, které možná ani nebyly její vlastní (možná je za vlastní v duchu nikdy nepřijala, neb se neshodovaly s jejím „vnitřním světem“, ale sama možná nevěděla, čemu se chce věnovat²⁹⁰). Je zajímavé, že v současné době má Helena mnoho aktivit, kterým se věnuje a které považuje za smysluplné, agorafobické symptomy se však s velkou intenzitou vrátily. Můžeme se zamyslet i nad tím, za nemoc nehraje roli i v „regulaci“ Helenina **způsobu aktérství**. Je otázkou, kolik toho člověk opravdu dokáže zvládnout najednou a zda je vždy přínosné vycházet z toho předpokladu, že i když jde o hodnotný cíl (či mnoho cílů, o které má smysl usilovat) a cesta k němu je náročná, člověk „to nakonec musí zvládnout“. Jde jistě o motivující přesvědčení, které člověka dovede k nebývalým výkonům, je ale otázka, zda jej dovede i k pocitu „klidu a pohody“. Je též zajímavé, že Helena hovoří o potřebě hlouběji na sobě pracovat, nicméně například otázka „pobývání sama se sebou“ je zřejmě nelehká. Jakoby Helena možná i potřebovala mnoho aktivit k tomu, aby nemusela být „u sebe“, aby byl prostor úzkosti něčím zaplněn: *„prostě abych něco dělala. Protože doma jsem se akorát užírala a prostě padaly tam na mě zdi jo, měla jsem tam ještě větší nervy, takže jsem potřebovala něco dělat. A vyřeším to tak, že si vždycky nahrnu vždycky hodně těch aktivit, abych nemusela myslet, prostě na blbosti, abych se nemusela pozorovat. Takže mám teďka školu, práci, neziskovku a ještě prostě jsem se zapojila do nějaké mediální skupiny, další neziskovky, jo. Mám toho popravdě*

²⁹⁰ V jednom místě rozhovoru vypráví o tom, že si zpětně uvědomuje, že kdyby studovala gymnázium, byla by již „někde jinde“, rodiče ji tam „směřovali“, ale ona „neměla zájem“.

hodně no, ale tak nějak to zvládám.“²⁹¹

Symptomy se s novou intenzitou objevily v období okolo Vánoc a zhruba v té době začala Helena také bydlet se svým nynějším partnerem a bylo by zajímavé zamyslet se nad tím, jakou roli hraje rozvoj symptomů nemoci v tomto vztahu (pro interpretaci možného významu symptomů v rámci současného partnerského vztahu však nemáme dostatečné podklady).

Z hlediska aspektů životních **témat** v Helenině vyprávění vyvstává jako výrazná oblast osobní směřování, hledání studijní i pracovní náplně. Dále pak i téma vztahu s rodiči, rodinných vztahů obecně. Výrazné je i téma nemoci, což je do velké míry jistě dáno i samotným „účelem rozhovoru“. Dá se říci, že ve vyprávění „zabírají“ uvedená témata proporcionálně mnohem větší prostor než například téma milostných či partnerských vztahů (opět se může jednat o vliv specifické situace rozhovoru s cizím „výzkumníkem“, partnerské vztahy také možná nejsou tím, co J. Bruner nazývá „trouble“, zápletkou, není tedy nutno o nich více hovořit). Téma osobního směřování a vztahů v rodině pravděpodobně souvisí i s obdobím větší separace od rodiny a budováním vlastního života a profesního směřování.

Co se **projevů a prožívání nemoci týče (obrazu nemoci)**, slečna Helena si postupem doby (když se již cítila tak špatně, že se rozhodla vyhledat profesionální pomoc psycholožky) sama stanovila diagnózu onemocnění agorafobií s panickou poruchou: *„během toho samozřejmě co jsem měla tadytu nemoc, co mi to propuklo, tak jsem si načetla strašnou spoustu materiálů jo. Prostě, že jsem se sama vlastně odiagnostikovala, takže už jsem tam šla s tím, že už teda fakt mám tady tohleto. Doktorka (psycholožka) mi to potvrdila a to už jsem potom věděla, že už to musím řešit, že už to je na psychiatra jo, že už to je na léky.“* Zprvu pociťovala symptomy ve školní třídě (vadilo ji, že nelze odejít – i kdyby odešla, musela by se vrátit) a *„byl takový divný tísnivý pocit.“* Dalšími problematickými

²⁹¹ Zde je nutné poznamenat, že jde o hypotézu, věnování se určitým činnostem nemocným nezřídka přináší úlevu v tom smyslu, že je jejich pozornost, jinak upřená na symptom, nasměrována „jinam“.

místy byly výtah či fronty, postupně se přidaly i dopravní prostředky (při dojíždění do několik kilometrů vzdálené střední školy), postupně se problémy zhoršovaly, až nemohla odejít z bytu a přidala se deprese a zdravotní problémy. Nemožnost „odejít z bytu“ je v příběhu vždy jakousi „krajní mezí“, kdy už „to je špatné“.

Slečna Helena uvádí, že obecně jí největší problémy dělají dopravní prostředky a malé prostory. „*Největší noční můra*“ je pro ni představa, že uvízne v dálkovém autobuse v temném tunelu, v zácpě. Hrozná pro ni byla představa, že omdlí, ale nikdy například nevystoupila, vše „*nakonec zvládla*“: „*v životě jsem nevystoupila z žádného toho dopravního prostředku, ani jsem v životě neomdlela. Prostě vždycky, vždycky jsem to nějak zvládla. Vždycky jsem prostě zvládla odmaturovat, odstátnicovat, dopravit se kam jsem potřebovala jo. Sice mi u toho bylo blbě, bylo to nepříjemné, pak mě to třeba i vyčerpalo hodně, ale prostě zvládla jsem to.*“ V autobuse či vlaku se primárně bála tísnivého prostoru, zprvu vlakem nemohla jezdit vůbec, protože se z něj nedá vystoupit, bála se, že se jí „*udělá tak špatně, že se nebudu moct ovládat, že tam třeba prostě fakt jako omdlím, že to nebudu mít pod kontrolou. Protože člověk chce mít pořád všechno pod kontrolou jako jo, že se vlastně připravuje na všechny i ty nejhorší situace, které můžou nastat a z toho je nervózní jo.*“ Představovala si také tzv. katastrofické scénáře (nehoda autobusu, při které bude zaklíněná a nebude moci otevřít dveře). Dodává také, že velký strach měla i z lidí – z jejich reakcí v situaci, kdy „*ztratí kontrolu*“: „*strach z těch lidí jo, že bude mi tam blbě a že všichni to uvidí a bude to jako, prostě jako trapas a tragedie a bude mě tam někdo sbírat a bude mi blbě a nikomu nevysvětlím, že mi není blbě jako fyzicky, že prostě, že je mi blbě psychicky no.*“ Vzhledem ke stupňujícím se problémům s trávením začala slečna Helena „*paradoxně*“ jezdit spíše vlakem, protože je v něm toaleta.

V rámci prožívání fobických situací popisuje zejména nekontrolovatelný strach a širokou škálu nepříjemných fyzických příznaků, včetně střevních problémů: „*tak když se mi udělalo špatně, tak jsem dostala prostě nějaký strach takový, který jsem přestávala kontrolovat jo, takový divný prostě strach a samozřejmě se rozjely ty fyzické příznaky jo. Takže bylo mi hlavně na omdlení, bylo mi fakt blbě, měla jsem, žejo průjem, prostě rozjelo se mi trávení. A taková ta dušnost a to bušení srdce a tohle.*“ Na začátky si zcela přesně nepamatuje, ale uvádí, že nešlo o

paniku, spíše o úzkost, která se časem počala stupňovat: „byly to takové jenom úzkostné pocity, takové jako pozvolné, plíživé, které se trochu stupňovaly.“ Postupně však došlo k eskalaci potíží a začala zažívat i panické stavy: „až potom právě, to už byly takové ty paniky, takový ten náběh strmý, jak se tam drží několik třeba sekund, minut a potom to opadne. To už byly takové jako dušení, infarkt, šílenství a takhle no. A hlavně hodně teda přes noc to bylo.“ Nemohla spát, brala léky, aby vůbec usnula, a když nemohla spát, bála se udušení či infarktu: „poslouchala to srdce, jestli bije pravidelně, jestli dýchám jo a prostě stresovala jsem se zbytečně úplně tím, že přestanu teď najednou dýchat a že mi vlastně nikdo nepomůže.“

V obrazech strachu, které slečně Helena popisuje, se ukazuje jako výrazný strach z „uvíznutí“ – z nemožnosti se odněkud dostat, odejít, z toho, být někde uzavřená, zaklíněná. Zároveň i ze ztráty kontroly, z reakcí lidí. Helena pociťovala strach z toho, že zůstane bez pomoci. V tomto bodě lze zmínit zajímavý teoretický příspěvkem na téma spojitosti agorafobie a klaustrofobie – tím je stat' psychoanalytika M. Balinta z roku 1955 nazvaná *Friendly Expanse – Horrid Open Spaces*.²⁹² M. Balint navrhl zcela nové termíny. Klaustrofobik je pro něj „philobat“. Jde o člověka, pro nějž je setkávání se světem střetáváním se s prostorem zaplněným nebezpečnými a nepředvídatelnými objekty a který se pokouší zabydlet přátelštější prostředí. Druhý typ nazývá M. Balint „ocnofilem“; tento člověk je agorafobický a pociťuje strach z „hrůzných“ prázdných prostor. Jako tonoucí chytající se stébla, pokouší se takový člověk lpět na všem, co mu poskytne bezprostřední emocionální a fyzickou podporu. U slečny Helany lze spatřovat obě tyto výše uvedené tendence.

Narativní analýza hodnotitele Petra V. se téměř ve všech bodech shoduje s analýzou autorky, hodnotitel však nabízí i zajímavý pohled na aspekt „obrazů sebe a druhých“ – tematizuje emoční oploštělost vztahů v původní rodině slečny Heleny a spojuje ji s jejími promluvami týkajícími se vztahů: „vyprávění naznačuje značnou oploštělost v citových vztazích v rodině, která se projevuje

²⁹² BALINT, M. *Thrills and regressions*. London: Karnac Books, 2012, s. 25-34.

jistou neschopností artikulovat vlastní vztahy ke konkrétním osobám – a to včetně k „příteli“ s nímž se po dvou letech známosti sestěhovala do jednoho bytu“.

„Oni tady nebudou furt...“

Narativní analýza životního příběhu slečny Aleny

Slečně Aleně je dvacet tři let, v současné době studuje vysokou školu. Byla oslovena prostřednictvím facebookové skupiny Panická porucha a agorafobie, též se sama přihlásila k účasti na výzkumu, „ráda by pomohla“. Setkání proběhlo v brněnské kavárně, slečna Alena dorazila se psem.

Z hlediska témat se v příběhu slečny Aleny vyskytují **nehody a traumatické události** (respektive události vnímané Alenou jako traumatizující). Tedy události zřejmě radikálně a zcela neočekávaně narušují pocit bezpečí. K první autonehodě došlo, když Alena chodila ještě do školky a jela v autě se starší sestrou a rodiči. Popisuje, že nic vážného se nikomu nestalo, měly se sestrou „rozbité hlavy“, ale nehodě a jejím dopadům nikdo nepřikládal větší důležitost, protože „*psychický hlediska se u nás jako v rodině moc neřešily*“. U Aleny se po dvou letech od autonehody objevil strach z ohrožení – z nemocí, ze smrti (zde si lze položit otázku, zda tento strach nemohl i nějak souviset s narozením mladší sestry – mladší o pět let). Začala se „bát všeho“ a nechtěla chodit do školky (kde se jí děti smály) a později do školy (hovoří o nepochopení okolí, její chování bylo vysvětlováno tak, že si „vymýšlí“ a nechce chodit do školy). Bála se, že jí praskne slepé střevo a umře, že jí štípnou včela do jazyka a udusí se. Bála se i o rodiče, zejména o maminku, měla strach, že se jí například cestou do práce něco stane. Možnost ztráty blízkého člověka je též možno chápat jako strach z bytostného ohrožení vlastní existence.

Během studia na střední škole Alena také vzpomíná na to, že ji skutečně štípala včela, splnilo se to, čeho se silně obávala skoro celé dětství. Velice se vyděsila, „ztropila komedii v autobuse“, nicméně zjistila, že na životě ohrožená není a to ji „vyléčilo“ z vtíravého strachu ze včelího bodnutí. Pak následovaly dva roky, kdy „měla klid“, nicméně potíže se opět vrátily.

Když nastoupila studium na vysoké škole, hned během prvního semestru došlo k další dopravní nehodě, tentokrát byla přítomna sestra a její přítel. Následky byly o poznání vážnější (rekonstrukce nosu, bolestivá rekonstrukce chrupu, otřes mozku, silný šok, posttraumatická stresová porucha), Alena měla masivní strach z toho, že zemře a naplní se tak její očekávání: „*byla jsem, řekla bych, v šíleném šoku,*

protože jsem všem známejm volala, že teda umřu, jó že umřu, že mám ochrnutý nohy. Přitom to nebyla pravda prostě jo, ale mě prostě strašně brněly nohy a já už jsem prostě, prostě myslela jsem si fakt že umřu jo.” Alena se také vyrovnávala s tím, že se trochu změnil její vzhled.

Po návratu so školy, po zhruba dvouměsíční rekonvalescenci dostala Alena první ”záchvat” v dopravním prostředku, při cestě vlakem: *„kdy jsem prostě nemohla vydržet nikde. Prostě úplně všechno se mi svíralo, nevěděla jsem vůbec co se sebou jo, to já jsem ten pocit neznala jo, vůbec jsem nevěděla o co jde. Takže tři hodiny se mnou mamka volala než jsem dojela domů. Samozřejmě jsem měla všechny nemoci, infarkt, mrtvici všechno možný co existuje.*” Návrat do světa školy byl výrazně zproblematizován výskytem symptomů paniky a gorafobie, postupem doby musela školu i přerušit.

Nehodám přičítá Alena do velké míry i vznik svých problémů a to, že došlo ke druhé nehodě, nepovažuje za náhodu. Autonehoda ji umožnila zachovat ještě nějaký čas vztah s přítelem – mohli být spolu bez toho, aby musela odjíždět pryč na studia do jiného města. Již před nehodou měla velký strach z toho, že ji parter opustí. Událost nehody v sobě tedy skrývala potenciál zasáhnout v daný moment do ”řešení” problematických vztahů. Na jiném místě vyprávění se však Alena zmiňuje i o tom, že před nehodou prožívala vztah se třemi muži najednou, což zřejmě přispělo i k intenzivnějšímu rozvoji jejích potíží, začalo jí „hrabat”: *„že jsem měla tři chlapy, že jsem si tu hlavu i tak jako, že jsem tomu dopomohla no. Že ta nehoda to prostě už jenom spustila.*” Po autonehodě Alena situaci přehodnotila a se všemi ukončila kontakt (ještě zde však zůstává postava partnera, s nímž zůstávala – v tomto bodě je vyprávění poněkud nejasné).

Jako ztělesnění všech obav potom zapůsobil terapeutický pobyt na psychiatrickém oddělení 18B v Kroměříži – obávala se opět nemoci, byla zde přítomna žena, jejíž manžel zemřel na infarkt, paní trpící panikou a agorafobií již dvacet let a muž, který přímo na oddělení spáchal sebevraždu oběšením: *„na mě se to tam všechno čeho já jsem se bála, to tam bylo ze všech stran jo; smrad, tydle infarkt, prostě všechno, pořád něco.*” Nehody a traumatické události se ve vyprávění prolínají a spojují s tématem výskytu příznaků agorafobie a panické poruchy, narativ je nezřídka ”postaven” tak, že se Aleně vlastně v životě odehrávají její temné a

děsivé představy.

Důležitým tématem, které se prolíná celým vyprávěním, jsou **vztahy s muži**, které jsou pro Alenu důležité. Na prvního přítele a následný rozchod vzpomíná již ve vyprávění o druhém stupni základní školy. V rámci líčení pobytu na psychiatrii podotýká, že i tam našla příležitost navázat vztah (v kontextu vyprávění o tom, jak se „zhmotnily její nejrůznější obavy“: *„no pak vrchol všeho, přišel tam kluk, byly zakázaný patologický vztahy, takže samozřejmě se to tam hned napárovalo, musela jsem v tom bejt já.“* Jakoby zde naznačovala, že vztahy jsou důležité téma, kterým „žije“, je pro ni typické („musela jsem v tom bejt já“) a podobně tomu bylo během pobytu v léčebně.

Z různých důvodů však vztahy končí a nejsou vnímány jako uspokojivé (Alena také nezřídka spojuje své potíže s tím, jakým způsobem přistupuje ke vztahům s muži či s tím, jak se k ní partneři chovají). Podle Aleny není jednoduché najít partnera, který by jí vyhovoval: *„sehnat v dnešní době chlapa, normálního, no spíš normální chlap je s prominutím debil, takže hledat spíš nenormálního jo. Takže najít toho nenormálního chlapa není lehký no. A chtěla bych aby moje děti měly dobrýho tátu.“* Alena také vzpomíná, s úsměvem, na situaci, kdy jí profesor Kratochvíl nabádal, ať není sama, ve vztahu přijde na jiné myšlenky – a když nevyjde jeden vztah, vyjde další a Alena se smíchem uzavírá: *„říkám ježišmarjá, podle něj bych to tady měla prostřídat celý Brno jo.“*

Lze uvažovat nad tím, že si z nějakého důvodu nalézala muže, kteří nenaplnovali její potřeby, nestarali se o ni (musela je živit, nepřijeli za ní, když měla krizi, nezajímali se o ni nebo naopak nad míru žárlili a „psychicky ji terorizovali“). Lze uvažovat o tom, že se na některé muže Alena možná „upínala“, i když nenaplnovali její potřeby a zároveň se bála opuštění.

Alena podotýká, že si vždy měla tendenci nalézat starší partnery a tuto skutečnost přičítá tomu, že jí v dětství silně chyběl „dotek“ otce, fyzický kontakt: *„myslím si že se máme, se máme strašně rádi, ale naši jsou oba takový že nás nemazlili. Že mě chyběl strašně dotek v dětství, proto jsem i hledala starší chlapy, kteří mi nahrazovali tátu.“* V kontextu líčení subjektivního vnímání nastávající změny života podotýká, že začíná žít „normální život“ s přítelem, který je mladší než předchozí partneři („s mlad'ounkým klukem, což je u mě nezvyklý“) a doufá, že

„se to povede.“

U partnerů také hledala (přirozeně) oporu ve chvílích, kdy jí „bylo zle“ a bohužel se zřejmě zklamávala. Vztah s výrazně starším přítelem navázala poté, kdy v těžkých chvílích, po sebevraždě spolupacienta, potřebovala oporu, ale tehdejší partner odjel na svatbu bývalé přítelkyně a Alenu nenavštívil („*Ale pro mě, bylo to asi tím, že on pro mě v tu chvíli kdy já jsem nikoho neměla, tak on přijel a doopravdy byl to takovej můj táta prostě*“). Před propuštěním z léčebny zažívala Alena silný strach z toho, že opustí prostor bezpečí a vyjde do světa, kde je na ni „*stále něco nastáženého*“. Odstěhovala se tedy za novým starším partnerem a začala s ním bydlet. I když pozorovala zhoršování příznaků agorafobie a panické poruchy, našla si práci jako servírka, neboť její partner nepracoval a Alena ho živila. Přítel navíc začal velmi žárlit a „*dělat peklo*“, proto jej Alena nakonec opustila a vrátila se domů.

V rámci aspektů vyprávění - **obrazů sebe a druhých** – hovoří Alena zejména o své původní rodině, kde žili „v harmonii“, v „*obklopení spoustou zvířat*“ (vztah se zvířaty je pro ni důležitý, na rozhovor dorazila s pejskem, kterého nechce nechávat doma a bere ho všude s sebou, když to jde).

S rodiči se mají „*strašně rádi*“ a neuspokojení své potřeby doteku „*mazlení*“ přičítá Alena tomu, že rodiče se během svého života tento přístup k dětem nikdy nenaučili (ona sama si přeje vychovávat děti jinak, protože považuje fyzický kontakt za velmi důležitý). Když potřebuje, v současné době, „*pomazlit*“ od matky, musí za ní přijít a kontakt iniciovat.²⁹³

Opakovaně se zmiňuje o tom, že je pro ni velmi důležitá matka, podobně jako pro

²⁹³ Alena se též v jiném bodě vyprávění zmiňuje o tom, že u nich doma se „*psychický hlediska neřešily*“, vnitřní prožívání zřejmě nebylo něčím, o čem by se mluvilo. Dá se říci, že tato reflexe výchovy v primární rodině odpovídá zkušenostem mnoha lidí – i když rodina tzv. fungovala a lidé mezi sebou měli dobré vztahy, o mnoha potížích se nemluví, nejsou tématem (zde se dostáváme i k otázce možného vlivu společenského diskursu týkajícího se sdělování vnitřního prožívání či komunikace o potížích). V mnoha rodinách nebývá též zvykem navzájem se dotýkat, například objímat atp. na tomto místě lze uvažovat i o vlivu výchovných stylů, které zažívali lidé vyrůstající v období totality (v kontextu České republiky).

její sestry (také se o ni bála, podobně se zabývá úvahami o tom, co by maminka prožívala, kdyby se Aleně něco stalo, dcery jsou na matku „fixované“). V momentech paniky jí pomáhalo, když volala mamince, v krizových situacích byla rodina tím, kam se obracela pro pomoc (např. krize po sebevraždě pacienta).

Když hovoří o otci, podotýká, že na ni celé dětství „řval“, jde zřejmě o vznětlivého člověka, Alena se lekala a byla nestále „ostražitá“. Podotýká, že otce již zřejmě změnit nelze. Je si vědoma toho, že otec má dcery rád, ale říká, že tuto lásku neumí dát najevo. Přičítá to i té skutečnosti, že má otec tři dcery a ne syna – domnívá se, že mu zřejmě dělalo potíže komunikovat s dospívajícími dívkami, což se s přibývajícím časem nštěstí změnilo k lepšímu: *„ještě donedávna on, my jsme tři holky jo, on nemá syna on se s náma neuměl bavit. Jo, třeba my jsme jeli dvacet kilometru od nás od nějakého města, jsme za celou dobu nepromluvil. Ted' už je to jinak jo, naštěstí, ale fakt v tom dospívání s náma nemluvil. To bylo prostě takový divný.“*

Vztah rodičů je pro ni pozitivním vzorem, „dobrým příkladem“ (*„tam bych to chtěla dopracovat“*), vyzdvihuje zejména věrnost a tu skutečnost, že otec se vždy staví na stranu matky (i když je to vůči Aleně například někdy nespravedlivé). Rodiče také zřejmě překonali i jisté krize (*„když jim bylo asi kolem třiceti“*) a Alena si váží toho, že spolu zůstali (*„v dnešní době to je obdivuhodný, že spolu někdo vydrží spoustu let“*).

V momentech, kdy Alena uvažuje nad tím, jací jsou její rodiče, a odpovídá na otázku po tom, co jí sdělovali „o světě venku“ poznamenává, že od matky převzala „katastrofické uvažování“ – představuje si, co se všechno stalo či co by se mohlo stát. O matce říká, že vidí *„všechno černě, úplně všechno a já to mám po ní. Ona třeba, dlouho jí segra nevezme telefon, ona začne lítat po baráku... a začne plašit všechny jo.“* Alena má tendenci uvažovat a jednat podobně, ale *„ví o tom“ a snaží „se s tím něco dělat.“* O rodině se dokonce vyjadřuje v tom smyslu, že jsou její členové citlivější k prožívání (například stresu či možného ohrožení), doslova říká: *„celá naše rodina je rodina takovejch labilů“*). I otec, který se na první pohled zdá být velmi silným a stabilním, *„má strach“*, není *„takovej tvrdák“*. Podobně i dědeček, otcův otec, pociťuje obavy: *„To samý děda, jeho táta, ten taky ted' mu našli něco na prostatě, no on už umíral (..) takže jak já“*

no. Mně něco píchne, už umírám, jemu něco najdou a prostě to už konec jo. Takže mi to prostě asi bych řekla, že to tak máme po celý rodině. Babička ta furt brečela....”. Lze uvažovat nad tím, že Alena možná během vyrůstání v rodině převzala do velké míry matčin způsob vztahování se ke světu (strach, že se ”něco stalo”) a její obavy byly možná i znásobeny tou skutečností, že zažila například dvě dopravní nehody. Prostředí domova vždy vnímala jako bezpečné a svět venku, s rozvojem příznaků agorafobie a panické poruchy, jako ohrožující, jako místo ”kde na ni číhají nástrahy”.

Aneta se však se svou nemocí rozhodla aktivně bojovat, **způsobem a mírou aktérství** ”jde proti nemoci”. Aktivně hledala pomoc od problémů, ať již u psychiatrů, psychoterapeutek či v rámci psychoterapeutického pobytu v léčebně, za pomoci hypnózy atp.). Sama se pokoušela dodržovat plán expozic in vivo, stanovovala si úkoly a cíle (hledání předmětů venku v přírodě, cesta do kostela apod.). Zamýšlí se nad sebou, nad svým životem, vztahy, příznaky. Ve vyprávění se v mnoha bodech objevuje zmínka o tom, že dospěla k přesvědčení, co je pro ni dobré a co jí dělá zle (vztahy s muži), vztahy přehodnotila i po traumatickém zážitku nehody. Rozvrhuje se jako aktivní jednající bytost, která potřebuje zázemí a touží po blízkosti a jejíž pobyt ve vnějším světě je nezřídka problematizován skrze ohrožení zdraví či života, vlastní strachy či traumatické události. **reflexe se zde prolíná s tématem hodnot** – pro Alenu je důležité bezpečné zázemí, opora ve vztazích. Jakoby v momentech, kdy je ”sama za sebe” a pouští se do vnějšího světa (světa školy či práce) pociťovala strach a potřebu se k někomu ”přimknout” – příznaky nemoci jsou tím, co jí zřejmě umožňuje vyhledat bezpečné zázemí, bezpečný prostor. Děsí ji představa, že se o sebe nepostará (například se ”zblázní”) a nebude, kdo by se o ni postaral, hrozí se toho, že již nebude mít bezpečné zázemí v rodičích (že zmizí ”základní jistota”).²⁹⁴

²⁹⁴ Zde lze možná uvažovat o souvislosti „strachu ze života“ a „strachu ze smrti“. Můžeme si například klást otázku, zda prožívání (samostatného) života není tím, čeho se Alena obává. Obává se též ztráty jistoty, kterou představují rodiče. Tím intenzivněji se možná objevují představy smrti (konečnosti existence, jejíž představa je aktualizovaná „neprožíváním současnosti“, „nevrhnutím“ se vstříc všem možnostem, které můžeme na základě vlastní svobody uskutečňovat“).

Z **hodnot a přesvědčení** je ve vyprávění tematizována důležitost rodiny. Pro Alenu je velmi důležitá rodina primární, ale touží i po rodině vlastní, po dětech: *”Mm, priorita je mě prostě rodina. Jako kdybych si měla vybrat škola a rodina, tak z fleku jsu máma.”* Důležitost přikládá i volbě partnera, která se ukazuje nezřídka jako problematická. Milostné vztahy jsou pro Alenu velmi důležité, ty dosavadní popisuje jako ”parodii na vztah”, žádoucí představu o budoucím partnerovi a podobě soužití s ním popisuje jako stav, kdy si ”dva vystačí sami” (neznačená to, dle Aleny, že jsou stále spolu, mají vlastní svobodu, přátele i zájmy, ale společný čas dokáží naplnit). Pro Alenu je důležitá i věrnost, uvědomuje si, že sama vždy věrná nebyla, ale kdyby měla partnera, který by jí nezavdával podněty (například vlastní nevěrou) k tomu, aby navazovala i jiné vztahy, byla by mu věrná. Je pro důležitá i inteligence ”tak akorát” (ne ”hyperinteligence”), ideální partner je ”zlatej střed”.

Alena zřejmě delší dobu hledala profesní směřování, které by ji naplňovalo, studovala cestovní ruch na střední škole a poté pedagogickou fakultu, nicméně podotýká, že se ”našla až teď”, při studiu zahradního inženýrství, protože k přírodě má blízko. Do budoucna touží po tom, otevřít si malou kavárnu, která by se zaměřovala na domácí zdravou stravu (z vlastních produktů), podnik by chtěla provozovat sama, nechtěla by ”nikoho pod sebou” (jde tedy o představu vlastního ”zdravého” malého prostoru, ve kterém by odpovídala jen sama sobě).

V příběhu nalézáme mnoho **zápletek**, které na sebe berou podobu dopravních nehod – tedy neočekávaných zásahů do života, pocitu bezpečí a zdraví. Zejména druhá, vážnější, nehoda je chápána v kontextu životního příběhu jako svého druhu „logické vyústění“, které mělo nějaký smysl a tento smysl je spatřován v dopadech nehody na vztahy s blízkými lidmi (muži) a fungování ve vnějším světě (škola). Alena také podotýká, že nehoda se stala, když v sobě „*potlačovala něco, co si nechtěla připustit*“ a „*nehoda to rozjela*“ – jakoby traumatická událost otevřela možnosti řešení. Alena uvádí, že pocity strachu a ohrožení vlastně zažíval skoro celý život (nezmiňuje se pouze o raném dětství, o době před první nehodou), lépe jí bylo pouze chvíli (necelé dva roky na střední škole).

Pocit ohrožení vlastní existence ve světě na sebe bral podobu strachů týkajících se konkrétních událostí (kousnutí včelou, slepé střevo, infarkt atp.). Začaly se však

objevovat i stavy úzkosti a paniky v dopravních prostředcích (poprvé při cestě vlakem do školy) či při pohybu mimo domov (v nejhorších obdobích se strach vázal i na prostředí zahrady, kterou Alena „miluje“). I po krátkém zlepšení symptomů se tyto vždy vracely a vracejí, Alena tedy vyhledávala pomoc odborníků. Ve vyprávění opakovaně zmiňuje obavu, aby symptomy netrpěla i v budoucnosti, aby neomezovala například své děti. Nechce si představovat další život s nemocí, ale silně se bojí toho, že strachy a úzkosti nezmizí. Opakovaně se zmiňuje o strachu ze smrti: „opakuje se mi to znova. Nejsu schopna vydržet ve vlaku, dusím se, omdlívám, umírám, mrtvica, infarkt, všechno možný.“ Smrt se objevuje i v představách: *”když je mi takhle na nic, (.) přemejšlim nad smrtí, tak mi v hlavě běží smrt a teďkon ten tejden, jak jsu teďkon hodně na tom blbě, bych řekla, že mi fakt nebejvá dobře, tak uplně každej den já nekoho v noci pohřbím. Uplně každej den.”* Bojí se zejména umírání a toho, jaká by byla situace její smrti pro rodiče, zejména pro maminku, která má navíc ještě starosti s Aleninou sestrou, která zneužívá návykové látky: *”úplně vidim mámu jak šlí, jak všichni jsou z toho teda strašně jako špatní. (.) Ono je to teď takhle vtípný, když to říkám ale, ono jako když (..) ono když to v tý hlavě to (..), jo uplně protože vim třeba, mám v sobě to, když se stalo něco strašnýho, jak máma vyšilovala prostě, jak brečela, todle, tak uplně ty scény se mi vrací, že vidím že takhle bude taky. Anebo když jedu s nima v autě, tak se bojím abych tady neumřela náhodou jim, aby oni z toho pak neměli do života nějaký trauma jo. Už teda, aby si nevyčítali, že něco a takhle (..). No v hlavě prostě to je ta smrt, pohřebáci (..).”* Tyto představy již v minulosti dokázala ovlivnit, zastavit, ale v současnosti se jí to nedaří.

Když Alena prožívá úzkostnou situaci, je raději, když není přítomna další osoba, představa možných reakcí okolí je pro ni nepříjemná: *”aby na to lidi nepůsobilo blbě. Takže v kupéčku nejradši sama :). Kdyby náhodou jsem začala vyšilovat, tak to nikdo nevidí.”*. Z fyzických pocitů popisuje zejména dušení (“nemůžu dechat”), “tlaky v hlavě”, palpitaci, pocit, že tělo pálí, ruce má chladné a když je jí hodně zle, ruce se jí třesou. Zároveň prožívá strach z toho, že se zblázní, krajní je pro ni představa, že rodiče již nebudou na světě a ona zůstane nesoběstačnou a někdo ji “někam šoupne a ani nebudu vědět, kde jsu”. Podobné pocity si pokouší nepřipouštět k tělu. Představu šílenství popisuje jako schizofrenické onemocnění, kdy o sobě člověk neví.

Zmiňuje se o tom, že zažívá strach ze smrti, ale když jsou její potíže příliš intenzivní, dojde ke změně uvažování a představa smrti nabývá podobu stavu, kdy se jí "uleví": *"a v tu chvíli se to přehoupne, že si řeknu a za těchto podmínek, to at' tady radši nejsou. Že to je takovej paradox jo, že já se bojím smrti a to prochází, že teda se bojím že budu cvok a pak teda at' už radši umřu, když už tak už."* Smrt pro ni tedy symbolizuje i klid, úlevu v utrpení. Obává se i toho, že nad sebou ztratí kontrolu a udělá něco nežádoucího, ohrožujícího (vyskočí z balkonu). Zároveň podotýká, že si uvědomuje, že podobné představy jsou vzhledem k jejímu onemocnění "normální", že je "maj všichni tady ti".

Situace strachu zažívá ve všech dopravních prostředcích, obává se i letu letadlem (doposud nikdy neletěla). V rámci současnosti připisuje zhoršení potíží době po Vánocích – přechodu zimy do jara, který je pro ni vždy "náročný". Svou roli tedy možná hrají i sezónní změny ročních cyklů, které jsou vnímány jako zátěžové.

Narativní analýza hodnotitele Pavla O. se v interpretacích aspektů vyprávění výrazně shoduje a analýzou autorky, hodnotitel však zastává poněkud odlišný náhled na možné příčiny onemocnění agoragobií u slečny Aleny. Značnou důležitost přisuzuje zejména traumatizujícím událostem (nehody): „při pohledu zevnějšku se je možné odhalit následující dynamiku její nemoci: dopravní nehody, které jí dvakrát způsobily újmu na zdraví, zanechaly také skryté duševní trauma, které má za následek přehnanou obavu o vlastní zdraví. Dynamika této duševní energie se někde přesouvá na jiné objekty (včely).“

„Život je boj“

Narativní analýza životního příběhu paní Ester

Paní Ester je padesát osm let, oslovena byla prostřednictvím psychoterapeutky, u které je dlouhodobě v péči, s účastí na výzkumu souhlasila velmi ochotně. Paní Ester má dokončeno základní vzdělání, v současné době hledá práci. Setkání proběhlo u paní Ester doma, na základě jejího pozvání.

Ve vyprávění paní Ester výrazně vystává téma onemocnění a jejich následné léčby, dalo by se přímo říci: téma boje o život. Život paní Ester nebyl jednoduchý, tzv. se s ní „nemazlil“, potkalo ji mnoho útrap, ona svůj boj s „osudem“ však nevzdává a pokouší se žít dál tak, jak nejlépe to jde. Jednání je skrze vyprávění ztvárněno ponejvíce jako již zmíněný boj – paní Ester nečekala, až se problematické situace vyřeší, ale opakovaně se pokoušela aktivně konat (snaha najít práci, řešení problémů s manželem, zápas s nemocemi atp.) na základě svých přesvědčení o tom, co je správné a o co stojí za to usilovat.

V příběhu se objevuje několik poměrně dominantních **témat**, a jedním z nich jsou různá onemocnění. Vyprávění začíná tím, že paní Ester nemohla dlouhou dobu otěhotnět (pět let), početí se podařilo až po terapii metodou Mojžíšové. Narodil se jeden syn a pak druhý, nicméně díky problematické cytologii byla paní Ester postupně provedena tzv. konizace čípku, musela dokonce podstoupit miniinterrupci ze zdravotních důvodů (čehož se „vždy bála“ a i díky způsobu provedení zákroku, kdy si připadala „jako kuře na lince“, na něj nerada vzpomíná). Její zdravotní stav však nebyl dobrý a byla jí odebrána děloha, postupně ji i „začaly vynechávat vaječníky“. Zhruba v době, kdy bylo dětem okolo tří čtyř let, začala pociťovat velice nepříjemné problémy – nespavost a bušení srdce (tedy s velkou pravděpodobností projevy úzkosti). Psychiatr jí napsal medikaci, po které nebyla schopná téměř vstát z postele, změnila tedy lékaře a začala užívat Neurol. Potíže se ovšem stále vracely, několik dní jí bylo dobře a pak se stav zhoršil, silně se potila, zažívala něco, co nazývá „plaváním“ – šlo primárně o vnitřní tělesný vjem – jakoby se potácela bez toho, aby to bylo vidět. Nemohla jíst a hodně zhubla, pořád ležela (ačkoli sama sebe popisuje jako „živél“), nemohla být sama, jen kouřila a pila kávu. Tento stav trval tři následující

roky, během nichž někdy nebyl schopná postarat se o sebe i o rodinu tak, jak by si přála, nebyla schopna chodit do práce, o dvě místa tak i přišla. Absolvovala mnoho různých lékařských vyšetření, žádné příčiny nemoci se nenašly, lékaři na ni pohlíželi jako kdyby své potíže „hrála“, manžel ji nutil, aby „se snažila“ a domníval se, že je líná, Ester dokonce říká, že se s ní chtěl rozvést (poté, co se její stav „vysvětlil“, se jí omluvil). Své potíže nedokázala jakkoli ovlivnit, hodně jí připomínaly i to, čím trpí ženy v přechodu, ona byla však mladší. Pochopila i ty, kdo spáchali sebevraždu – bylo jí tak špatně, že ji myšlenky na odchod ze života napadaly. Nemoc popisuje jako něco, co „nešlo vyřešit“ – s věcmi, které dokázala vyřešit, si věděla rady, zde však nic nepomáhalo, nesetkávala se s pochopením, nenalézala účinnou pomoc, cítila se bezmocná.

Jistým obratem bylo v příběhu setkání s psychoterapeutkou, ke které dochází dodnes. Paní Ester měla potíže cestovat dopravními prostředky, bála se zejména jízdy metrem (měla strach hlavně z toho, že spadne pod auto či pod vagon metra). Terapeutka ji nejenom nutila navštěvovat kliniku ESET, na cestách ji dokonce doprovázela. Podobně se jí snažila pomáhat sousedka, která byla pro paní Ester velmi důležitou osobou. Došlo též k tomu, že paní Ester změnila lékaře a ten konečně nasadil hormonální substituci, po které se – po letech – Ester cítila „jako člověk“. V příběhu se objevuje i tematizace pocitu nespravedlnosti a křivdy – kdyby lékaři problém objevili dříve, nemusela tak dlouho trpět.²⁹⁵ Hovoří o tom, že ačkoli je problém s „přechodem“ (i hormonální nerovnováhou) velmi častý, i u mužů, nezřídka dojde ke špatné diagnóze. V příběhu se opakovaně ukazuje, že tam, kde se paní Ester zamýšlí nad příčinami svého onemocnění, uvádí jako primární „tělesné potíže“ (hormony). V příběhu však zároveň opakovaně poukazuje na to, že se v rámci přechodu „bojí té psychiky“, protože i „mozek při té psychice si s vámi prostě dělá, co chce“. Na konci vyprávění shrnuje: „*Ono to bylo psychický, že jo. Ale než člověk na tyhle věci přišel...*“. Můžeme zde tedy vidět určitý rozpor.

²⁹⁵ Paní Ester již předchozí lékaře žádala o testy hladiny hormonů, zkouška jí však nebyla provedena s tím, že jde o drahé a v jejím případě zbytečné vyšetření. Nakonec se, bohužel po letech, v rámci testů ukázalo, že má extrémně nízkou hladinu hormonu estrogeneru.

Paní Ester též v souvislosti s úvahami nad příčinami onemocnění uvažuje nad „rodinou zátěží“, nad historií nemocí v rodině. Zmiňuje se o tom, že přechod byl pro ženy z její rodové linie velmi problematický – babička se „trávila v Kolíně na lavičce“, matka měla přechod brzy, ve čtyřiceti čtyřech letech, v Polsku, kde tehdy žili, „chodila skákat do Visly“. S přechodem zažívala vleklé problémy, „stačilo jí málo“, hodně omdlávala. V pozdějším věku onemocněla rakovinou prsu (paní Ester říká, že „asi tam nějaká dědičnost bude s hormony“, všechny ženy v rodině měly i první menstruaci velice brzy). Babička i otec zemřeli na rakovinu, sestra matky také. Bratr měl podle paní Ester též hormonální problémy, ale odmítal je řešit a utápěl se v závislosti na alkoholu. Syn paní Ester má Crohnovu chorobu. Bratrova dcera se též léčí s hormonálními potížemi.

Paní Ester primárně líčí podobu a průběh fyzických obtíží, vypráví o snaze léčit se, najít účinnou pomoc. Zdravotní problémy nespojuje s událostmi svého života, k nim se dostává až ke konci vyprávění, na základě otázek. V pozadí, „mezi řádky“ je v příběhu též rovina psychoterapie, kam paní Ester dochází již mnoho let. O psychoterapeutickém náhledu na své problémy nehovoří, alespoň tedy ne explicitně, pouze dvakrát se zmiňuje o psychických příčinách onemocnění, ale nevysvětluje, co přesně jí problémy způsobovalo. Podotýká, že terapeutka se domnívala, že „toho na ni bylo moc, i z toho dětství“, ale pak se „přišlo na to, že je to gynekologický“. Psychoterapeutka je však pro ni ztělesněním „anděla“ a paní Ester neví, co by „bez ní dělala“.²⁹⁶ Podotýká, že v terapii je primární důvěra k lékaři. Na svou terapeutku se obrací často s prosbou o radu, jsou spolu v častém kontaktu.

Na otázku po tom, co se dělo v jejím životě v době, kdy se její problémy objevily a postupně se zhoršovaly, odpovídá, že přišla o práci, což je situace, která se v jejím životě opakovala mnohokrát. Zaměstnavatelé ji také nezřídka propouštěli „ze dne na den“, paní Ester v sobě má na základě těchto zážitků zřejmě pocit křivdy, ztrátu práce často popisuje jako „další pecku“. Propuštění z práce také

²⁹⁶ Zmiňuje se také o tom, že ji velmi pomohlo, ačkoli není věřící, rozjímání u kostela, kdy myslela na to, jak by si velmi přála žít normálně.

nezřídka probíhalo velmi nelidským a ponižujícím způsobem. V době po propuštění byla paní Ester dlouho na neschopence ze zdravotních důvodů, pokoušela se nalézt nové místo, ale nedařilo se jí. Najít práci je i jejím velkým cílem a přáním do budoucna. Mezi dalšími **hodnotami** vyzdvihuje zejména zdraví své a své rodiny, přeje si i vnoučata. Ráda by cestovala, například do Norska, říká ale, že jde o sen, který nelze s manželem realizovat. Na otázku po **přáních** i odpovídá, se smíchem, že by si mohla najít milence. Řečené vysvětluje jako žert, nicméně na jiném místě vyprávění se zmiňuje o manžellových sexuálních problémech (zřejmě jde o impotenci), tato situace ji trápí. Verbalizované přání nalézt si milence je zřejmě tedy vyjádřením sexuálního neuspokojení v současném vztahu.

Je též zajímavé položit si otázku, zda potíže paní Ester nemohly souviset i s problémy ve vztahu s manželem, k nimž se dostáváme až ke konci rozhovoru. Ukazuje se, že časově. Seznámili se, když se rozváděl, a „do roka měli svatbu“. Okolo revoluce pak došlo k tomu, že se manžel zamiloval do jiné ženy: „*pak při revoluci 1989, 1990 se nám taťka zamiloval. Kluci jsou 1986 1987, takže klukům byly tři roky, tak tatínek nám začal chodit na rande, tak to trvalo půl roku*“. Paní Ester začala pít, situace pro ni byla velmi emočně náročná, navíc pečovala o dvě malé děti. Manžel měl navíc doma stále jisté „zázemí“, paní Ester se o něj starala: „*A on že chce žít s ní. Já: hm, tak jo. Začalo to, ráno jsem vstala, vykloktala jsem rumem. Pak ještě chodil domu. On je trubka. On šel třeba na rande a povídá: co si mám vzít na sebe? On byl zvyklý, že jsem mu všechno připravovala. Vždy ráno, teď ty děti malý.*“ Paní Ester se sice ve vyprávění rozvrhuje jako aktivně jednající bytost, lze uvažovat nad tím, do jaké míry však jedná ve svůj prospěch. Jakoby ostatní postavy příběhu byli těmi, o koho paní Ester pečuje (matka, manžel, děti, manželova matka, která onemocněla, navíc v situaci, kdy měl manžel milenkou...). Je silná, všechno vydrží, protože „život jde dál“ i přese všechny „pecky“. Manžela před dětmi „kryla“, když odcházel ze společného bytu „na rande“, říkala, že jde do práce. Terapeutka říká, že paní Ester má „srdce na dlani“. Co však nemá ráda, je lež.

Paní Ester se manželova nevěra velmi dotkla, zasáhla i její sebevědomí. Naznačuje, že manžel možná hledal (což není jistě jev zcela neobvyklý) „něco jiného“, protože ona byla unavená, péče o děti a domácnost ji vyčerpávala a

nevěnovala se zřejmě péči o sebe: „*to on když přijde domů, tak to je tady samý nočník. Já v teplákách. Orvaná jak borůvka, že jo. Protože člověk s těma dětma. Jako nějak, že bych se culila, když přijde z práce, to se říct nedá. Ale že bychom se hádali, to vůbec ne. Taková nějaká krize tam nebyla. Ale ta to uměla a asi mu ukázala něco jiného v posteli. Protože ona tam bydlela na ubytovně, tak jestli tam při těch nočních. Tak se tam zčuchli při té revoluci.*“ Na jiném místě explicitně přičítá vinu i sobě, hledá chybu u sebe, zamýšlí se i nad tím, jak vypadala a jak se chovala k manželovi a k dětem: „*Dodnes bych mu nedokázala říct: vyliž si prdel. Jako když jsem mu to dokázala říct na té mateřský. Dokázala jsem to říct, možná jsem si to taky zavinila sama, ale jako já jsem tam s těma dvěma dětma byla utahaná. Ať člověk chce nebo ne. To byly samý nočníky.*“ Po nějaké době vyměnila zámek, odvezla manželovi jeho věci do práce a dokonce mu dala i peníze. Podala žádost o rozvod, nicméně manžel se během léta vrátil domů a paní Ester tuto skutečnost přijala a „na nic se neptala“, i když se jí okolí divilo. Ve vyprávění vysvětluje své motivy poukazem na dobré vlastnosti manžela: „*Ale jako on mě v životě neuhodil, do hospody nechodí. U nás se ten vztah jako strašně zlepšil...on je fakt hodný.*“ Půl roku bez manžela bylo náročné období, paní Ester si hodně „pobřečela“ ale říká, že dokáže odpustit.

Na počátku vyprávění vysvětluje paní Ester své potíže hormonálními problémy, časově se však ve stejné době dělo i to, že ji propustili z práce a manžel si našel jinou ženu. Je otázka, zda člověk může podobné situace zvládat bez potíží, zdá se svým způsobem logické, že se objevily pocity úzkosti, nespavost, strach vycházející a obrovská únava. Příznaky onemocnění agorafobií spolu se zdravotními problémy paní Ester možná „dávaly najevo“, že je toho na ni moc a že by měla možná změnit věci, které jí tíží.

Lze samozřejmě i přemýšlet nad tím, jak souvisejí příznaky onemocnění agorafobií s hormonálními problémy. Z některých výzkumů vyplývá, že hormony estrogeneru a progesteronu a jejich cyklická fluktuace souvisí s mírou dopadu stresu a tím i s náchylností k úzkostným a depresivním poruchám. Ukazuje se i jistá souvislost výskytu zvýšení počtu panických atak či zhoršení symptomů

agorafobie s „premenstruační fází“ cyklu. Zvýšená úzkostnost je u žen dáována i do souvislosti s periodami, v jejichž rámci je v těle nižší hladinou estrogenu a progesteronu²⁹⁷ Změna hladiny androgenních hormonů hrají roli například i v psychických a fyzických změnách, které ženy zažívají při menopauze, možnou terapií je zde podávání estrogenu (případně i androgenních hormonů).²⁹⁸

V rámci narativní analýzy externího hodnotitele Pavla O. je též tematizována jako jasná příčina onemocnění hormonální porucha. Hodnotitel podotýkal, že tento životní příběh „se mu hodnotil nejhůře“ ze všech a domnívá se, že vzhledem k jasným příčinám onemocnění by neměl být zařazen do výsledného vzorku.

Narativní analýza vyprávění paní Ester byla konzultována (se souhlasem participantky) s její psychoterapeutkou, která spetřuje příčiny onemocnění v zúžení životních možností, ke kterému došlo díky osobnostnímu nastavení participantky. Poukázala zejména na „nesamostatnost“ (doslova „neunášení samoty“) a tendenci vyhledávat silnou oporu ve svých blízkých a nakládat si toho „na svá bedra příliš“. Psychoterapeutka poukázala na zajímavou skutečnost – paní Ester z vyprávění vynechala mnoho událostí a vztahů s blízkými lidmi (nebylo řečeno jakých). Psychoterapeutka se domnívá, že částečně je tato skutečnost zřejmě způsobena jistou mírou (přirozenou) ostychu před cizím člověkem, částečně však i „chyběním náhledu“ a potřebou předložit určité sebepojetí (legitimizovat svůj život určitým způsobem). Terapeutka též podotkla, že je velice zajímavé získat pohled klienta na proces terapie – ona sama má pohled poněkud odlišný. Domnívá se však, že i přes chybění „důležitých dílů skládky“ je narativní analýza srozumitelná a pochopitelná, důraz však klade na tu skutečnost, že agorafobie paní Ester jí umožňovala jisté „připoutání“ manžela a jiných blízkých lidí.

²⁹⁷ SEEMAN, M. V. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 154, no. 12, s. 1641-1647.

²⁹⁸ SARREL, P. M. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1999, vol 180, no. 3, s. 319-324.

„Nechci bydlet ani tam, kde jsem“

Narativní analýza životního příběhu slečny Dany

Slečně Daně je dvacet tři let, v současné době studuje vysokou školu. Oslovena byla prostřednictvím facebookové skupiny Panická porucha a agorafobie, jejíž je zakladatelkou. S účastí na výzkumu souhlasila velice ochotně. Setkání proběhlo v kavárně v Brně.

Ve vyprávění slečny Dany vyvstává jako důležité **téma domov**. V životě se mnohokrát stěhovala, nikde „nezakotvila“ na příliš dlouhou dobu. První byt, kde bydlela s rodiči a bratrem, byl v domě, který zároveň obývala rodina lidí bez práce, kteří se seznámili v psychiatrické léčebně a k lidem okolo se chovali agresivně. Dana se jich bála, fyzicky napadli matku (před jejími zraky), otce i bratra. Bála se chodit do školy, děsila se toho, že na sousedy narazí a hovoří o tom, že zde se možná začala poprvé projevovat její agorafobie (začátek potíží však datuje i do pozdější doby, viz dále). Bylo jí asi osm let a na tuto dobu vzpomíná takto: *„tam asi hlavně jakoby ten zlom, kdy mě začla ta panická porucha aj s tou agorafobií...ta cesta do školy pro mě už byl horor, abych ho nepotkala někde na ulici, jo, protože oni nechodili do práce, takže oni prostě tak jako, většinou se potulovali kolem toho domu a vždycky chodili a dělali problémy aj jako dalším lidem nejenom nám, takže tam bude to jádro, úplně, s tím, že jsem šla ze školy, taky že jo zase strach prostě abych ho nepotkala na chodbě.“* Lze uvažovat o tom, že se v této době pravděpodobně nejednalo o příznaky panické poruchy či agorafobie, ale „pouze“ o zcela pochopitelný strach z ohrožení násilím.

Otec byl závislý na alkoholu, matku zřejmě bil, jednou dokonce podpálil kuchyň. Maminka si přála, aby děti nevyrostaly bez otce, nicméně rodiče se rozvedli, dlouho spolu nekomunikovali a matka měla postel v pokoji dcery (z vyprávění vyplývá, že i tři roky po rozvodu rodiče zřejmě bydleli ve stejném bytě).

Když bylo slečně Daně čtrnáct let, stěhovali se do jiného bytu, k dědečkovi a k babičce. Babička však trpěla Alzheimerovou demencí, svou dceru a Danu nepoznávala, osočovala je z nekalých úmyslů. Soužití vnímala Dana jako nadále neudržitelné a proto se po necelém roce opět stěhovaly. Slečna Dana uvádí, že v této době, ve čtrnácti či patnácti letech, se u ní začaly objevovat příznaky panické poruchy a agorafobie.

Za výrazný spouštěcí moment považuje reakci na vakcinaci (anafylaktický šok), po této události se začala obávat udušení (neustále měla pocit, že se dusí), kontrolovala si jazyk, zda neotéká. Absolvovala vyšetření dýchacích cest, nic se však nenašlo, potíže byly čím dál tím horší, Dana zůstávala doma, byla vyděšená, bála se, že zemře (zde podotýká, že její maminka trpí panickou poruchou, ale umí ji zvládat). Užívala Lexaurin, matka ji nakonec odvedla ke svému psychiatrovi, který diagnostikoval panickou poruchu a agorafobii, nasadil užívání antidepresiv. Zde slečna Dana poznamenává, že antidepresiva v počátečních fázích užívání způsobují výrazné zhoršení potíží a říká, že se nejedná pouze o její zkušenost, ale o častý jev, hovoří o tom mnoho lidí na diskusním fóru, které založila.

Rok bydlela Dana s maminkou u bratra (je o osm let starší), nicméně soužití zřejmě příliš dobře nefungovalo díky odlišnému životnímu stylu, Dana se zmiňuje zejména o jiném časovém rozvrhu: „, my jsme si taky jakoby ne-neseděli, s tím, že on byl, že ráno vstával a večer chodil brzo spát. A já s mamkou jsme zas byly takový ten noční styl, že prostě potřebovaly jsme chodit do kuchyně dělat rámus“. Od bratra se stěhovaly, opět na rok, do jiného bytu, kde bydlely samy a na tuto dobu vzpomíná Dana velmi ráda, protože s matkou si velmi dobře rozumějí, měly „klid“ a i příznaky nemoci se zmírnily: *„a tam to bylo asi nejlepší, protože my s mamkou si takhle hrozně rozumíme a jako že pomalu jak nejlepší kamarádky, když bych to tak řekla. A tak to tam aj, jakoby ta - ty ataky nebo tak, bylo klidnější, tím, že vlastně jakoby jsme si seděly takhle spolu, tak to bylo fakt fajn.“* Babička zemřela a opět přišlo stěhování, k dědečkovi, který byl sám ve velkém bytě (a také dle Dany „začíná blbnout“). Zde bydlí slečna Dana dodnes, poslední dobou zřejmě pouze „napůl“, pobývá také s přítelem v třígeneračním domě jeho rodičů. Situaci „pendlování“ mezi dvěma byty považuje za silně stresující, čas strávený s dědečkem je náročný, zahlcuje okolí vzpomínkami a je soustředěn pouze na sebe, v domě rodičů přítele zřejmě panují poměrně napjaté vztahy a slečna Dana zažívá i konflikty s přítelkyní bratra svého partnera: *„Takže je to takový horší s tím, že sme se aj nepohodli, že sem řekla svůj názor a hned se na mě dívali jako na tu nejhorší... Prostě že to nejde, prostě nefunguje to... na to já nervy prostě nemám... Takže možná tím, že už je toho fakt moc, tak se mi to vrací no (symptomy). Pak děda, že jo, ted'ka prostě ty rozbroje tam a ted'ka, že jo, nechcu bydlet ani tam kde jsem. A nechcu bydlet ani tam, že jo...já nemam prakticky svůj*

domov, nebo že bych si řekla, jo jdu domů, jo, prostě ne, nejdu domu. Bud' jdu tam, nebo tam, kde je tam tohle blbý a tam tohle je blbý, že.“

Ve vyprávění životního příběhu slečny Dany a během rozhovoru se vynořuje i velké množství témat, která bychom možná mohli označit jako „**mezní situace**“²⁹⁹. Slečna Dana je zdravotní sestra, přeje si pracovat jako záchranářka a sama o sobě říká, že má ráda adrenalin, který v práci zažívá (například výjezdy sanitkou atp.). Ve vyprávění, zejména tehdy, když se zamýšlí nad tím, čemu se chce věnovat, vyvstává na povrch jistý rozpor – slečna Dana říká, že by potřebovala vzhledem ke svým zdravotním problémům (symptomy agorafobie a panické poruchy, střevní potíže atp.) klid a stálý režim bez nočních služeb, lékaři jí práci záchranářky výrazně nedoporučují, ona však „potřebuje adrenalin“, možná i kontakt s „mezními situacemi“. Rozhodně si jich ve světě okolo všímá, jde o něco, co je „hodno vyprávění“, mnoho „mezních situací“ i zažila, což se „nepoštěstí“ každému (v tomto kontextu lze zmínit stáže na psychiatrii, zmiňuje i vyprávění své učitelky týkající se člověka s psychotickým onemocněním, nehoda tramvaje, vlastní zážitky z práce i zkušenosti svých kolegů – zranění, úmrtí, traumata atp.).

V kontextu vyprávění člověka trpícího úzkostnou poruchou je líčení podobných zážitků přinejmenším zajímavé – lze uvažovat nad tím, co je na oněch situacích tak „lákavého“. Slečna Dana líčí na mnoha místech svého vyprávění vlastní strachy a úzkosti, pocity ohrožení, zároveň také ale mluví o tom, že krev a krajní zážitky v práci jí nevadí (pouze v rámci tématu zranění dětí hovoří o tom, že podobné zkušenosti „nedává“), „člověk si totiž zvykne na všechno“. Možná jde o zcela pochopitelné spojení potřeby zachraňovat lidi a pomáhat jim s prožitkem vlastní síly a kompetence, odolnosti. Možná se i lze, alespoň na chvíli, skrze setkání s ohrožením, umíráním, traumatem, cítit „na živu“, oprostít se od vlastních strachů a bolestí prostřednictvím konfrontace s utrpením jiných lidí. Zde je nutné poznamenat, že slečna Dana disponuje i značnou mírou pochopení pro druhé lidi,

²⁹⁹ Na tomto místě je nutné poznamenat, že slovní spojení „mezní situace“ vypovídá o pohledu výzkumníka na vyprávěné skutečnosti, jde tedy do velké míry o subjektivní označení.

zajímá se o jejich problémy, je ochotná pomáhat v jejich řešeních, podstupuje i ohrožení vlastního bezpečí, aby pomohla druhým. V příběhu se opakovaně zmiňuje, velice rozhořčeně, o tom, že druzí lidé jsou nezřídká lhostejní a nepomáhají druhým (lidem ležícím na ulici atp.). Vlastní strachy a bolesti ji tedy zřejmě „učinily“ i vnímavější a méně lhostejnou.

Slečna Dana se věnuje **pomáhání lidem**, jde o něco, co ji naplňuje, pomoc je pro ni výraznou hodnotou a shledává v ní smysl, „baví ji“. Jde o její specifický způsob aktérství. Krom naplnění této potřeby skrze práci zdravotní sestry (a potencionálně záchranářky) založila i facebookovou skupinu „Panická porucha a agorafobie“, která má v současné době cca pět set členů. Slečna Dana se snažila najít na internetu co nejvíce informací o tom, co trápí ji samotnou, její potřeba však nebyla naplněna. Chyběla jí možnost sdílet zkušenosti s lidmi prožívajícími podobné problémy a usoudila, že zřejmě nebude jediná.

Zde se ukazuje specifický způsob myšlení slečny Dany – je schopna sebereflexe, zajímá se o sebe i o jevy vnějšího světa a druhé lidi, zároveň má touhu jim pomoci (a skrze pomoc druhým možná i pomoci sobě?), uvažuje v širším kontextu a informace dokáže propojovat, což je evidentně velkým přínosem i pro její zaměstnání zdravotní sestry. Je zároveň schopna i analyzovat dostupné informace a zkušenosti druhých lidí a vytvořit si vlastní pohled na nemoc (agorafobie a panická porucha) – všímá si příznaků, zkušeností, rozložení nemoci v populaci, poskytuje cenné postřehy týkající se demografických údajů atp. (například uvádí, že mnoho členů facebookové skupiny je z oblastí, kde je vysoká nezaměstnanost, promýšlí, proč je většina agorafobií trpících lidí ženského pohlaví atp.). Zdá se, že hlubší porozumění nemoci a poznání té skutečnosti, že jde o poměrně dosti rozšířený jev, ji i pomáhá ve zvládnutí vlastních potíží (ty se nicméně stále opakovaně objevují).

O sobě též říká, že je člověkem, který rád naslouchá. Má za sebou i mnoho vztahových a životních zkušeností, lidé se k ní často obracejí pro radu. Ji už ale nikdo nevyslechne. Proto jí pomáhala i různá setkání s psycholožkou. „*Protože já su zase ten člověk, co naslouchá, ale mě už nikdo nevyslechne, takže ono je to dobrý, když se člověk vypovídá aspoň trochu.*“ Sama sebe také popisuje jako nenáročnou, zažila mnoho těžkých situací a bojuje o své zdraví a za své cíle a sny,

má velké ambice dokázat, co si předsevzala („záchranařina“), ale život se s ní nemazlil: „*Já jsem nenáročná, no, takže, tak říkám za ten život se toho dělo moc.*“

Výrazným tématem a **zápletkou příběhu** je, samozřejmě, nemoc. V úvodu textu byly popsány potíže, se kterými se Dana potýkala v dětství (strach ze sousedů) i okamžik, který považuje za spouštěč symptomů agorafobie a panické poruchy (vakcinace). Ve vyprávění se ukazuje, že symptomy onemocnění by mohly souviset i se zátěží, kterou pro Danu představovalo časté stěhování a život v prostorech, kde se z nejrůznějších důvodů necítila doma. V nejhrošších momentech nemohla ani opustit dům, postupně, i po nasazení medikace (antidepresiva, anxiolytika) se situace začala zlepšovat a Dana byla schopna vyjít na ulici s doprovodem matky či tehdejšího partnera (stávalo se však, že „zkolabovala“, omdlela). „Kolabovala“ ve frontách, městské hromadné dopravě, na ulici. Zažívala tachykardie, pocení, třes, knedlík v krku. Sama říká: „*prostě klasickéj panikář co to má úplně. Fakt úplně jak z knížky do slova popsanej.*“ Pomocí nácviku a expozičních in vivo, nejdříve s doprovodem, pak i bez něj, se postupně učila obtížné situace zvládat.

Podotýká, že vždy trpěla i mnoha nemocemi či somatickými problémy, proto někdy nedokázala rozlišit, zda je stav způsobený úzkostí či přímo panikou či zda jde o jiný problém (zde jde samozřejmě spekulovat i o tom, do jaké míry souvisely i ostatní somatické potíže s velkým nervovým vypětím, které slečna Dana zažívala). Sama k tomu říká: „*no a u mě vždycky bylo blbý tak, že jako já sem tam měla hodně zdravotních potíží omdlívání, migrény, a tadyty věci takže, ono je fakt těžký, když je člověk nemocnej posoudit to jestli je to ta psychika jestli to dělá, to že se mě motá hlava, nebo je mi na zvracení, nebo mám průjem nebo takhle od, jakoby od toho, jestli když je to zrovna nějak ta nemoc nebo že zrovna se projevuje fakt nějakéj zdravotní potíž.*“ Mnohokrát skončila v nemocnici (neurologie, vyšetření trávicího traktu – podezření na Crohnovu chorobu, operace srdce, migrény, zablokovaná krční páteř...).

Zajímavý je moment, kdy Dana vypráví o historii neurologických vyšetření – nejdříve se lékaři domnívali, že „má aneurisma“ a „zakázali“ jí přitele – kdyby se pohádali, mohla by být ohrožena na životě. Přítel zároveň trpěl epilepsií a na stres reagoval nezdědkou epileptickým záchvatem, kterému předcházela například

exprese agresivity, napadl Danu i jiné osoby. Poté, co se s partnerem rozešla, její příznaky ustoupily. Daně bylo dobře, vysadila medikaci a potíže se bohužel vrátily v plné síle v době, kdy po prázdninách nastupovala na střední školu. Nemohla se soustředit, opět nebyla schopna vyjít z domu, maminka přestala pracovat a starala se o ni doma, protože ji „nechtěla dát do blázince“ (šlo o náročné období, kdy s matkou zároveň žily u bratra). Ke zlepšení došlo, když se odstěhovaly, ale pouze na krátkou dobu, přišlo stěhování k dědečkovi. V rámci analýzy vyprávění je poměrně složité popsat všechny změny, časové roviny se prolínají a Dana poskytuje posluchači velké množství informací, sama říká: *„no a tam toho těch věcí bylo hrozně moc, jakoby těch změn vlastně v průběhu tady tohohle těch let, když to tak řeknu, sedm osm let co to mám.“*

Co se vlastní Daniny „teorie nemoci“ týče (pojetí příčin onemocnění), „jádro“ spatřuje ve strachu ze souseda, za další spouštěcí moment považuje reakci na vakcinaci, po které zažívala strach z dušení (kterého se zbavila díky tomu, že začala kouřit). Za další příčiny označuje stres (mnoho změn a starosti), například poznamenává: *„cítím na sobě, že to není úplně dobrý, ale říkám jo, to už je tím stresem, s tím jakoby, že jo finance, prostě to ten děda, jo, teďka co studovat, a hlavně to zdraví.“* V neposlední řadě poukazuje i na „rodinné dispozice“. Matka sama trpí panickou poruchou, kterou však dokáže „zvládat“, Dana spatřuje její příčiny v životní zátěži, protože *„mamka taky neměla zrovna slavněj život... otec alkoholik...“*, babička brala delší dobu antidepresiva, neb jí zemřelo malé dítě, matčina starší sestra. Vliv na rozvoj nemoci přičítá také „chemii v mozku“, zejména vlivu serotoninu: *„prostě pracuje tam špatně v mozku ta chemie prostě málo toho serotoninu nebo takhle v tom těle a to je prostě jak, jak říká, vždycky psychiatr, prostě boj nebo útek, že jo.“* Jistý vliv mají dle Dany i hormony, zejména v rámci ženského cyklu. Ženy jsou dle Dany také většinou citlivější a vnímavější, zároveň zažívají větší stres (péče o děti, matky samoživitelky atp.).

Dana vypráví, že se často (v rámci fobických situací) obávala zejména omdlení. Bála se také, že udělá něco, co se vymyká z řádu běžného jednání: *„jsem kolikrát mívala strach z toho, že třeba začnu dělat něco, co já nechci. Že su blázen, že třeba začnu vykřikovat nebo něco prostě dělat... prostě mezi lidma, to bylo vždycky jenom mezi lidma, jo. Říkám, ty jo, ale teďka se třeba zachovám jako blázen nebo něco. Samozřejmě nikdy se nic nestalo, ale jenom takový ty myšlenky otravný.“*

V MHD volila místa, ze kterých se dalo snadno odejít či „utéct.“

Postupně se jí podařilo zbavit se obavy, co si o jejím jednání v nouzi budou myslet druzí lidé: „Říkám, mě je to fakt jedno, ať si o mě myslí, co chtějí, když se tady poblíží nebo když tady omdlím, tak prostě omdlím, no tak se poblíží, no tak bože, že jo, no... jim může být po tom prd, prostě. A jako co, jsou to lidi. Ani za týden nebudou vědět, že se něco takového stalo, že jo no.“. Reakce lidí jsou jí „ukradené“, což jí umožňuje se ve fobických situacích uklidnit, používá také záměrné „uklidňování sebe sama“ pomocí racionálního náhledu na situaci: „Naučila jsem se s tím bojovat, že vždycky, když už tě něco začne chytat, tak dřív jsem z toho zpanikařila. Teďka je to takový, že si řeknu, no dobrý, tak jsem se akorát hůř vyspala, že, jo. Víím, že to je prostě jenom psychika, jo. Tak to přejde. A ono to za deset minut přejde, že jo.“ Zároveň se „prodýchává“, což jí pomáhá uklidnit zrychlený srdeční tep a postupně se uklidnit. Občas jí pomáhá také „zaměstnat mozek“, například prací na počítači.

Narativní analýza hodnotitele Petra V. poukázala na shodné „čtení“ aspektů vyprávění, hodnotitel však spatřuje příčiny onemocnění i v konkrétních aspektech vztahů slečny Dany k důležitým druhým: „Z výpovědi lze usoudit, že na anamnéze respondentky měly vliv ploché citové vztahy v dětství a kontakt s agresivitou, která v ní probouzela pocity trvalého strachu.“ Poukazuje též na tendenci slečny Dany nenavazovat příliš „blízké“ vztahy k lidem (vztahy, ve kterých se příliš neangažuje): „Dodělala si maturitu a pracuje jako záchranářka, zdá se, že práce jí vyhovuje pro akčnost, možnost pomáhat druhým, aniž by navazovala hlubší citové vztahy (v práci si dokázala zvyknout na všechno, s čím se záchranář může setkat na ulici). I v oblasti známostí navazuje spíše přátelské vztahy, v nichž, zdá se, není příliš citově angažována.“

„Takovej malej svět uzavřenej...“

Narativní interpretace životního příběhu paní Veroniky

Paní Veronika byla oslovena prostřednictvím psychoterapeutky, u které je v dlouhodobé péči. Paní Veronice je třicet pět let, vystudovala vysokou školu, v současné době pracuje zejména v bankovníctví. S rozhovorem souhlasila velice ochotně, „aby o tom také někdo věděl“. Setkání proběhlo u paní Veroniky doma, na základě jejího pozvání.

V rámci narativní analýzy životního příběhu paní Veroniky se ukazuje pozoruhodný **způsob aktérství**, který úzce souvisí s jejími **hodnotami, vztahy** (zejména partnerskými), pocitem životního **naplnění** (životního smyslu) a v neposlední řadě zřejmě i s **onemocněním** agorafobií. Paní Veronika se v životě velmi často pokoušela dostat svým „povinnostem“ – tomu, co se od ní očekávalo (či o čem se domnívala, že se od ní očekává). Naplňovala představy rodičů, kteří od dětí požadovali, aby měly „samé jedničky“: „*já jsem měla samý jedničky, to bylo jakoby jasný, že to musí bejt, o tom se nějak nemluvilo asi a bylo to samozřejmý, jako brácha ten to prostě asi nenáviděl, tohleto, mu učitelka vždycky, všichni, říkali, podívej se na Veroniku, s tou nejsou problémy vůbec.*“ V příběhu se několikrát ukazuje, že bratr paní Veroniky se vydal jinou cestou – na učení „kašlal“, s otcem měl otevřené konflikty a během střední školy se začal stýkat s „nevhodnými“ přáteli, kouřit marihuanu atp. Bratra se Veronika pokoušela krýt, půjčovala mu peníze, které jí nevracel, starala se o otce, pomáhala matce, a dodnes zřejmě pociťuje **křivdu**: „*tak třeba brácha si vode mě pučoval a jako mi to skoro nikdy nevrátil, no, jsem na něj jako našťvaná do teď, že mě v tom prostě takhle jako nechal a dělal si svoje a jako...no byl chytrej, ale prostě se na všechno vykašlal, jak ho táta přestal prostě buzerovat furt, tak von si prostě z ničeho nic nedělal no.*“ Pokud se zamyslíme nad situací sourozenců, bratr se zřejmě od rodiny více separoval³⁰⁰, možná i skrze konflikty, což Veronika neudělala. Bratr si

³⁰⁰ Lze si však položit otázku po tom, jak byli sourozenci vychováváni. Ukazuje se, že výchovné styly uplatňované ve výchově dívek a chlapců jsou nezřídka odlišné, jinak probíhá i proces separace (srv. k tomu GILLIGAN, Carol. *Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen*

„dělal, co chtěl“, ona naopak respektovala přání či příkazy rodičů, matka jí zakázala přírodovědný kroužek, který jí velmi bavil, kvůli „nebezpečí“, šla na gymnázium, na které zřejmě nijak zvlášť nechtěla a nakonec se vzdala vytouženého studia veterinárního lékařství.

K důvodům, proč se rozhodla zamítnout studium na vysoké škole a nastoupit po gymnáziu do banky, uvádí: „no tak sem taky jako řešila, co jako máma a táta, máma se vo něj starala, my, teda já, brácha ne, taky nějak a hlavně sem mámě chtěla nějak pomoci finančně, to bylo tak nějak nastavený, že by to mělo bejt. Tak sem nakonec teda po tý maturitě vlastně nastoupila do banky tenkrát.“ Před tím, než popsala důvody nástupu do zaměstnání, se paní Veronika zmiňuje o lidech, kteří začali v devadesátých letech cestovat. Měla pocit, že „by bylo dobrý někam jet“, ale nechtělo se jí, měla doma přítele (se kterým ale byla zřejmě spíše z pocitu povinnosti) a vzpomíná, jak se jí vždy, když byla sama mimo domov, velmi stýskalo.

Jistá poslušnost či přizpůsobení se přání ostatních se v příběhu objevuje na více rovinách. Babička z otcovy strany například již matku paní Veroniky nutila dělat věci tak, jak považovala za správné (věšení prádla, záclon), zakazovala jí, již dospělé ženě, večer chodit ven atp. nakonec se s manželem odstěhovali do vlastního bytu, ačkoli se matce paní Veroniky nechtělo odejít z Prahy. Paní Veronika také poznamenává, že kvůli otci matka „musela přestat chodit“ do kostela a ž v době, kdy se otec díky následkům autonehody osobnostně změnil, do kostela začali chodit spolu. Jako děti musely s bratrem uklízet, měly zakázáno chodit na určitá místa a stýkat se s některými dětmi. Maminka se moděti zřejmě i bála, vodila je do školy i ve věku, kdy už spolužáci chodili samostatně (a paní Veronika se styděla).

Co se způsobu aktérství týká, zdá se, že paní Veronika vždy „*přijímala svůj osud*“, dělala práci, která jí nijak zvlášť netěšila či ji stresovala (banka), žije

a mužů. Praha: Portál, 2001). Rodiče měli možná jiná očekávání od Veroniky (péče o druhé, pomoc rodině, dobré známky, čistota, atp.) a ona se pokoušela tato očekávání naplňovat, možná ji ani nenapadlo se jakkoli „bouřit“.

v regionu, kde též v současné době není lehké práci sehnat. Zároveň opakovaně uvádí, že vlastně „moc nevěděla“, co by si přála. Za zlomový se dá označit moment, kdy byla s otázkou po přáních „konfrontována“ během skupinové psychoterapie: „*Jako voni mě tam vlastně dost přivedli k tomu, co teda jako chci dělat. Jako já vo tom moc nepřemejšlela pak už, jako chtěla sem třeba tu veterinu, jo, to ale bylo na škole, na základce, pak nějak jsem prostě musela dělat jiný věci, jako prostě to nešlo, no, máma a tak, se starat, pak jako Mirek a holky hlavně. No ale si pamatuju, že se mě tam na skupině jedna pani zeptala, co teda chci dělat, až tam vodsad' půjdu, no a já prostě jsem se zasekla úplně, já, mě jako došlo, že prostě nevím, no. No a vlastně nevím do teď.*“ Na konci rozhovoru, v odpovědi na otázku po tom, na co se například těší, odpovídá spíše vyjmenováním „problémů“, kterými aktuálně žije (volba škol u dcer, péče o tchyni), nicméně se zmiňuje o tom, že starší dcera si přeje navštěvovat oděvní školu. Veronika by si pro ni představovala spíše gymnázium, ale podotýká, že nechce, aby měla dcera podobný osud jako ona sama: „*byla jak já nespokojená třeba, já jsem taky chtěla tu veterinu a jako teď vlastně prodávám.*“ Lze se domnívat, že na přání a touhy paní Veroniky nikdy nebyl brán ohled (očekávalo se, že bude plnit přání rodičů). Možná v době, kdy si volila studium, šla její přání stranou, protože i pro matku musela být péče o otce (a o rodinu) velmi náročná. Veronika se tak možná nenaučila respektovat vlastní přání a potřeby, pomalu se k uvažování o nich dostává (možná) až skrze onemocnění agorafobií.

Ve vyprávění paní Veroniky se objevuje mnoho sebereflexivních momentů, během psychoterapie (psychoterapií), kterou absolvovala, si též uvědomila, že „*vlastně byla vždycky sama*“. V rodině se zřejmě příliš nekomunikovalo o prožívání či přáních, Veronika říká, že jí chybělo sdílení, nikdy se nesvěřovala, ani kamarádkám, zlom nastal až v monetě, kdy zažívala krizi (svěřila se kamarádce, která ji pak nasměrovala k terapii). Ke komunikaci s rodiči říká: „že jsem s rodičema nikdy vo ničem nemluvila, že vono je to asi nějak nezajímalo nebo nevím, jako je zajímav, zajímaly spíš, jiný věci.“

Zajímavým momentem ve vyprávění je též chvíle, kdy paní Veronika mluví o tom, že až během psychoterapeutického pobytu si uvědomila, že její **aktérství mohlo mít i jinou podobu**. Otevřela se jí možnost, alespoň v úvahách, že její mimomanželský vztah, který pro ni byl velice silný, možná mohl skončit i jinak,

než rozchodem: „já jako mě to asi nepustilo prostě, já vlastně lituju někdy, že nejsme spolu, že prostě to nešlo no. A vlastně až na tý hospitalizaci mi došlo, že vlastně to mohlo i bejt jako jinak. Ale já prostě, já se strašně bála, že to...že to prostě nemůžu udělat.“ Paní Veronika zůstala s manželem a dětmi, nicméně svého rozhodnutí stále někdy lituje a oplakává ho. V momentech, kdy zřejmě zažívala muka bezvýchodnosti a vnitřního konfliktu mezi láskou k novému partnerovi a strachem z opuštění manžela, si přála, aby „se situace vyřešila za ni“ (například aby manžel byl ten, který ji opustí). Tíha a dopad vlastního rozhodnutí pro ni byly příliš velké, zažívala silný strach: „taky sem se strašně bála, že to praskne, že prostě to bude hroznej průšvih a teď Mírek a holky, tchýně žejó, vlastně celá ta jeho rodina.“

Téma ostatních vztahů s muži vždy popisuje tak, že tito o ni nějakou dobu usilovali a ona se pak „nechala jakoby přemluvit“, na chvíli se zamilovala, ale tento pocit zřejmě po jisté době „přešel“. S prvním přítelem ale strávila pět let, ačkoli již necítila lásku a dokonce jí vadil jeho dotyk. Trpěla různými problémy (zde lze spekulovat i o vlivu psychiky na zdravotní potíže) – gynekologické záněty a potíže s kůží. Ačkoli jí partner již nevyhovoval, nerozešla se s ním a vztah nakonec skončil tak, že ji opustil přítel, zde paní Veronika poukazuje na jistý paradox ve svém prožívání– měla pocit, že by s ním měla zůstat (pocit povinnosti), ačkoli nechce, on ji však opustil, protože potkal jinou dívku: „*Jsem s ním vlastně byla potom, protože jsem se nějak, jsem měla pocit, že se s ním přece nemůžu rozejít, že bych mu to jakoby dlužila, že s ním mám bejt a je přece fajn... a už sem jako měla pocit, že s ním teda asi zůstanu, že teda mi jako něco chybí, ale že zase je to v něčem dobrý no... No a s přítelem sme se rozešli, on si nakonec totiž jako našel jinou holku...No a jako já (...) jako mně se i částečně ulevilo, že sem měla pocit, že to jako není vono, ale strašně mě štvalo, že když já sem s ním byla, zůstala, tak von ne.*“

Lze se ptát, odkud se vlastně „vzal“ onen pocit povinnosti? Můžeme spekulovat o tom, že šlo o jistý „rodinný model“ vztahů. Matka paní Veroniky s manželem také, přes všechny potíže, zůstala (je ovšem možné, že jej například velmi milovala, o tom se paní Veronika nezmiňuje). Podobně jako začal vztah s prvním přítelem, navázala i kontakt s budoucím manželem. Též šlo o muže, který o ni dlouho usiloval, až spolu zůstali. Po hezkém období kolem narození starší dcery

zřejmě nastala doba, kdy si paní Veronika začala uvědomovat, že jí „něco schází“, ale ve vztahu zůstávala, protože se bála rozbít rodinu.

Lze si také klást otázku, jakou roli hrálo sebevědomí paní Veroniky. Je to velice krásná žena, ve vyprávění se však často zmiňuje o pocitech méněcennosti či studu. Měla pocit, že by bylo dobré, aby reagovala i na pozornost chlapců, kteří se jí nijak zvláště nelíbili. Zmiňuje se, opakovaně, o partnerech, kteří o ni usilovali, ale nikdy nevypráví o tom, že by sama po někom toužila a o někoho usilovala (jistou výjimkou je až mimomanželský vztah, který však skončil rozchodem). Ve vyprávění paní Veroniky tedy můžeme sledovat určitou potřebu „dostát povinnosti“, vyhovět přáním druhých, uzavřít se do vlastního světa a žít život „tak, jak je“, ačkoli je třeba nevyhovující.

Zajímavá je z tohoto hlediska pasáž vyprávění, kdy paní Veronika reflektuje náhled na vztah s manželem, který „získala“ zřejmě až během poslední doby. Manžel je možná tím, kdo určuje běh domácnosti, co je dobré dělat a nedělat. Paní Veronika by možná potřebovala něco jiného, manželův přístup jí nevyhovuje, ale je v obtížné situaci, protože se možná vlastní pohled a potřeby teprve učí definovat: *„ale já nevím, no...von prostě jako má všechno tak jako nalajnovaný, práce prostě, každé den, doma, jak to vypadá, von si prostě, já nevím, to mi taky asi došlo na té terapii, tam v léčebně, teď taky teda, že prostě von jak má všechno nalajnovaný, tak jako je vlastně všechno po jeho tak nějak, já sem to dřív fakt nějak neviděla, jo. Třeba i ty zvířata, to jako má teda tu alergii, ale vlastně holky teď chtěly aspoň třeba něco bez chlupů, jo, i rybičky třeba, a to jako von ne, prostě, protože zvířata do bytu nepatřej, jo. To je jako i s tím, co se třeba kupuje nebo nekupuje... já vlastně nevím, já prostě, bych asi někdy něco jinak potřebovala, no...nevím...“* Lze si klást otázku po tom, jak by se manželství paní Veroniky proměnilo, kdyby prošla (například v rámci psychoterapie) změnou a jistou „emancipací“ a „separací“ od přání druhých.

Paní Veronika sebe samu popisuje jako úzkostnou. Hned v úvodu rozhovoru podotýká, že se narodila jako panna a „*ty sou takový asi úzkostný, je to daný.*“ Lze se domnívat, že jistý vliv mohlo mít zřejmě i úzkostné ladění matky paní Veroniky. Dle vyprávění jí trvalo rok, než se přestala obávat syndromu náhlého úmrtí kojence. Na rozdíl od bratra, kterého popisuje jako živé dítě, ona byla

„hodná“, kam ji posadili, tam zůstala, což z perspektivy dnešního pohledu na vývoj vlastních dětí považuje za zvláštní: „*jsem byla hodná taková, že jsem nedělala scény nějak velký, i v těch jeslích, akorát jsem tam nejedla a museli to do mě nějak cpát, že sem taky nechodila moc, jsem se kutálela spíš, ale spíš jsem tam prej někde seděla a nic.*“ Díky dalšímu (rizikovému) těhotenství matky musela paní Veronika ve velmi raném věku navštěvovat jesle a zde je možno se ptát, zda skutečnost, že v jeslích nejedla, jídlo do ní „museli cpát“, a seděla na místě, nenaznačuje například problémy s ranou separací od matky (pro tuto hypotézu však nemáme dostatek podkladů). Ačkoli bratra popisuje jako méně poslušného, živějšího, uvádí, že jej často bolelo břicho, měl hodně zameškaných hodin, což byla skutečnost, která se „tajila“ před otcem (zde se lze opět ptát, jaké byly příčiny bratrových potíží, zda za nimi neležely problémy ve škole, možný strach z otce atp.). Paní Veronika se též zmiňuje o tom, že matka se s ní a jejím bratrem „nikdy nemazlila“ – což si uvědomila především v momentě, kdy ji pozorovala, jak přistupuje k vnučkám: „*Vlastně mi jako došlo, že třeba k nám s bráchou se tak nikdy nechovala, jako se chová k nim teď, že se s nima třeba mazlí a tak, to s náma nikdy nebylo. Ale teda bojí se snad ještě víc než vo nás, to je hrůza, no. To jako já sem ustrašená, ale vona hrozně.*“

Paní Veronika též často v rámci vyprávění popisuje pocity studu. Cítila se zřejmě trapně, že má jiné (lepší) svačiny než jiné děti ve škole, podobně se cítila, když měla zakázáno chodit ven v teplácích, ale po vsi se musela pohybovat „slušně oblečená“. Poukazuje na pocit „jinakosti“, jakoby necítila, že mezi své vrstevníky zapadá. Do jisté doby byla nejvyšší ze třídy, jako první jí „narostly prsa“, měla menstruaci dříve než jiné dívky, necítila se dobře ve svém těle: „*děti se mi smály, jsem si připadala dycky tlustá a jakoby nevhobaná nebo hnusná, jsem se prostě necejtila dobře.*“ Menstruaci tajila, šlo o „tajemství“, hygienické potřeby schovávala. Poukazuje na to, že byla odlišná, jiná, než „*hýkající dívky na zastávce*“, pokoušela se mezi ně zapadnout, ale nedařilo se jí to. Zajímavý moment ve vyprávění nastává, když paní Veronika mluví o tom, že se ji rodiče snažili přimět k tomu, aby chodila na gymnázium, protože „není blbá“ a „nechce skončit jako tadyty z vesnice“. Ona však možná chtěla – cítila, že mezi ostatní nezapadá, ale na rozdíl od ní nic „neřešili“ a „byli v klidu“.

Paní Veronika se zmiňuje o tom, že v dětství byla hodně doma, její oblíbená hra

byla „na vrátnici“ – vybudovala si vždy malý prostor, který simuloval uzavřenou, bezpečnou vrátnici (u otce v práci to byla její oblíbená místnost, naopak ji děsily dlouhé a prázdné chodby). Možná se cítila v bezpečí ve svém vlastním světě, protože s vrstevníky z vesnice si příliš nerozuměla, cítila se „jiná“. Do svého vlastního světa se uzavírala i před rodiči, když jí například maminka zakázala chodit do jejího oblíbeného kroužku, zařekla se, „*už nikdy nikam nepudu teda, když tam nesmím, že jako budu nešťastná a ty rodiče ať teda asi maj, co chtěj, nebo tak nějak.*“ Když projevila „negativní emoce“, například vztek, tedy jistou svéhlavost či svébytnost, matka ji poslala pryč, „aby se uklidnila“ a dokonce jí vyhrožovala, že půjde za jinými, cizími dětmi, které ji „mají rády“. Podobně ji nabádala, aby se nikdy neprojevovala hlučně a nepatříčně na veřejnosti, jako jiné dívky ze vsi. Matka děti trestala i tím, že s nimi dlouhou dobu nemluvila, což pro paní Veroniku „bylo hrozné“. Zde můžeme spekulovat o tom, že paní Veronika mohla internalizovat zprávu, že projev určitých emocí či vzdoru je silně nežádoucí. Ten, kdo se jej dopouští, není milován a bude opuštěn. Pokud byla tato informace v rámci rodinných interakcí zvnitřněna, mohla mít vliv i na podobu intimních vztahů paní Veroniky. Dlouhodobě byla spíše s muži, kteří si „vybrali ji“ a možná ani s nimi svůj vnitřní svět nekomunikovala, uzavírala se do sebe a jisté emoce neprojevovala, protože je považovala za nepřijatelné. Zde je zajímavé zamyslet se nad tím, jaká je souvislost fobických symptomů (například agorafobických) s emočním prožíváním. Kognitivně-behaviorální terapeuti poukazují například na souvislost strachu z vlastních emocí se strachem pohybovat se ve veřejném prostoru.³⁰¹

Pokud uvažujeme o **onemocnění agorafobií jako o zápletce** v příběhu, můžeme uvažovat o možném vlivu výchovy v rodině – šlo o jisté výchozí nastavení („úzkostnost“, strach rodičů, kontrola, uzavřenost, pocit ohrožení, „nesvoboda“, neakceptace „negativních emocí“ atp.). Jako jistou expozici můžeme chápat již pocity „stresu“ v práci, kam paní Veronika nastoupila po maturitě, ačkoli původně

³⁰¹ Osobní sdělení K. Durecové, (Praha, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, únor 2014), která poukazovala na tu skutečnost, že dle hypotézy, se kterou pracuje v rámci kognitivně-behaviorální terapie, jsou tím, čeho se pacientky trpící agorafobií nezdíka obávají, vlastní emoce, zejména vztek, zlost atp.

chtěla studovat: „*byl stres hroznej ze začátku. Jsem se jako těšila, že budu do práce a nebudu mít nervy ze školy a tak, ale jsem se bála, že něco zkazim, že udělám chybu a ty lidi taky, jsem se dycky nervovala, že mi to jako dlouho trvá a že voni sou našťvaný a někdy i byli. Jako dneska vim, že třeba ne na mě, že jako i z práce a tak, ale tenkrát mi to strašně vadilo, mi tam bylo špatně vod žaludku furt.*“ V náročných situacích na pracovišti paní Veronika zřejmě zažívala silný tlak, vnímala především to, co potřebují lidé „za přepážkou“, cítila se nedostatečně – nedokázala jim vyhovět tak, aby byli spokojení, bála se také, že něco zkazí. Ulevilo se jí, když z práce odešla kvůli rizikovému těhotenství (podobně jako její matka, jejíž těhotenství skončilo potratem).

První symptomy agorafobie se začaly objevovat v době, kdy paní Veronice končila rodičovská dovolená a uvažovala o návratu do práce. Prožívala ambivalentní pocity, na rodičovské dovolené zažívala stereotyp a trochu se těšila, až skončí, obávala se však stresu na pracovišti. Symptomy agorafobie se v tomto bodě zdají jako exprese této ambivalentní situace, kdy člověk volí mezi dvěma alternativami, z nichž ani jedna není zcela vyhovující. Dělal se jí špatně ve frontě, mezi větším množstvím lidí, přestávala vnímat, situaci líčí následovně: „*plave žaludek, jak kdyby ho někdo nafukoval, a já sem taky jakoby přestávala slyšet, že sem prostě přestala vnímat, co se kolem mě děje, trochu a měla jsem totální hrůzu z toho, že jako vomdlím třeba a ty lidi to jako, že tm budou, cizí lidi, že to uviděj a co si budou myslet.*“

Absolvovala různá vyšetření, která neodhalila žádnou somatickou příčinu problémů, obvodní lékařka potíže přičítala situaci návratu do zaměstnání po období rodičovské dovolené. Paní Veronika nakonec znovu otěhotněla, nastoupila opět „na rizikové těhotenství“ a zdálo se, že vnitřní konflikt je „vyřešen“. Následovalo období ústupu potíží, paní Veronika byla „vcelku spokojená“. Začala však problematičtěji prožívat vztah s manželem: „*akorát s Mirkem prostě, to začlo asi už tenkrát no, já prostě. Jako já ho mám samozřejmě strašně ráda, von je výbornej táta, ale prostě mě třeba nepřitahuje už vůbec, vono vlastně nikdy to jako moc...*“

Než nastoupila opět do práce (znovu se opakovala situace ne zcela optimální volby místa), došlo k tomu, že si ošklivě zlomila ruku. Zlomenina se nehojila a

lékaři nerozuměli tomu proč, když je paní Veronika „mladá, zdravá ženská“. Úraz ruky jakoby byl v příběhu tím, co paní Veronice opět umožnilo „zůstat doma“. Po určité době od úrazu začala rehabilitovat a tak došlo k tomu, že se seznámila s „tajným partnerem“ – zamilovala se do svého lékaře, který měl však, stejně jako ona, rodinu. Vztah udržovali tajně a v této době se s plnou silou opět vrátily příznaky agorafobie (které byly možná tím, co paní Veroniku „drželo doma“?). Nebyla schopná jezdit MHD, nakupovat, bála se, že ztratí kontrolu, vycházet byla schopná pouze s dcerami či s matkou, občas za doprovodu manžela. Na schůzky s partnerem se zvládla dostat, i když to pro ni bylo krajně náročné. Hodně zhubla, zřejmě byla dlouhodobě pod velkým tlakem, prožívala úzkost a strach z toho, „jak to dopadne“.

Situace však byla neúnosná, navštívila dokonce psychiatra poté, co se dokázala svěřit kamarádce (které záviděla, že po střední škole odešla do Prahy – možná tedy i sama paní Veronika toužila po jiném životě, než který vedla). Nakonec paní Veronika přistoupila na návrh psychiatra a absolvovala několikatýdenní pobyt na psychiatrickém oddělení v léčebně. Vzpomíná na to, že prožívala intenzivní pocity smutku, plakala, hodně spala, ale postupem času „ji donutili“ vstát a absolvovat denní režim. Expozice jí pomáhaly, velmi pozitivně také vzpomíná na podporu ostatních pacientek. Možná jí i pomohlo setkání s lidmi, kteří dle jejích slov zažívali ještě horší věci, než ona: „*no ale tam byli i lidi, co na tom byli fakt jako hůř, to byly prostě hrozný příběhy, to já vůbec nevím, jak bych to přežila, to, co voni třeba.*“ Zjistila také, že je možné otevřít se druhým a poznala, že i druzí lidé prožívají podobné situace jako ona³⁰².

Z příběhu paní Veroniky na nás může dýchat jistý smutek z nenaplněných tužeb a přání. Tím, že paní Veronika nebyla vychována k tomu, aby se dokázala opírat i o vlastní touhy a přání, žila do velké míry život dle představ a přání druhých lidí (proto se možná v příběhu často zmiňuje i o pocitu křivdy či lítosti). Lze si klást

³⁰² V příběhu můžeme na mnoha místech sledovat jistou tendenci paní Veroniky srovnávat se s ostatními – šlo například o vrstevníky z vesnice, kteří byli „v pohodě“, matky na dětském hřišti, které měly „vše v pořádku“. Až na konci vyprávění paní Veronika říká, že jí velmi pomáhá (v situacích strachu, kdy se jí dělá špatně), když si řekne, že „úplně každéj má nějakýj problém“.

poněkud provokativní otázku: zda není podobný způsob života v čemsi jednodušší než boj o nalezení smyslu (neboť ten často spočívá i v konfrontaci s druhými a může s sebou nést konflikty). Když jsme v konfliktu s druhými lidmi, teoreticky riskujeme i to, že nás druzí „nebudou mít rádi“. Paní Veronika možná, díky výchově, nepocítila absolutní bezpodmínečné přijetí – rodiče ji možná měli rádi, když byla hodná, čistě oblečená, nosila domů jedničky a neprojevovala vztek či zlost. Zároveň nebyla vedena k tomu (či podporována) v „tvorbě“ vlastního, silného „já“, pevné identity, o kterou by se mohla opřít a která by jí umožnila nalézt, co ji naplňuje a za tím jít. Zdá se, že situace svobodné volby u ní vedly spíše k nemoci či úrazům, které jí umožnily „zůstat doma“ – vyhnout se tíze odpovědnosti a možné (vědomé) konfrontaci s vržeností existence. Potenciál jisté svobody začala paní Veronika objevovat až prostřednictvím psychoterapie. Nemoc je v rámci jejího příběhu tedy možné chápat i jako příležitost, která otevírá možnost cesty ke svobodě.

Narativní analýza externího hodnotitele Pavla O. zdůrazňuje především tendenci paní Veroniky spatřovat svět jako ohrožující a její obavy ze selhání. Tematizace aspektů vyprávění je poměrně analogická interpretaci autorky, nicméně vyzdvihuje poměrně zajímavým způsobem i důsledky zranění ruky: „Je zajímavé, že rozvoj duševního onemocnění se přidružil k onemocnění fyzickému. Zlomenina dominantní ruky obecně výrazně omezuje možnosti člověka a činí ho v mnoha ohledech neobratným, případně zcela závislým na pomoci okolí. Je otázkou, jaký vliv měla tato skutečnost na rozvoj příznaků.“ Nedůvěra ve vlastní schopnosti a problematické pojetí vlastní hodnoty je též jednou z příčin onemocnění agorafobií: „fenomémem, který se skrytě manifestuje v onemocnění paní Blanky, je nedůvěra ve vlastní schopnosti, nedůvěra v to, že bude schopna zvládnout situaci, kterou jí život postaví do cesty. Proto se její onemocnění zhoršilo ve chvíli, kdy si zlomila ruku, neb to její kompetence ještě dále omezilo. V jejích vztazích s rodiči můžeme vidět, že sebedůvěru z raných vztahů s důležitými osobami čerpat nemohla. Její pozdější vztahování se k mužům jen potvrzuje nedostatečný pocit vlastní hodnoty.“

„Ty začátky byly hezký“

Narativní analýza životního příběhu paní Karolíny

Paní Karolíně je třicet čtyři let, vystudovala vysokou školu, v současné době pracuje jako učitelka v mateřské školce. Byla oslovena prostřednictvím psychiatrické léčebny, ve které absolvovala léčebný pobyt. S rozhovorem souhlasila velice ochotně, proběhl na základě jejího pozvání u ní doma.

Výrazným **tématem** vyprávění paní Karolíny jsou vztahy, rodinné i partnerské. Lze se domnívat, že právě manželství bylo tím vztahem, na jehož pozadí se u paní Karolíny začaly objevovat a eskalovat symptomy onemocnění agorafobií (v souvislosti s „nastavením“ osobnosti její i jejího manžela³⁰³).

Důležitým **tématem** vyprávění paní Karolíny jsou vztahy, zejména rodinné a partnerské. Paní Karolína se narodila do úplné rodiny, má mladšího bratra, se kterým ji pojí velmi blízký vztah. Matku popisuje jako hodnou a obětavou: *„mamka je strašně hodnej člověk, hrozně.“* Otec byl „nemocný se srdcem“, v invalidním důchodu, a doma „musel být klid“, aby tatínka nic nerozčilovalo, protože *„byl vzteklej, to se mamce nesmělo říkat, to jsme se o tom bavily až teď...vždycky vybuch.“* Paní Karolína vzpomíná na to, že stačilo poměrně málo a „už byl doma křik“ (neuklizené boty). Karolína s bratrem zažívali doma „dusno“, vybudovali s „skryš“ v palandě, kam se utíkali v situacích konfliktu v rodině.

Paní Karolína až prostřednictvím psychoterapie změnila pohled na prostředí rodiny. Děti byly maminkou vychovávány v tom přesvědčení, že je otec nemocný a je nutné brát na něj ohledy, nyní nahlíží, že tomu bylo možná jinak: *„my byli voba, vychovávaný, že táta je jako nemocnej, že je nutný na něj brát ohled takej, ale teď vlastně vidim, že von byl vlastně hrozně jako silnej, že vlastně ovládal celou tu rodinu“* (tuto změnu perspektivu pohledu dává do souvislosti se změnou náhledu na svého pozdějšího manžela). Otce dále popisuje jako lakomého, neměl

³⁰³ Na tomto místě je nutné poznamenat, že v rámci tohoto předpokladu vychází autorka pouze z vyprávění paní Karolíny, žádné jiné informace nemá k dispozici.

rád příbuzné z matčiny strany, zejména tetu, která byla pro paní Karolínu hodně důležitou osobou, zřejmě mu vadil její kritický postoj k jeho autoritativnímu chování v rodině: „*on jí spíš moc nemusel, dycky říkal, že tej není nikdo dobrej, ale to nebyla pravda, vona teta je strašně hodná, taky, jako mamka, jen prostě jí vadilo, jak táta mamku buzeruje, furt, a nás taky. Ona se moc nenechala, tak prostě ji neměl moc rád jako, že jsou s mamkou spřažený*“.

Karolína vzpomíná i na to, že v dětství zažívali s bratrem posměch od spolužáků. Oba mají zrzavé vlasy, bratr byl navíc menší, než bylo obvyklé u chlapců jeho věku, slabší a nosil brýle. Karolína na bratra „dávala pozor“ a chránila jej. Rodina neměla moc peněz (maminka pracovala jako zdravotní sestra, otec měl invalidní důchod) a například oblečení děti dědily: „*a naši neměli moc peníze, když sme byli malí, že jsme i měli oblečení a věci po sestřenici a dětech matčinej sestry*.“ Karolína dodává, že dnes rozumí tomu, že děti jsou „takové“, vždy si dělají legraci z těch, kteří jsou jiní (silnější spolužačka). Paní Karolína se také zmiňuje o tom, že již na prvním stupni základní školy silně prožívala situace zkoušení či samostatného „výkonu“, který musela podat před druhými dětmi. Byla levák (tedy opět jistá známka „jinakosti“), v situaci zkoušení „u tabule“ se vždy potila, zapomínala, koktala, třísli se jí ruce. Podobně neměla ráda, když musela zpívat před dětmi či se účastnit hodin tělocviku. Na druhém stupni „to bylo lepší“, nerada vzpomíná na začátek docházky na gymnázium.³⁰⁴ Připadala si jiná, nezapadala mezi dívky z trochu většího města: „*ty první dva roky jsem si připadala jako mimo prostě... holky byly tam jiný... a ty holky ze třídy, i ty kluky prostě zajímaly blbosti, kapely, diskotéky, a já byla mimo nějak*.“

Říká o sobě, že byla vždy uzavřená, nikomu neříkala například o své rodině: „*já byla tak nějak jako uzavřená už tenkrát, že prostě se mi nechtělo ani nikomu vykládat, jak jako na tom jsme a tak*.“ I na gymnáziu zažívala stres v situacích zkoušení („stresové fleky“, bušení srdce), ale dodává, že „to nikdo nemá rád“. S obavami prožívala situaci maturity, matka jí dokonce dávala Diazepam,

³⁰⁴ Paní Karolína se též zmiňuje o tom, že otec vždy dbal na to, aby měli dobré známky, šlo o svého druhu samozřejmost. Karolíně dělala potíže matematika a vzpomíná na to, jak se otec (účetní) rozčiloval nad její nechápavostí.

s Karolínou se rozešel tehdejší přítel a propadla pocitům vlastní méněcennosti a „obyčejnosti“: „*jsem tenkrát brečela hrozně, že kluk mě nechal a teď neudělám ani maturitu, že jsem nemožná prostě, jsem se vlastně vždycky cejtila vůči ostatním nějak jako míň že jsem, méněcenná prostě. Že třeba se neumím tak oblíkat, taky jsem nikdy neměla oblečení jak holky jiný, že jako jsem taková jako obyčejná prostě, že na mě nic není, že to přeci hned viděj, a kdo by o mě taky stál, no.*“ Pohled na sebe sama a problematické vnímání vlastní „hodnoty“ spojuje s výchovou v rodině: „*teď to z tej rodiny vidim, že třeba mamka byla strašně hodná, ale taky nás s bráchou jako nechválila, nechválili třeba vůbec, jako ona nás před tím tátou dycky bránila, že jsme šikovný a jen třeba se nám něco nepovedlo a dycky honem to zahlazovala, ale prostě nás nijak jako nepovzbuzovala moc, že třeba. Bych třeba taky byla někde jinde dneska, kdybych si víc nějak věřila tenkrát.*“ Děti byly zřejmě vychovávány ke skromnosti, k ohledu na druhé, k tomu, aby se přizpůsobily, ale zřejmě nebyly příliš oceňovány (výkony například ve škole byly považovány za samozřejmé), Karolína zřejmě nebyla vedena k tomu, aby objevovala své nadání, něco, v čem by byla „dobrá“, možná i proto si připadala „obyčejná“ (bratr se zřejmě, na rozdíl od Karolíny, „více našel“ ve studiu a dnes je vědcem).

Co se týče partnerských vztahů, paní Karolína se zmiňuje o tom, že na střední škole měla přítele, který však navštěvoval vyšší ročník, maturoval dříve, než Karolína a odešel studovat na vysokou školu do Prahy. Karolína vzpomíná, že ji již maminka „varovala“ – obávala se konce vztahu s tím, že partner si pravděpodobně na studiích najde jinou přítelkyni (což se opravdu stalo). Jakoby zde Karolíně matka (jistě ve strachu, aby dcera nebyla nešťastná) předávala informaci o tom, že jsou i jiné dívky, které jsou možná pro partnera atraktivnější, jedná se však pouze o domněnku, možná se pouze na základě zkušenosti obávala náročnosti „vztahů na dálku“ a komplikací. Karolína si postupně všímala změn a k situaci rozchodu podotýká, že se opět cítila méněcenná, méně dospělá než přítelovi spolužáci z vysoké školy: „*Měl prostě jinej život v Praze a já jsem byla pořád na gymplu a nějak jsem si jako připadala, že jsem jako méněcenná prostě, že tam už jsou na vysoký a prostě dospělí, že ho taky nudim, což si myslim, že tam fakt bylo.*“ Slečna Karolína, ačkoli se velice obávala opaku, maturitu složila, odjela „za odměnu“ na rodinnou dovolenou s tetou, byla přijata ke studiu na

pedagogické fakultě (učitelství pro mateřské školy) a během prázdnin se cítila dobře, zdá se, že se jí i „zvedlo sebevědomí“, neb zažila, i přes velký stres, úspěchy a vydělávala si peníze na studia: „*jsem se cejtila hrozně dobře v tom létě, že už jsem jako samostatná prostě, že půjdu do toho H. (město, kde je univerzita) a že si i vydělávám vlastně víc, než na tom gymplu třeba třeba brigádama, že jsem to zvládla prostě všechno.*“

Jediné, co jí chybělo, byl partner, jehož ovšem potkala poměrně vzápětí (Petr), již během studia prvního ročníku vysoké školy. Při jednom z jejich prvních setkání paní Karolínu překvapilo, že si ji budoucí manžel povšiml, jakoby stále nevěřila, že je hodna zájmu³⁰⁵: „*si mě všimnul, což mě teda v tej situaci přišlo fakt jako (..) prostě zajímavý, že nás tam bylo víc a já jsem si fakt nikdy nemyslela, že bych jako mezi jinejme holkama nějak vyčnívala.*“ To, že manžela zaujala, si „zpětně“ vysvětluje tak, že „vycítil“ její povahové vlastnosti – jakoby zde naznačovala, že šlo možná o nižší sebevědomí: „*zpětně mi to jako dává smysl, že on prostě byl, je, takovej, že prostě Petr potřeboval jako takovou holku, že to jako poznal. Ale to až teď už vim.*“ Karolínina přítelkyně dala Petrovi její telefonní číslo, a tak začal vztah. Karolína vzpomíná na první roky velmi ráda, Petr byl hodný, velmi se jí líbil. Stále „*nemohla uvěřit svému štěstí*“. Petr se o ni staral, kupoval jí květiny, dárky, oblečení, neboť měl, díky práci pro armádu (profesionální voják) dostatek peněz. Karolína naznačuje, že při pohledu na začátky jejich vztahu shledává „rozložení sil“, které se zřejmě postupem doby stupňovalo, přítel byl zřejmě dominantní: „*mě prostě přišlo normální, že všechno je podle něj, my to taky měli doma tak, v tej rodině, když teda táta byl ještě mezi náma, to tak bylo.*“ Karolíně však toto vztahové uspořádání považovala za „normální“, neb se do velké míry podobalo situaci v její původní rodině.³⁰⁶

Karolína byla nicméně šťastná, v posledním ročníku vysoké školy otěhotněla a vdala se, vzpomíná, že konec školy byl sice stresující, ale již „myslela na něco

³⁰⁵ Také podotýká, že se jí líbili muži, kteří „se líbí všem“ a proto se domnívala, „že to nemá cenu“, bylo jí „jasné, že se jim nelíbí.“

³⁰⁶ V kontextu tématu „přenosu rodinných modelů“ není bez zajímavosti, že Karolínin dědeček, otec otce, byl též voják z povolání a rodinu dle vyprávění matky paní Karolíniny „vedl“ velice tvrdě a přísně, a to včetně fyzického násilí.

jiného“ a vše zvládla. Jediné, co jí vadilo, byla manželova účast na zahraničních misích, ze kterých se vracel „jiný“, což přičítala jednak odloučení, jednak pobytu s muži vojáky a chybějící smysluplné náplni času mimo pracovní dobu. V jednom bodě vyprávění Karolína říká, že mise a práce v armádě stály za tím, že se její manželství „zničilo“ – šlo o jeden z hlavních důvodů: „*mě to vlastně zničilo manželství taky, taky to byl jeden důvod, asi dost hlavní. Ta armáda.*“ Poukazuje i na podobnost se zkušenostmi jiných žen, partnerek vojáků z povolání: „*prostě to i ty holky právě, co maj vojáky, tak vlastně když se zeptáte, tak to je podobný, že málokdo to fakt dá, protože se vodcizíte prostě. Voni nežijou ty chlapi v normálním prostředí, jako já už si i dneska myslím, že taky nejsou normální.*“ Paní Karolína poukazuje i na to, že v armádě je na zaměstnance vyvíjen „tlak“, často jsou pod stresem.

Opět jakoby se potvrdila „předtucha“ matky paní Karolíny týkajícího se dceřina vztahu – ta ji varovala, aby se „dobře rozmyslela“, neboť soužití s vojáky je komplikované (bratr paní Karolíny manžela též „nemusel“). Karolína však byla zamilovaná a varování nebrala v potaz, nicméně i po letech si na něj vzpomíná: „*jestli jsem si to dobře zvážila, že to s těma vojákama je..že to s nima není lehký, že, ona to znala trochu z té tátovy rodiny, ale to jsem jí ještě tenkrát říkala, že to byl přeci jinej případ úplně, že ta armáda je taky jiná, než tenkrát*“ (v tomto kontextu je pravděpodobně myšlena československá armáda v době aktivního působení dědečka). V kontextu vyprávění o svatbě a budování zázemí opět podotýká, že „nemohla uvěřit“ svému štěstí (jako kdyby nebyla hodna toho, aby ji někdo miloval, staral se o ni a vytvářel jí zázemí): „*vlastně zase mi to přišlo takový až neuvěřitelný, že vlastně mě potkalo takový štěstí, že bych si to nikdy nemyslela až takhle. Že vlastně i kamarádky mi jakoby i trochu záviděly vlastně, že třeba Petr po těch státnicích a tej svatbě říkal, že se o mě postará, že nic nemusím řešit, že jako peníze máme a že i tenkrát koupil byt pěkněj, co jsme vybírali spolu, v H. (město).*“

Paní Karolína shledává, že i v rodinách jiných příslušníků armády lze nalézt podobné problémy – rodina je povětšinou dobře finančně zajištěna, nicméně jsou nezřídka často samy doma a situace je pro ně náročná, obzvláště tehdy, pokud mají děti. Paní Karolína uvažovala o nástupu do zaměstnání, alespoň na chvíli, než bude muset nastoupit na mateřskou dovolenou, jak si přála, nicméně lékařka a

manžel jí to zdravotních důvodů nedoporučili (zde si lze, vzhledem k pozdějšímu vývoji událostí, položit otázku, zda manželovou motivací nemohla být i snaha, aby Karolína nebyla příliš „samostatná“ – jde však pouze o spekulaci). Později, během vyhocených konfliktů, jí vyčítal, že nikdy nepracovala a neživila se sama, ačkoli do zaměstnání nenastoupila i díky jeho přání (lze se však též ptát, nakolik Karolína skutečně do práce nastoupit chtěla i přes to, že ji práce s dětmi bavila).

Na období po narození dítěte vzpomíná velmi ráda, manžel byl nadšený z toho, že má syna. Nicméně v zimním období odjel opět na misi do zahraničí a Karolína vypráví, že „jí bylo smutno“, hodně času věnovala péči o malého syna a v té době se i manžel „začal chovat jinak“, postupně paní Karolínu stále více ponižoval, kritizoval jí za špatnou péči o dítě a domácnost, za to, že špatně řídí auto, za to, jak vypadá: „*prostě mě třeba ponižoval, když jsem třeba byla, třeba unavená a měla jsem toho taky dost, tak měl takový poznámky, jak to jako třeba doma vypadá nebo jak já vypadám, že jsem prostě mamina*“. Při pohledu zpět na toto období paní Karolína podotýká, že šlo o projevy domácího násilí, v jejím případě především psychického (ponižování): „*jsem teda byla blbá asi úplně, já jsem si prostě fakt nechala jako líbit dost no.*“ Paní Karolína vysvětluje, je díky svému nízkému sebevědomí se domnívala, že není hodnotnou bytostí, ale zpětně nahlíží, že manžel zřejmě těchto jejích rysů využil a jejím prostřednictvím si „zvyšoval sebevědomí“: „*když nad tím takhle přemejšlim prostě, takže si na mě fakt jako vylejval svoje nějaký frustrace a problémy. Že prostě sem blbá, že jako blbě řídím, že sem nikdy nepracovala, a to vlastně i mě s tou doktorkou tenkrát přemlouvali, ať do té práce nechodím. A já jsem si fakt prostě začala myslet, že sem nemožná. Já na něm byla taky naprosto závislá, s penězma, ve všem prostě.*“

V rámci vyprávění můžeme pojímat postupně se měnící manželství jako jistou expozici. Zhruba v této době (rok 2003) se u paní Karolíny začaly objevovat první příznaky onemocnění agorafobií. Šlo o **zápletku**, která měla, podle Karolíny, v jejím životě svůj smysl. Až stupňující se psychické problémy ji (zřejmě i spolu s psychoterapií a pomocí blízkých lidí) přiměly k tomu, že se pokusila změnit svůj život: „*až ta nemoc mě jako nějakou donutila vlastně s tím něco dělat, prostě to*

*muselo asi dojít až tak daleko no.*³⁰⁷ Špatně se soustředila, obávala se, že něco udělá špatně, měla pocit, že se na ní lidé dívají a vnímají, jak je „neschopná“ (například na úřadech). Zde bychom mohli uvažovat i počínající sociální fobii, nicméně agorafobické příznaky se počaly vyskytovat stále častěji. Paní Karolína zažívala při cestě MHD pocit derealizace, nevěděla, kde je, bušilo jí srdce, špatně viděla, měla pocit „knedlíku v krku“, cítila, že omdlí. Špatně spala, již ráno se budila s úzkostí. O něco lépe jí bylo, když manžel nebyl doma, nicméně ji však dostihla obava z toho, co by se stalo s rodinou, kdyby „se mu něco stalo“, měla pocit, že by nezvládla, díky vlastní „neschopnosti“, postarat se sama o rodinu. Začala hubnout (připadala si i díky poznámkám manžela tlustá), měla výčitky svědomí, že špatně pečuje o syna. Neměla energii, byla vyčerpaná a začala se i „obávat sama sebe“, svých reakcí či opomenutí: *„že jsem jako mimo, i jsem se začla bát, že prostě blbnu, že mu něco udělám, nebo že spadne, že třeba nechám vokno otevřený nebo plyn nebo něco.“* Jediné chvíle, kdy jí bylo dobře, byl spánek.

Nebyla už téměř schopná vycházet ven, enormní úsilí jí stálo jít nakoupit či na dětské hřiště se synem. Objevily se i myšlenky na sebevraždu, o které však paní Karolína rezolutně prohlašuje, že kvůli svému synovi „by to neudělala“. Jistým obratem v době, kdy jí bylo nejhůře, byla návštěva tety, která ji vzala s sebou k matce paní Karolíny a přiměla jí k tomu, aby se zamyslela nad situací, ve které se ocitla. Zajímavý je moment, kdy paní Karolína líčí tetinu reakci na manželovo chování – Karolína tetě líčila, že „situaci nezvládá“ a je nemožná, teta však, namísto toho, aby její pocit potvrdila, projevila silný vztek na manžela paní Karolíny, což byla pro Karolínu zcela nová perspektiva pohledu: *„řekla jsem jí, že prostě s Petrem už jako, že to prostě je hrozný, že jsem nemožná a ona se tenkrát strašně naštvála na něj. A to mi vlastně zachránilo život úplně, že ona prostě hrozně nadávala na něj, že je hajzl. A mě tenkrát napadlo vlastně poprvé, že jako,*

³⁰⁷ K účasti na výzkumu se rozhodla i proto, že v podobné situaci jako ona se nachází mnoho žen.

že prostě není všechno asi tak, jak sem si myslela, že se možná on chová prostě divně.“

Paní Karolína si u matky odpočinula, nabrala sílu a manželovi sdělila, že jejich vztah je v této podobě neudržitelný. Vzpomíná, že manžel reagoval pokorně, omlouval se, přijel a dovezl květiny, sliboval změnu. Paní Karolína měla nějakou dobu pocit, že manželství je opět takové, jako dříve, v době, kdy byla šťastná. Zpětně však manželovo chování hodnotí jako jistou strategii – podle paní Karolíny vycítil, že ji ztrácí, a pokusil se ji opět získat, možná i jistou přetvářkou: *„A on najednou zase jakoby úplně otočil, byl hrozně milej prostě, chápavej, že mě i utěšoval, omlouval se, říkal, že nikam ted' nepojede, že prostě se o nás bude starat a že všechno od ted' bude dobrý. A já jsem prostě mu na to skočila samozřejmě, jak jsem blbá, já měla pocit, že mi zase rozumí a že to je ten starej Petr, jako když se Péťa narodil.“* Paní Karolína s manželem zůstala, nicméně ji neustále sužovaly symptomy agorafobie, nebyla schopna vycházet bez doprovodu. Jistým bodem zlomu byl moment, kdy narazila na článek o onemocnění agorafobií a panickou poruchou, i na jeho základě se rozhodla vyhledat pomoc, neboť se v jasně popsaných příznacích zcela jednoznačně poznala. Navštívila obvodní lékařku, která ji poslala za psychiatrem, ten jí však pouze předepsal Lexaurin a paní Karolína neměla pocit, že by se setkala s pochopením. Po vyhoceném konfliktu s manželem, po němž užíla několik léků najednou, dospěla k názoru, že je v krizi a obrátila se na místní krizové centrum, kde jí psycholožka³⁰⁸, ke které dodnes chodí (soukromě) na individuální psychoterapii, doporučila hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Pobyť v léčebně paní Karolíně změnil život, velkou motivací pro ni byla snaha „dát se dohromady“, aby se mohla dobře postarat o svého syna. Pomohla jí též podpora skupiny spolupacientů, kterou dostávala spolu s informací, že by se měla postavit na vlastní nohy, neboť ji manžel týrá (zde bylo zřejmě pro paní Karolínu důležité, že okolí, podobně jako její teta, spatřovalo chybu v chování manžela a ne v osobnosti paní Karolíny).

³⁰⁸ O paní doktorce hovoří jako o člověku, který jí „zachránil život“, protože ji opravdu „slyšel“: „.. Jako ještě, fakt, že jsem se dostala k ní, to byla nějaká fakt osudová náhoda, jako štěstí, protože kdybych přijela k někomu, kdo mi řek, ať prostě skočím do Labe, tak já to udělám z fleku.“

Karolína sebrala všechny síly a manželovi oznámila přání rozvést se. Tím začalo i dlouhé období manželových útoků, vyhrožování, boje o syna. Paní Karolína vše dokázala ustát a velmi jí pomohlo, že byl syn soudem svěřen do její péče (obávala se totiž, a manžel jí v tomto smyslu i vyhrožoval, že bude syn přiřknut otci, protože matka se mimo jiné i léčila „na psychiatrii“). Syn paní Karolíny během doby, kdy byl konflikt mezi rodiči vyhocen, onemocněl astmatem, což Karolína zpětně nahlíží jako důsledek stresu. Příznaky agorafobie postupem doby ustupují, paní Karolína je schopna běžného života, nicméně podotýká, že nemoc se občas „zákeřně vrací“, například vlivem stresu (po rozvodu, strach o současného partnera).

Pro syna i sebe si přála klid, byla odhodlaná zůstat sama, nicméně potkala partnera, který je starší a s nímž si velice rozumí, je hodný³⁰⁹. Vyzdvihuje zejména tu skutečnost, že mezi nimi panuje vzájemná úcta, partner si jí váží a paní Karolína podotýká, že změnu shledává i u sebe – váží si sama sebe, což je i důsledek psychoterapie. Zde lze uvažovat nad tím, zda není současný partner pro paní Karolínu částečně i „dobrou otcovskou postavou“, kterou nikdy neměla. Je též zajímavé, že se, podobně jako otec paní Karolíny, potýká s onemocněním srdce.

Dá se říci, že nemoc otevřela paní Karolíně nové životní horizonty a nové perspektivy pohledu – na původní rodinu, partnerské vztahy i na samu sebe. Získala nově pocit vlastní **hodnoty**, nabyla jistého sebevědomí a dá se říci, že získala i nové porozumění lidem okolo ní a skrze toto porozumění našla i smysluplné činnosti, které ji naplňují.

Pokud se zamyslíme nad aspekty reflexe a hlediska, setkáváme se ve vyprávění paní Karolíny s jistou pluralitou hlasů či pohledů. Líčí své prožívání a vnímání situací, ale zároveň je v mnoha místech schopna uplatnit i jiný pohled na minulost a sebe samu. Zpětně, díky psychoterapii a životním zkušenostem, je schopna do velké míry „převyprávět“ příběh z jiné perspektivy pohledu.

³⁰⁹ Paní Karolína poznamenává, že pro ni bylo zpočátku obtížné partnerovi věřit. Čekala, že se opět „zmýlí“.

Změnila se i její perspektiva pohledu na druhé lidi. Na několika místech vyprávění podotýká, že dnes již lidi nesoudí, protože si nikdy nemůže být jistá, co vlastně prožívají a zda nemají nějaké problémy. Vychází i ze své vlastní zkušenosti s nemocí a manželskými potížemi, o kterých dlouho nikdo nevěděl. Problém spatřuje zejména v komunikaci mezi lidmi – nahlíží, že například pro ženy na mateřské dovolené či po ní je náročná jistá samota a izolace. Rozhodla se proto pro **aktivní způsob aktérství** a pokouší se nabídnout možnost setkávání těm, kdo potřebují společnost: *„kolikrát si říkám vlastně, co ty lidi kolem prožívaj, že to prostě nevidíte. Jako na mě třeba dřív, taky jsem vlastně byla mezi lidma a fakt to jako nechápali....i ty mamky kolikrát, když je vidim, jak choděj pro ty děti, tak si říkám, co jim třeba je, co vlastně se tam děje, že i jsem se pak třeba zeptala někdy...u nás ted' děláme takový setkání třeba s mamkama těch dětí... protože vim, co to je, když je člověk na to sám.“*

Co se týče **obrazů sebe sama a druhých** lidí, paní Karolína se popisuje zejména jako nesebevědomá, v lecčems nedostatečně dobrá, nehodná pozornosti a úcty. Změna sebevnímání přišla postupně i díky sebepoznání a podpoře v rámci intenzivní psychoterapie. Dá se říci, že paní Karolína disponuje poměrně velkou mírou pochopení pro lidi okolo ní a pro jejich činy. Tendenci dětí vysmívat se jinakosti chápe jako projev jejich povahy, „děti jsou už takové“, druhé lidi, i když se k ní nechovali dobře, měla v minulosti tendenci omlouvat – otec byl nemocný a bylo nutné brát ohledy, manžel byl pod tlakem náročného zaměstnání atp. Postupem doby dochází k poznání, že může říci „ne“. Podotýká, že okolo sebe měla vždy někoho, kdo ji pomohl, i přes její jistou uzavřenost, jmenuje zejména pomoc tety, bratra či psychoterapeutky či pacientů v léčebně: *„já jsem prostě měla zase štěstí na lidi, že vždycky, když už to bylo špatný, tak jsem měla štěstí.“*

„Jsme museli být taková vzorná rodina“

Narativní analýza životního příběhu paní Věry

Paní Věra byla oslovena prostřednictvím psychoterapeutky, ke které začala docházet. S rozhovorem souhlasila po jistém váhání, kdy zvažovala především své kompetence (zpochybňovala potenciální přínos svého zapojení). Paní Věře je třicet tři let, vystudovala dvě vysoké školy a v současné době pracuje jako auditorka. Setkání proběhlo u paní Věry doma.

Ve vyprávění životního příběhu paní Věry poměrně výrazně vyvstává **téma „normality“ a vybočení z této normality**, za něž lze například pokládat symptomy onemocnění agorafobií. Věra již v úvodu rozhovoru naznačuje, že v její původní rodině byla zřejmě značná váha přikládána tomu, aby „bylo vše v pořádku“, žádoucí bylo naplňovat obraz vzorné rodiny, důležitost byla možná přikládána vnějšímu zdání: „my jsme taková, prostě vždycky to muselo být tak, že jsme jako vzorná rodina, vždycky to muselo vypadat dobře.“ Velmi podobně o své rodině hovoří i ke konci příběhu, v kontextu vyprávění o nemoci: „*Jako u nás to bylo vždycky všechno v pořádku, no tak to aspoň muselo vypadat, že jsme museli být taková vzorná rodina.*“

Je zajímavé zamyslet se nad tím, jaký je vlastně význam slovního spojení „vzorná rodina“, ve vyprávění tento význam zřejmě souvisí s **řádem hodnot a přesvědčení**. V příběhu se na mnoha místech ukazuje, že paní Věra má jisté pojetí toho, co je normální a běžné (a co naopak není) a zřejmě se pokouší tuto svou představu normality naplňovat. U dcer bylo samozřejmostí, mít samé jedničky, vystudovat vysokou školu. Paní Věra například nehovoří příliš o svých vlastních přáních, například ohledně studia střední školy: „*No a bylo jasné, že půjdu na gympl, to bylo prostě daný.*“ Uvádí také, že nebyla příliš oblíbená v kolektivu spolužáků na základní škole, neboť byla vzorná žačka (a možná i odsuzovala chování ostatních): „*vzorná jsem byla, myslím, že třeba ty děti mě často taky nesnášely, že jsem byla ta vzorná, no. A pak mě taky vadilo, že kolem tý pátý třídy se ty holky od nás začaly hodně bavit o klucích, kupovaly si Bravičko, malovaly se a tak*“ (zde lze spekulovat o tom, že jí vadilo chování spolužáků, které neodpovídalo rodinným normám). Paní Věra se v příběhu téměř nikde nezmiňuje o tom, že by se někdy proti rodinnému řádu tzv. „bouřila“ či se z něj

snažila vybočit³¹⁰, názorům rodičů naslouchá dodnes a pokouší se jimi řídit, opakovaně ve vyprávění odkazuje na mínění druhých (rodičem, manželem), je pro ni zřejmě důležitou referencí. Její aktérství se Zajímavé je též to, že před babičkou, o kterou se rodina dlouhá léta starala, „musely“ matka i dcery například tajit, že mají dívky partnera (v příběhu je důvod vysvětlen odkazem na katolickou víru babičky): *„před ní jsme taky tajily třeba, později, že třeba má ségra kluka, babička je katolička, teda byla, velká, z Moravy, to prostě by to pro ni bylo hrozný, tak mamka taky jí to neřikala, co my děláme. Ale my jsme ani nic nedělaly, já jsem měla kluka až v osmnácti.“* Opět bylo zřejmě důležité udržet vnější zdání toho, co je žádoucí – a to i přes to, že dcery se nechovaly jakkoli „nepřijatelně“. Vnější zdání, a působení navenek obecně, se zdá býti důležitým i v momentech, kdy paní Věra hovoří o svém způsobu péče o dítě (nikdy by nepřebalovala na zemi jako její kamarádka, pokud možno se vyhýbá situacím kojení na veřejnosti, protože „lidi koukaj“) či o svých symptomech (okolí si všimne, že se „chová divně“).

Lze spekulovat o tom, že se paní Věra pokoušela žít způsobem, který pro ni byl „známý“, v životě udržuje jistý řád, dodržuje pravidla a možná neuvažuje příliš o tom, že by vykonávala něco, co se od ní neočekává. Pro některé její přátele či partnery byla možná tato jistá „nepružnost“ (či rigidita) náročná, paní Věra se zmiňuje o tom, že prvnímu partnerovi vadila její spořádanost, i nejlepší přítelkyně se jí pokoušela sdělit, že si možná život sama zařizuje způsobem, který je náročný a (možná) nevyhovující: *„on byl naštvanej často, že jako jsem hrozně spořádaná, ale já prostě jsem taková, proč bych nemohla bejt taková“; „to je náročný, všechno. Že taky jsem byla dycky taková jako, že si na všechno dávám pozor a tak a že to tak u nás bylo doma, hlavně mamka taková je. A já to mám asi po ní, no. No a Mirka, ta moje kamarádka, mi říkala jednou, ona jako asi byla už naštvaná na mě, že si to prostě dělám hodně sama... že si ten stereotyp dělám hodně sama.“*

Paní Věru vždy bavil německý jazyk, uvažovala i o tom, že by možná ráda učila

³¹⁰ Jistou výjimku zde představuje pracovní pobyt v Kanadě, který absolvovala s přítelem a jeho přáteli již na vysoké škole – matka ji tam původně nechtěla pustit, ona si však prosadila své přání. Měla však například od matky zakázáno řídit v cizině auto, což zřejmě dodržela.

(této představy se vzdala, neb usoudila, že by učení dětí nezvládla vzhledem k tomu, jak děti chovají). Dostala se na studia oboru germanistiky a školu zvládla dokončit (což je samo o sobě opravdu velkým výkonem, navíc paralelně navštěvovala ještě jednu vysokou školu), vystudovala i mikroekonomii, kam si na doporučení otce podala přihlášku, protože „je to jistota“. Bylo jí nabízeno i (možná vysněné) místo vedoucí jazykového oddělení na střední škole, kde by měla velkou míru svobody („*mohla by si vše udělat tak, jak by chtěla*“), ona jej však nepřijala, neboť se domnívala, že by to neodpovídalo jejímu „nastavení“: „*to jako byla supr nabídka, ale náko, no prostě já jsem nechtěla, jsem se na to necejtila. Já nejsem ten typ. Mě to vlastně, jak to řek, tak mě to vyděsilo. To by bylo prostě hrozný, já bych byla.. no to by nešlo.*“ Zde se lze zamyslet nad tím, do jaké míry souvisí způsob aktérství paní Věry s jejím sebevědomím a zároveň i s pojetím „řádu“. Problematické jsou pro ni zřejmě ty situace, kdy se má opírat o své vlastní potřeby a názory, které nepřevzala od referenčních osob, patrná je tato tendence například v bodě, kdy hovoří o tom, že jí „příliš nešlo“ studium literatury a více ji bavil jazyk, ve kterém je jasná logika a řád (tedy nikoli prostor pro vlastní interpretaci): „*proto i ta literatura mě šla míň, já mám prostě pocit, že jako říkám samý banality vždycky. Já jsem schopná říct, co se mi líbí a co se mi nelíbí, co mě bavilo, to jo, ale některý spolužáci byli hrozně kritický a třeba o tom mluvili tak nějak...nevím. Mě spíš zajímal ten jazyk.*“ Z hlediska aspektů vyprávění, jimiž jsou **reflexe a hledisko**, v příběhu chybí pluralita vnitřních hlasů (vnitřní dialogické já). Paní Věra se do velké míry opírá o názory a pohledy okolí a svůj hlas se mu pokouší nějakým způsobem „přizpůsobit“.

Po dokončení vysokých škol tedy paní Věra nastoupila do velké firmy jako asistentka auditora, což byla práce, kterou znala od své sestry (něco známého, zřejmě i práce, která má jasná pravidla a řád)³¹¹. Paní Věra má jistě své ambice, vystudovala dvě náročné vysoké školy najednou (byla přesvědčena, že „to dá“), nicméně jakoby se tyto ambice naplňovaly skrze aktivitu v rámci daného řádu (dokončit školu), nevybočují z řádu „představitelného“. V tomto kontextu též není

³¹¹ Zde je zajímavé, že matka paní Věry je původním zaměřením inženýrka projektantka, nicméně celý život pracovala v bance za přepážkou.

bez zajímavosti, že i manžel paní Věry je, stejně jako její otec, inženýr projektant (s otcem si též velmi rozumí).

Zdá se, že svým **aktérstvím** udržuje způsob života, který je tzv. „v pořádku“, odpovídá jistému řádu a pravidlům (zřejmě pocházejícím z rodiny). **Symptomy nemoci** jakoby jí naznačovaly, že jí možná „něco chybí.“ Zde lze spekulovat o tom, zda symptomy agorafobie, v příběhu paní Věry, netematizují životní svobodu. Jakoby Věra žila (možná ne zcela autenticky) v uzavřeném malém světě a toužila (možná i „nevědomě“) po tom, vyjít z něj ven. Zároveň je však možná při této představě paralyzována úzkostí, která ji opět (paradoxně) umožňuje do nějaké míry zachovat status quo. V tomto kontextu je zajímavé zamyslet se nad poselstvím snů, o kterých se paní Věra zmiňuje jako děsivých a opakujících se obrazech. Pokouší se utéct před býkem, který ji ohrožuje a nemůže, boří se do písku, venku chce křičet a z jejího hrdla nevychází žádný hlas³¹². O těchto snových obrazech se zmiňuje v momentě, kdy ve vyprávění říká, že její „nejlépe doma“, neboť tam jí „nic nechybí“.

Zde se můžeme ptát, zda je tomu skutečně tak. Můžeme si též položit otázku, zda a jak vyjadřuje paní Věra své emoce (například zlosti, vzteku, smutku), obecně i ve vztahu k blízkým lidem, například k manželovi. Lze spekulovat o tom, že si možná z rodiny odnáší poselství o tom, že tyto emoce neodpovídají obrazu rodiny, kde „je vše v pořádku“ a „je vzorná“. Sny jsou ve vyprávění popisovány jako divné, jde zřejmě o prožitky, které také, svým způsobem, vybočují z řádu „běžného“ a „normálního“. Možná až skrze sny prožívá emoce a situace, které „nepřipustí“ v běžné denní realitě. V tomto kontextu je zajímavý i moment setkání s psychologkou, kde začala paní Věra hovořit o stresujících Vánocích a usedavě se rozplakala: *„já jí začala říkat o těch Vánocích a najednou jsem začala prostě hrozně brečet, to se mi fakt dlouho nestalo, si nepamatuju, že bych takhle někdy brečela, no, tak jsem si říkala, že si fakt bude myslet, že jsem blázen, nebo že teda asi fakt jsem blázen, že tam tohleto předvedu“* – podobný projev emocí považuje

³¹² Je nutné podotknout, že pro řádnou analýzu snů bychom se jimi potřebovali zabývat déle a důkladněji, za participace paní Věry.

zřejmě za „nenormální“ a připisuje jej bláznům, sama si nepamatuje, že by takto někdy plakala. Nad potlačovanými projevy emocí či myšlenek můžeme možná uvažovat i tam, kde paní Věra líčí vánoční svátky strávené s manželovou rodinou. Jsou pro ni náročné, zařizuje všechny dárky, stará se o dítě, je mezi mnoha lidmi a někteří se k ní zřejmě nechovají tak, jak by chtěla. Lze spekulovat o tom, že paní Věra v sobě zřejmě v této situaci mnoho pocitů „dusí“, proto možná i onemocněla po návratu angínou.³¹³ Objevující se symptomy agorafobie tedy možná nepoukazují pouze na celkovou životní „nesvobodu“, ale i na jistou nesvobodu projevu sebe sama, různé strachy a obavy mohou naznačovat i to, že paní Věra se obává i svých impulzů, emocí a přání.

Symptomy onemocnění agorafobií zřejmě souvisejí i rodinnou výchovou – ve vyprávění se ukazuje, že již matka paní Věry je zřejmě „úzkostná“, o své dcery se vždy obávala, mnoho činností jim zakazovala a paní Věra do velké míry matčin způsob vztahování se ke světu převzala: *„ona se o mě a o ségru taky bála, nó. My jsme spoustu věcí nesměly, třeba ona, ta je taky taková prostě, když šla do práce, tak se vždycky vrátila a vzbudila nás, že je venku led a ať dáváme pozor, ať neuklouzneme a tak. Nebo jsme se do telefonu nesměly představovat, aby jako kdyby volal někdo špatnej, aby nevěděl jméno. No, tak tak. Tak mě to asi zůstalo, tohle, že se prostě bojím, že mě napadá, co se všechno může stát.“*

Symptomy agorafobie se začaly objevovat v době, kdy byla paní Věra na rodičovské dovolené, bylo však možné (v intervalech mezi kojením) vyjít ven. Paní Věra však začala zažívat silné pocity úzkosti a strachu o dceru – obávala se, že v době její nepřítomnosti se dcerce něco stane (možná šlo o strach v situaci, kdy neměla dceru a celou situaci pod kontrolou a uvědomovala si mnohá nebezpečí, která na ni „číhají“). Měla pocit, že lidé, například v dopravních prostředcích) se na ni dívají, všímají si jejích projevů (pot, dech, polykání). Poukazuje také na paradoxní situaci – podotýká, že doma jínejlépe jí bylo doma, ale situace na mateřské jí už zcela nevyhovovala („lezla jí na mozek“), nicméně nemohla odejít, protože se objevily stavy úzkosti a paniky. Lze se ptát, jak paní

³¹³ Zde jde o hypotézu, kterou by bylo nutné dalším výzkumem ověřit.

Věra vlastně vnitřně prožívala situaci, kdy její dcera postupně vyrůstá a od matky se pomocí malých krůčků vzdaluje (a matka od ní). Pro paní Věru bylo zřejmě toto období náročné – představuje si různá ohrožení dcery a obává se jich. Sama v duchu možná touží po větší svobodě a životě mimo prostor domova, což ale příznaky agorafobie znemožňují (a tím ji k péči o dceru „připoutávají“). Tchýně paní Věry v této souvislosti naznačuje, že je zcela běžné, aby ženy na rodičovské dovolené nechodily nikam, a případné potíže jsou způsobeny hormony: *„ale prosím tě, no kam by taky chodila, ne, dyť jako to je normální na mateřský, je to i téma hormonama.“* Dcera také trpí atopickým ekzémem a zde lze spekulovat o možné souvislosti s úzkostností matky.

Nejrůznějším zdravotním potížím jsou ve vyprávění příběhu paní Věrou a jejími blízkými připisovány jasné příčiny – ekzém je způsoben čokoládou (ale nemizí, ani když paní Věra čokoládu nejí), symptomy agorafobie jsou manželem vysvětlovány jako důsledek stresu. Matka paní Věry ji nutí absolvovat nejrůznější somatická vyšetření (štítná žláza atp.), žádná somatická příčina však není objevena. Symptomy agorafobie mohou souviset s onemocněním, například štítné žlázy, nicméně v kontextu uvažování rodiny paní Věry jde zřejmě spíše o (poměrně obvyklou) tendenci přičítat těžko pochopitelné projevy jednoduššímu (pochopitelnějšímu) zdroji. Podobně je pro manžela paní Věry pochopitelné, že její potíže jsou způsobeny stresem. Zde si lze položit zcela hypotetickou otázku po tom, co by se dělo, kdyby začala paní Věra v rámci psychoterapie, objevovat skryté zdroje svých problémů.

Narativní analýza externího hodnotitele Pavla O. poukazuje na zajímavý aspekt vztahů paní Věry, který zřejmě douvisí s mírou její úzkostnosti: „třetí etapa začíná v období, kdy sama založila s manželem rodinu. Jako by se vrátila do úzkostí, ve kterých žila jako dítě – s tím rozdílem, že nyní nepocházejí do matky, ale od ní samotné. Opakuje jí známé vzorce chování. Sama si i uvědomuje, co je příčinou.“ Hodnotitel zde poukazuje na zajímavý úhel pohledu na vztahovost paní Věry – jakoby založení vlastní rodiny aktualizovalo úzkostné prožívání, které jí bylo zřejmě v dětství vlastní, se kterým se setkávala i například u matky.

„Ukázat všem, že jsem dobrá“

Narativní analýza životního příběhu slečny Anny

Slečna Anna byla oslovena prostřednictvím psychiatrické léčebny, ve které se účastnila denního stacionáře. S účastí na výzkumu souhlasile velice ochotně, o tématu ráda přemýšlí a těší ji zájem. Slečně Anně je třicet dva let a vystudovala vysokou školu. V současné době hledá zaměstnání. Setkání proběhlo v pracovně na FFUK Praha, šlo o volbu slečny Anny, neb jí vyhovovala dojezdová vzdálenost od domova.

V příběhu slečny Anny vyvstává jako výrazné **téma** aspirací. Životní aspirace souvisejí s řádem jednání, hodnotami, hledáním identity, sebevědomím i osobními vztahy. Slečna Anna se v mnoha bodech svého života pokoušela dokázat sama sobě i svému okolí, že zvládne, co si předsevzala, i náročné situace (tato tendence zřejmě pramení z výchovy v rodině). Příběh se ovšem vždy počíná komplikovat tam, kde jde například o výkon, o srovnání s druhými. Na počátku vyprávění líčí slečna Anna sebe samu jako živé, nebojácné dítě, zlobivé a divoké. To se změnilo, když nastoupila k docházce na základní školu, počala být zakřiknutá, úzkostná, hodně se styděla, navštívila dokonce lékařku, neboť se u ní začaly objevovat tiky. Rodiče jí sice pomáhali, ale měli na ni málo času, pomoc se vždy odehrávala ve spěchu. Se sebevědomím se potýká celý život: *„Jako ta úzkost a stydlivost tam byla už potom pořád. Jako s tím bojuju vlastně celý život docela. Jako i s tím sebevědomím a tak.“* Lze se domnívat, že problematické sebevědomí se objevilo až v momentě, kdy byla slečna Anna konfrontována s prostředím výkonu a jisté kompetice (či alespoň srovnání) se spolužáky ve škole. Obtížný pro ni byl i přechod na druhý stupeň základní školy – z vesnické školy do Prahy. Spolužáci se jí jako venkovance smáli, necítila, že by tzv. „zapadala“, byla osamělá, chtěla se přizpůsobit, ale nedařilo se jí to.

Téma „dokázat, že na to mám“ se pak v příběhu opakuje na mnoha dalších rovinách – absolvování přijímacích zkoušek na Právnickou fakultu, pracovní činnost v zahraničí i v ČR, sportovní výkony (závody v atletice, běh maratonu), touha stát se vedoucí letového provozu atd. O období okolo maturity slečna Anna říká, že měla vždy tendenci „dělat něco podle někoho“ – zároveň se však pokoušela nalézt něco, co by ji naplňovalo, tyto tendence se v ní zřejmě po jistou

dobu svářely. V rámci studia či pracovních činností se často též objevuje konflikt mezi tendencí ukázat, že vše zvládne a úzkostí ze selhání (odmítla například vyšší funkci v řetězci rychlého občerstvení, ke které se vázala i větší zodpovědnost) – zde zřejmě slečna Anna naráží na limity své sebedůvěry.

Na gymnáziu procházela obdobím hledání vlastní identity, pokoušela se vymezit se vůči okolí, nelézt podobu sebe sama, a to i prostřednictvím nápadné úpravy zevnějšku (barevné vlasy, piercingy atp.): „*Ale bylo to dobrý v tom smyslu, že jsem se tak nějak jakoby prosadila jako takovou osobnost nebo identitu co bych si chtěla jakoby ubírat, i když to nebylo třeba správně.*“ Rodiče byli z dceřina chování „nešťastní“, ale postupem doby se s ním smířili, neboť sestra slečny Anny jim „připravila horší chvíle“ (záškoláctví). Anna poznamenává, že na střední škole hledala, kudy se chce v životě ubírat, zároveň se však začaly objevovat výrazné zdravotní problémy (téma nemocí) - (mononukleóza, anorektické období, kdy hodně cvičila, nejedla, ztratila menstruaci, sama sobě se nelíbila, omdlávala). Vztah k sobě samé, včetně vlastního těla, byl zřejmě u slečny Anny vždy nějak „problematický“. Na střední škole hubla, v současnosti tělo podrobuje extrémním fyzickým výkonům, má potíže s tzv. excesivním nakupováním.³¹⁴

Hledání vlastní identity a něčeho, co by ji naplňovalo, probíhá u slečny Anny vlastně dodnes. Vždy usilovala o nějaký, poměrně vysoký, cíl, kterého když dosáhla, činnosti zanechala (práce v zahraničí, studium práv). Rodiče jsou z ní „již nešťastní“, poukazují na velké množství času a peněz, které její aktivity stály. Ona však poukazuje na to, že zkušenosti byly k něčemu dobré, nelituje jich a chce se věnovat něčemu, co by ji opravdu bavilo. Její chování je možné chápat jako (v současnosti poměrně typický) jev tzv. prodlouženého období adolescentního moratoria (aktuální věk Anny je třicet dva let). Lze se zamyslet nad tím, zda slečně Anně neumožňují symptomy agorafobie a deprese setrvat v tomto stádiu vývoje, ve kterém je o ni v důsledku vždy nějakým způsobem postaráno – nemusí

³¹⁴ Z psychoterapeutického hlediska lze tzv. „závislost na nakupování“ či impulzivní nákupy interpretovat buď jako syčení vlastních potřeb, ale lze se i zamyslet nad tím, že člověk si, pokud nakupuje například oblečení, kupuje vždy tak trochu i „nové já“. Mezi další hypotézy týkající se podstaty závislosti na nakupování je například snaha o „zaplnění prázdnoty“. Uvedené hypotézy by bylo nutné ověřit dalším výzkumem.

tedy „natvrdo“ čelit samostatné existenci. Její problematická separace od rodiny je však možná způsobena do jisté míry i přístupem rodičů – Anna říká, že na ni dávají pozor, jsou úzkostní, dnes jim například zatajuje, jakých sportovních akcí se zúčastňuje, protože by ji nemuseli „pustit“.

V době kolem maturity, kdy též navázala vztah s partnerem, se kterým pak byla dvanáct let, se začalo projevovat krom mononukleózy i onemocnění depresí, postupně eskalovalo během náročného studia práv. Měla potřebu se změnit, ale obávala se, že to sama nezvládne. Přítel na ni „byl hodný“, ale měla pocit, že jí úplně nerozumí a domnívá se, že je „slabá“. Slečna Anna se bála vycházet mezi lidmi, zavírala se doma. Vzpomíná na to, že jí maminka nabádala, že potíže „musí překonat“, že by měla být „silná“, pocítovala stud za svou slabost: „*No a já jsem docela měla problémy právě jako se učit. Jednak soustředit a všechno. Už tu dobu právě jsem měla asi ty deprese dost. Protože prostě jsem nevěděla, proč jsem smutná. Pořád jsem si myslela, že to třeba spraví to a to. Já nevím něco, že třeba někam pudu. A takhle. Ale pak jsem nebyla právě už schopná ani chodit mezi lidmi. Že už prostě jsem si připadala, jakože někoho otravuju s tím. A necejtila jsem se prostě dobře. A nechápala jsem to prostě vůbec. Snad tenkrát by mi asi pomohlo, kdybych se s někým možná poradila vo tom, no. Protože já jsem za to styděla.*“ Anna se zmiňuje o nepochopení okolí, které se postupem doby změnilo, v případě její matky, ve větší porozumění jejím problémům. Ze studia práv nakonec odešla, nebylo jí fyzicky dobře, bála se jezdit MHD, objevila se u ní borelióza ve druhém stádiu. Byla většinou sama doma, „utápěla se v depresích“, přítel odjel pracovat do Anglie. K ukončení studia práv podotýká: „*to mě nebaví no a vlastně sem jakoby dá se říct zahodila ty roky všechny co sem tomu dala, peníze, že jo všechno úplně, tak jako úplně si říkám tý jo co já teď budu dělat prostě a rodiče nooo to nemyslíš vážně prostě takovejch peněz to stálo, tys to prostě chtěla tak teď to máš a takle a a říkali jako prostě co bude s tebou jako dál, říkám, že toho vůbec nelituju, že právě to jako beru za úspěch i tohle a že prostě se nebojím jako se vdejt z tý školy úplně.*“

Anna se nakonec rozhodla následovat přítele do Anglie, v čemž spatřovala šanci, jak se osamostatnit, separovat od rodičů, kteří na ni „dávali pozor“: „*já jsem vlastně vždycky chtěla takhle se osamostatnit a jakoby věděla jsem, že rodiče by mě samotnou nepustili, protože oni jsou hrozně úzkostní a bojí se o mě až moc a*

kontrolujou a takový, :) že možná vod toho mám i ty problémy.“ V Anglii se jí postupně podařilo naučit se jazyk a etablovat se na pracovišti, nicméně symptomy onemocnění agorafobií nezmizely – naopak v jistých obdobích eskalovaly.

Zde lze uvažovat o tom, nakolik byly například vysoké aspirace slečny Anny vzhledem k její sebedůvěře a možnostem odolávat zátěži, kterými disponuje. Lze si také klást otázku, zda za potížemi slečny Anny nestála i potřeba podpory okolí, bezpečného „útočiště“ – toho, aby se o ni někdo staral. V náročných životních situacích se vždy objevily symptomy úzkosti či somatická onemocnění – lze je možná interpretovat jako jistý prostředek, jak dát okolí najevo své potřeby, jak k sobě druhé „přitáhnout“ či jak vyjavit svou slabost. K počátkům vztahu s partnerem například podotýká: *„Že jsem mu nechtěla jakoby překážet, no že jsem prostě nemocná. A že se o mě musel starat. Byl hrozně hodnej jo.“* V kontextu vyprávění slečny Anny můžeme spekulovat i o tom, zda neprožívala až jistou „závislost“ na druhých, silnou potřebu spolubytí.³¹⁵ Symptomy agorafobie by v tomto kontextu mohly souviset nejenom s náročnými životními situacemi, ale i se vztahy s tzv. důležitými druhými. Slečna Anna například uvádí do souvislosti eskalaci příznaků a dobu, kdy se výrazně „zhoršil“ vztah s partnerem. Slečna Anna mu postupně zřejmě přestala důvěřovat – pořídil byt sám, bez ní, udržoval velmi blízký vztah s kolegyní (která věděla, na rozdíl od Anny, například o nákupu bytu či auta). Bydleli na malém městě za Prahou, což vyhovovalo partnerovi (blízkost jeho rodiny i práce), slečna Anna však byla osamělá, byla poměrně daleko od rodiny a přátel, neměla práci, nevěděla, co bude dělat. Za své potíže se styděla a vyhýbala se lidem. Situaci slečny Anny můžeme chápat jako do jisté míry paradoxní – přítel „ji nastěhoval“ k sobě, ale většinu času trávil „ pryč od ní“, jakoby ji ponechal na pospas sobě samé. Slečna Anna se nakonec rozhodla z bytu odejít a vrátit se k rodičům, kde žije dodnes.

Slečna Anna zažívala intenzivní úzkost a strach, spolu s dalšími symptomy agorafobie s panickou poruchou, zejména v momentech, kdy se ocitala ve volné

³¹⁵ Slečna Anna nikdy například nebydlela sama, vždy buď s rodiči, nebo s partnerem, v zahraničí pak společně s ním i dalšími lidmi. Pokud běhá, vždy má partnera, účastní se zejména týmových běžeckých akcí.

krajině, například v horách. V těchto situacích nebyla nikdy sama, většinou s partnerem. Obávala se ohrožení - toho, že se „ztratí“, „něco se jim stane“ a nedovolají se pomoci. Jakoby nedůvěřovala sama sobě, neměla pevný bezpečný bod v důvěře ve vlastní kompetence. Ve vyprávění se také objevuje strach „z uvíznutí“ – silné prožitky strachu a úzkosti se objevily též v situaci, ze které bylo obtížné uniknout a v níž se též obávala, že by se k ní případná pomoc dostala pouze obtížně (vzpomíná na uvíznutí ve velké zácpě, v kině, strach z jízdy tunelem, výtahem atp.). Vyhýbala se též letu letadlem, i v jiných dopravních prostředcích ji děsila představa, že za život a zdraví její i ostatních cestujících odpovídá řidič či pilot (kterého často ani není možné vidět): „že řidič rozhoduje o tom, co se stane“. V tomto kontextu je velmi zajímavé zamyslet se nad tím, jakou „vnitřní logiku“ má **aktérství** slečny Anny, které jde nezřídká, obrazně řečeno, „proti nemoci“. Svůj strach z volné krajiny a z toho, že někde zůstane bez pomoci, překonává mimo jiné i tím, že se účastní extrémních závodů v přírodě (například noční běh přes vrcholky Beskyd). V současné době by ráda pracovala jako vedoucí letového provozu, který „navádí lidi na bezpečné přistání“ (již by tedy nebyla tím, jehož život je v rukou cizího „neviditelného“ člověka, ale sama by ručila za bezpečí cestujících). Stát se vedoucí letového provozu je pro slečnu Annu velkou výzvou, jde o velmi náročné povolání, velice stresující, navíc uvádí, že pracoviště je v podzemí.

Slečna Anna se ve vyprávění zaměřuje primárně na své vlastní pocity, barvitě líčí nejrůznější situace, hovoří o kolezích z práce, lidech, se kterými běhá atp. Poměrně menší prostor je věnován obrazům blízkých lidí, téměř se nezmiňuje o svém otci, pouze v úvodu příběhu podotýká, že pracuje jako letecký inženýr a měl vždy velmi málo času. Zmiňuje však i jeho nadšení v momentě, kdy zjistil, že by se dcera chtěla věnovat práci dispečerky leteckého provozu, což je povolání, které je mu velmi blízké.³¹⁶ O své matce se též zmiňuje poměrně sporadicky, několikrát podotýká, že rodiče to s ní měli těžké (například v souvislosti s pubertou na střední škole), hlouběji se však jejich prožíváním a životem nezabývá, podobně je

³¹⁶ Lze se ptát, zda volba této pracovní možnosti není i jistou cestou k otci, pro tuto domněnku však nemáme dostatek informací.

tomu u partnera. Několikrát se zmiňuje o tom, že partner „to s ní také neměl lehké“, například v situacích strachu v přírodě, v dopravních prostředcích, v obdobích, kdy byla nemocná. Z vyprávění lze však také nabýt dojmu, že slečna Anna od okolí očekává a požaduje velkou míru pochopení a akceptace pro vše, čemu se věnuje a co potřebuje (lící i situaci, ve které matce lícila, že několikrát uvažovala o sebevraždě – i v tomto momentě jakoby po ní žádala pochopení).

Narativní analýza externího hodnotitele Pavla O. poukazuje zejména na problematiku sebepojetí a sebehodnoty: „významným životním tématem je sebevědomí. Pacientka celý život bojuje s jeho nedostatkem a musí si neustále potvrzovat svou hodnotu. Kromě sebevědomí bojuje s také s úzkostmi. Agorafobie a klaustrofobie, kterými trpí, jsou jen jedněmi z jejích projevů.“ Zdůrazňuje též úzkostné rysy přítomné v rodině.

„Domácí zázemí“

Narativní analýza životního příběhu slečny Pavly

Slečně Pavle je dvacet sedm let, vystudovala vysokou školu a v současné době hledá zaměstnání. Oslovena byla prostřednictvím facebookové skupiny Panická porucha a agorafobie, se setkáním souhlasila velice ochotně, rozhovor probíhal v kavárně, kterou slečna Pavla zvolila.

Důležitým **tématem** vyprávění slečny Pavly jsou mezilidské vztahy, zejména rodinné, ale i vztahy s partnery. Slečna Pavla podává v rámci příběhu poměrně **barvitě obrazy sebe a druhých lidí**. Nastiňuje se jako člověk, který „do všeho dožívá delší dobu“, je úzkostlivá. Velice si váží přátelství a dobrých vztahů, říká o sobě, že je věrná až do konce života, dokonce podotýká, že je „*jako pes: když mě pohladíte, půjdu za vámi*“; na jiném místě podotýká, že je „*takovej blbec*“. Pokud se k ní však někdo nechová tak, jak by si přála, nejeví o ni opravdový zájem a nedává jí najevo lásku, s dotyčným přerušuje kontakt (prarodiče z otcovy strany). Přátele má zejména mezi muži, s dívkami „*to nikdy moc nefungovalo*“, má ale jednu velice dobrou přítelkyni, která bohužel žije ve Španělsku.

Je pro ni velmi důležité soukromí, ráda tráví čas o samotě, kontakty s cizími lidmi zřejmě vyhledává poměrně zřídka, jsou pro ni náročné, musí se na ně pokud možno připravit předem a pak opět načerpat síly o samotě: „*domácí zázemí, to je pro mě hodně důležitý, jako pro člověka, tam je to prostě nejlepší ((smích)), tam je ten můj domeček ((smích)), jenomže jasně, že je to nepříjemný když tam prostě chodí cizí člověk...pořád raději trávím čas sama, já jsem nejrady sama, já jsem strašnej introvert ((pobaveně)). Jako mám ráda lidi, ráda s nima mluvím, ale musím být na to psychicky připravená a tak jako počítat s tím, že to bude..a nějak nabrat síly a pak stejně znova načerpávám síly, až skončí ta interakce a já jsem sama.*“ Možná lze hledat souvislost s tím, že se slečna Pavla popisuje jako velice citlivá, vztahům a komunikaci s lidmi věnuje hodně energie a bere je velmi vážně, doslova říká: „*já nasávám ze svého okolí prostě všechny emoce...jsem hodně citlivá a ty emoce mě žerou za živa, a proto to asi tak je, no, že přece jenom hodně přemýšlím i o svých emocích, o mezilidských vztazích. Jakmile mi někdo něco řekne, přemýšlím, proč mi to řekl, co tím myslel, co mu na to mám říct. V momentě, kdy už je po diskuzi, napadne mě deset věcí, co jsem mu měla říct, ale*

už je pozdě, už se to nehodí, a stejně mám někdy tendence mu to třeba někdy napsat ((smích)) (1:33), jo, ale prostě, ((odkašlání)), celkově nad vším hodně moc přemýšlím a všechno si hodně беру, takže to jsou ty hlavní důvody. Jsem prostě taková emocionálně slabší, asi.“

Podotýká, že zastává hodnoty, které se dnes již nenesí, je v leccems „staremodní“ (možná je tím míněn i vážný a „zavazující“ postoj ke vztahům?). Pavla má možná velice silnou potřebu blízkosti, kterou ne každý zřejmě dokáže naplnit. Říká o sobě, že je idealistická, a přes to, že ji okolí často vnímá jako negativistickou, má v sobě mnoho optimismu, je schopna povzbuzovat a podporovat druhé, sama sebe však ne, na to „potřebuje někoho jiného“: „*Já jsem prostě taková hodně jako idealistka, no, to už dneska se nenesí, je to takový neoblíbený, mi připadá. Já jsem takovej filosof idealista... jsem schopná být optimistická jak nikdo jinej. Já bych prostě pozvedla i člověka, kterej umírá, nějak prostě bych to odlehčila humorem a prostě bych mu řekla, že vlastně všechno v pohodě. Ale když jde o mě, tak já se nedokážu podpořit, já na to potřebuju někoho jinýho.*“

Během základní školy se slečna Pavla bohužel setkávala se šikanou (od páté třídy), druhé děti se jí vysmívaly, neboť byla o něco silnější, v šesté třídě musela přejít do jiného kolektivu, neboť situace pro ni byla již „neúnosná“. Situace se nicméně opakovala, dokonce stupňovala, a to až do konce základní školy: „*jsem v šesté třídě na začátku musela přijít do jiné třídy, protože už to bylo neúnosný, jenže tam, když je to jen jiná třída tak všichni ví, co to jde, proč ten žák přechází, navíc s váma přijde třídní učitelka a řekne, že v původní třídě se k ní nechovali moc hezky, tak doufám, že teď to bude lepší.. takže to bylo vlastně ještě horší..takže si mě vychutnávali docela fest, až do konce základky.*“ Obávala se zejména hodin tělocviku a plavání, vzpomíná na bolesti břicha a nato, že bývala poměrně často nemocná, „právě proto, aby do školy nemusela chodit“, hledala záminky, aby se mohla vyhnout hodinám, které ji nejvíce stresovaly, po co nejdélší dobu. Vzpomíná si i na úzkostné stavy před spaním, kdy si uvědomovala, že ráno bude muset opět do nepřátelského prostředí školy, pomáhalo jí, když s ní matka usínala.

Spolužák, který s ní přecházel na střední školu, se navíc postaral o to, aby měla potíže v kolektivu i během prvního ročníku, postupem doby se situace poněkud

uklidnila, ale terčem „srandy“ byla až do konce studia (situace ji „žrala“, ale uvědomovala si, že to již jiné nebude a částečně se s ní smířila), Stala se mlčenlivější a sama o sobě říká, že pokud si s někým rozumí (jde zřejmě i o pocit přijetí), je schopna hovořit hodiny, se spolužáky to však možné nebylo: *„když mluvím s někým blízkým, prostě, nebo s někým, s kým se mi dobře mluví, tak nemám problém mluvit celý hodiny, je mi to jedno jako, ale tam jsem věděla, že jsou všichni kreténi, tak jsem byla většinou ticho.“* Matka se podívovala, proč spolužákům jejich chování „nevrátí“ a „nedá jim na budku“, Alena však cítila, že by situace byla ještě horší, spíše ustupovala a „nechala to plavat“.

Svůj vztah s maminkou popisuje jako výborný, jsou kamarádky. Slečna Pavla byla na matku zřejmě silně vázána, ve vyprávění vzpomíná na to, že maminka s ní byla v raném dětství pořád, vše bylo na ní a nikdo jiný jí v péči o dceru nepomáhal: *„měly jsme s mámou takovou hodně pevnou vazbu už jako od mala, protože se mnou bývala často dlouho sama, nikdo jiný jí vlastně se mnou nepomáhal, takže všichni se o mě vlastně začali zajímat, až když jsem začala mluvit a chodit a do té doby prostě byla máma na všechno sama, no a takže jsme na sebe měly pevnou vazbu.“* Matka se potýká s depresivní poruchou, občas trpěla i příznaky úzkosti a dokonce i agorafobie (podobně i otec a babička). Matka vzpomíná na to, že zřejmě trpěla poporodní depresí (a slečna Pavla se smíchem dodává, že až do jejích šesti let). V roce a půl Pavla tak plakala, že si „vykřičela kýlu“ (ovšem podotýká, že v místě, kde byla ztenčená tkáň, tudíž by „se to časem stejně stalo“), ve dvou letech pak prodělala operaci. Do této doby se také datuje Pavlina první vzpomínka – na to, jak ji rodiče umístili do postýlky s ohrádkou v nemocnici a odcházejí pryč – jde tedy o velmi smutnou vzpomínku na odloučení. Maminka se jí v jejích třech letech pokusila umístit do školky, ale Pavla pořád plakala, situaci odloučení neovládala. Maminka se dokonce ve školce nechala zaměstnat jako uklízečka, aby byla dceři nablízku, což situaci mírně zlepšilo, ale ze školky stejně odešla. V pěti letech, při druhém pokusu, již odloučení zvládla dobře, s dětmi se jí líbilo. Vzpomíná ale na to, jak ji jednou napadlo utéct ze školky za maminkou a skutečně to udělala.

Vztah s matkou je pro Pavlu velmi důležitý, je na ní poměrně silně vázaná a v tomto kontextu je zajímavé, že jí matka sdělovala, že „není mateřský typ“: *„máma říká, že není mateřskej typ, jo, já to vím..přesto vím, že mě má nejradši na*

světě, že by pro mě udělala první poslední, ale říkala, že se nikdy nesebere realizovala v tom mateřství, takže jako taky proto asi nechtěla další dítě..(rychleji), nebo taky proto, že by jí to mohlo zabít³¹⁷, že jo ((smích))..po tom, jak to bylo poprvé..ale přece jenom...na vztah jí ke mě si nemůžu stěžovat.“ V uvedeném kontextu by bylo zajímavé zjistit více o tom, v čem se matka slečny Pavly domnívá, že jsou její případné „deficity“ jako matky a jaký byl důvod pro to, aby je sdělovala své dceři.

Rodinné vztahy podle Aleny nikdy nebyly „nic extra“ (na jiném místě je dokonce popisuje jako patologické). Vztah mezi rodiči a jeho vývoj považuje za „neobvyklý“ - rodiče se rozvedli, když bylo Pavle devět let, ale žili spolu nadále v jedné domácnosti, neb maminka si uvědomovala, že Pavla by těžko snášela stěhování. Otec po rozvodu udržoval vztahy s mnoha ženami, s jednou bývalou partnerkou má i dceru (Pavla svou sestru dodnes nepotkala, ačkoli o to stála). Pavla mnoho z těchto žen potkala, otec ji bral i na společné dovolené. Rodiče „fungovali“ spíše jako spolubydlíci, ale po nějakém čase se k sobě vrátili (když bylo Pavle dvacet jedna let), otec ale opět odešel za jinou ženou. Pavla pak bydlela dva roky pouze s matkou, rok sama a dnes žije již tři roky s otcem, který se po rozchodu opět vrátil domů – matka se z původního bytu odstěhovala, protože se v něm necítila dobře, a dnes žije se svými rodiči, má u nich „pokojík“.

Vztah s otcem popisuje Pavla jako „špatný“. Vzpomíná na to, jak na ni otec, zejména v době kolem rozvodu, kdy byl „cholerik“ často křičel. Srážel její sebevědomí, kritizoval ji, občas ji uhodil a choval se k ní ponižujícím způsobem. Sama Pavla označuje za velmi zvláštní moment, kdy jí otec později přiznal „důvod“ toho, proč na ni křičel – byl sexuálně frustrován. Dodnes občas zpochybňuje dceřinu inteligenci (Pavla v tomto kontextu poznamenává, že si je však vědom té skutečnosti, že má vyšší inteligenci než on), když otec „něco potřebuje“, přijde s ní poradit, pokud například nechápe vysvětlované, chybu hledá u dcery. Postupem doby se „uklidnil“ a dnes se s ním „dá už celkem

³¹⁷ Zde je míněn těžký porod, při kterém matka slečny Pavly dle jejího vyprávění málem zemřela.

normálně mluvit“, Pavla se ale snaží, aby se například ve společném bytě příliš nepotkávali, což se jí daří. Otec se (podobně jako matka) považuje za „neotcovský typ“, nikdy jí dle jejích slov nedával najevo lásku, a Pavle již v době, kdy byla dospělá, říkal, že si uvědomuje své rodičovské deficity, a když mu dcera naznačila, že ještě není pozdě, podotkl, že vše vynahradí mladší dceři, což Pavlu přirozeně mrzí. Pavla naznačuje, že otcovo chování zřejmě souvisí i s výchovou v jeho původní rodině (s prarodiči z otcovy strany přerušila Pavla veškerý kontakt již před šesti lety³¹⁸) – prarodiče popisuje jako lakomé, závistivé, nepřející, do sebe zahleděné, bez zájmu o životy a potíže druhých lidí; Pavlu kontakt s nimi emočně vyčerpával, byla z něj zřejmě nešťastná.

Důležitým tématem vyprávění slečny Pavly jsou i vztahy s muži, kteří jakoby jí často zklamávali (krom posledního partnera, se kterým je již sedm let). Poprvé podle svých slov „zhřešila“ v patnácti letech s člověkem, se kterým by byla „raději, kdyby to nebylo“. Krátce potom potkala svou první velkou lásku. Přítel však bydlel v jiném městě, rodiče jí vztah ze strachu o ni zakazovali. Přesto se jim podařilo vídat se asi osm měsíců. Před prázdninami se s ní však partner rozešel, což pro Pavlu byla první „obrovská emocionální rána“ – říká, že „do té doby na to nebyla zvyklá“ a se situací se nedokázala vyrovnat. Vzala si dokonce prášky a napsala dopis na rozloučenou (který má dodnes schovaný, aby „věděla, jak byla blbá“), vše naštěstí dobře dopadlo. „Záchvaty pláče“ zažívala ještě několik týdnů. V době po rozchodu se jí též stalo, že se ji pokusil opít a znásilnit mladík ze vsi, kde měli chalupu (naštěstí se mu pokus do všech důsledků nezdařil), otec se jí tenkrát zastal a onoho mladíka „přimáčkl ke zdi“ a „vyřídil si to s ním“. Je zajímavé, že Pavla se ve vzpomínkách (krom otcovy reakce) nezmiňuje o tom, že by se o ni rodiče báli či se jí jinak věnovali. Lékařka, ke které Pavla po požití léků zašla, nic neoznámila, nicméně lze se domnívat, že na Pavle bylo vidět, že zažívá těžké období; po pokusu o znásilnění byla zcela opilá, páchla zvratky, ale rodiče ji

³¹⁸ Zajímavé je, že kontakty s rodinou Pavly úplně přerušila i matčina sestra, podle Pavliny matky proto, protože se: „cítila ukřivděná..prostě tou rodinou, prostě že jí tam některý věci vadily a nebyla schopná si to s nima vyříkat.“ Jakoby vztahy v rodině byly místy natolik složité a zatěžující, že je nutné přerušit kontakt, neboť zřejmě není v silách členů rodiny cokoli změnit.

„klidně nechali jít spát“, snad si ani nevšimli její krize po rozchodu s partnerem.

Na základě Pavlina vyprávění si lze klást otázku po tom, nakolik se jí rodiče opravdu „věnovali“. Otec zřejmě příliš ne, Pavla se však explicitně nezmiňuje ani o pomoci matky. Vídají se a jsou kamarádky, vztah udržují, ale Pavla nevypráví o tom, že by ji matka například pomáhala najít péči odborníků, utěšovala ji či jí poskytovala oporu. Lze se možná domnívat, že Pavlini rodiče měli možná dosti problémů sami se sebou, se svým vzájemným vztahem či se vztahy k jiným partnerům a na dceru jim možná „nezbýval čas“ – možná i proto o sobě říkají, že nejsou „rodičovské“ typy. Lze si klást otázku, jak byli sami vychováváni – možná vyrostli v rodinách, ve kterých nebylo zvykem prožívat a dávat najevo opravdový zájem o to, co děti a druzí lidé prožívají.

O příteli, se kterým navázala vztah zhruba v šestnácti letech, a s nímž navštěvovala taneční, říká, že jí „srážel sebevědomí“, kritizoval ji za to, že ztloustla. V rámci vztahu s tímto partnerem zažívala také nejhorší symptomy agorafobie: „*tak mi bývalo pak s postupem času nejhůř, že jsem vlastně největší záchvaty paniky měla právě s ním.. že jsem z něho byla strašně na nervy.*“ Partner ji i podvedl, měl na ní nepřiměřené sexuální nároky, a přes to, že vztah „zkomíral“, neukončili jej, protože „na sebe byli zvyklí“ a nakonec spolu strávili čtyři roky. Pavlin současný partner je učitel „s přirozenou autoritou“, miluje ji „nejvíc ze všech lidí, co dosud potkala“, on a matka jsou pro Pavlu nejbližšími lidmi, partner je „opak otce“³¹⁹. Má s ním pocit domova a říká, že až její matka „nebude“, přítel ji nahradí a stane se „náhradní rodinou“. Přítel ji od začátku vztahu bere takovou, jaká je, chápe její nemoc, stará se o ni a pomáhá jí. V tomto kontextu je zajímavé, že Pavla nežije s ním, ale se svým otcem, což vysvětluje tím, že je na svůj pokoj zvyklá, byt je také velmi vhodně umístěn přesně ve stejné vzdálenosti od bytu matky i partnera. Jde zřejmě o postoj k bydlení, který je v rodině Pavly běžný – matka žije se svými rodiči, otec se po rozchodu vrátil do

³¹⁹ Zde Pavla poznamenává, že se vždy pokoušela najít si pokud možno muže, kteří by byli zcela jiní než její otec.

bytu ke své dceři – nikdo z rodiny vlastně v současné době nežije sám³²⁰. Případnou změnu této situace (možné přestěhování či založení rodiny) plánuje Pavla až v budoucnu. Vše záleží na tom, zda bude mít práci (což v současné době nemá), hledá takové místo, které by zvládala i se svou „zátěží“, nemá zcela přesnou představu o tom, co by chtěla dělat.

Lze se domnívat, že agorafobické symptomy u slečny Pavly možná souvisejí s podobou vztahů s blízkými lidmi. Možná má velmi silnou potřebu velké blízkosti, potřebuje, aby jí například partner „nahradil matku“, potřebuje mnoho lásky a péče. Opuštění blízkým člověkem pro ni bylo (zřejmě opakovaně, v raném dětství i adolescenci) velice traumatizující – v tomto kontextu se lze ptát, nakolik pevná a bezpečná pro ni byla například raná vazba s matkou.

Symptomy onemocnění se začaly objevovat během puberty, slečna Pavla spojuje jejich výskyt s traumatickými událostmi (opuštění přítelem, pokus o znásilnění). Výrazněji se poprvé projevily v tanečních, ve velkém, uzavřeném a zalidněném sále (kam s ní „naštěstí“ chodil její tehdejší přítel, protože s vrstevníky si příliš nerozuměla). Krom traumat mohlo jistou roli hrát i Pavlino sebevědomí, které „dostalo několik ran“. Šlo o dobu, kdy se necítila příliš dobře, okolo patnácti let, v pubertě, začala být dle svých slov „ultrapřecitlivělá“, objevily se u ní i potíže s kůží (zřejmě netypická lupénka). Brala antidepresiva, přestala cvičit, ztloustla, rychle a značně jí vyrostla prsa: „*vlastně jsem hodně brzo začala používat antikoncepci, jako prášky, nebo nevím, jestli to bylo z toho, nebo v kombinaci s antidepresivama, jsem dost přibrala, a taky asi protože jsem v té době přestala cvičit... během půl roku mě o dvě čísla vyrostly prsa, takže to bylo prostě jako extrém...až moc, no...no, v šestnácti mi začala právě ta agorafobie, v tanečních.*“. Taneční jsou zřejmě pro mnoho dívek (a nejen pro ně) velmi stresovou³²¹

³²⁰ Pavla se na začátku příběhu zmiňuje o tom, že oba rodiče se v určitých obdobích života potýkali se symptomy onemocnění agorafobií, je tedy otázka, nakolik je pro ně například obtížná existence bez spolužití s druhými lidmi.

³²¹ Zde jde zřejmě o konfrontaci s druhými dívkami, které jsou postaveny vedle sebe, chlapci si z nich „vybírají“, je důležitá atraktivita, „správné oblečení“, jistá šikovnost v tanci atp. Lze se domnívat, že pokud se člověk necítí sebejistě a dobře, mohou pro něj taneční představovat svého druhu noční můru spíše než příjemnou společenskou událost.

„záležitostí“. Příznaky agorafobie navíc možná naznačovaly, že ve vztahu s partnerem není vše tak, jak by si Pavla přála (s ním jí bylo hůř) – potřebovala možná blízkost a velké porozumění, přítel ji však srážel sebevědomí.

V době studia na střední škole, kolem druhého či třetího ročníku, byly symptomy nejhorší, Pavla měla problém vyjít z domu. Zlepšení naopak nastalo, když dokončila vyšší odbornou školu, vysadila antidepresiva. Měla pocit úspěchu a cítila se dobře. Uvádí, že netypicky trpí agorafobií bez panické poruchy, největší potíže zažívala v dopravních prostředcích mezi zastávkami či na červené a ve frontách v obchodech, tedy v situacích, ze kterých bylo obtížné uniknout (což se časem, i pomocí KBT, naučila zvládat), nemá ráda „přesuny“ (přípravy na odchod, balení, čekání, cestu), je vždy velmi vyčerpaná. Ve fobických situacích se potí, má tendenci utéci (což nedělá, neb se pokouší o boj s nemocí a každý útěk ji „srazí o trochu zpět“, ale vždy, když situaci vydrží, má pocit, že „jde zvládnout“), cítí potřebu odskočit si, velmi se obává reakce střevního traktu. Slečna Pavla aktivně jedná, pokouší se s nemocí bojovat a každý den se vystavovat „zkoušce“, přesto se příznaky stále vracejí. Zde se lze ptát, do jaké míry souvisejí ataky nemoci se vztahem se současným partnerem, který o ni pečuje a říká o sobě, že je její „mobilní Lexaurin“. Možná jde i o způsob, jak k sobě chápajícího partnera pevněji připoutat a zmenšit tak riziko opuštění či samoty³²².

Slečna Pavla připisuje onemocnění agorafobií reakci na již zmíněná traumata, vliv spatřuje i v dědičnosti (oba rodiče měli podobné problémy). Podotýká, že je velmi emočně zranitelná, „vše si moc bere“, nad vším „moc přemýšlí“, je citlivá na emoce a ty ji pak žerou za živa.

Narativní analýza externího hodnotitele Petra V. je spíše jakýmsi shrnutím příběhu slečny Pavly. Většinou poukazuje na podobné momenty jako analýza autorky a lze se domnívat, že je považuje za podstatné. Liší se poněkud ve „čtení“

³²² Je možné, že blízké vztahy slečny Pavly jsou ovlivněny i tím, že nabízí velkou blízkost a oddanost, zároveň si, přirozeně, přeje v tomto směru jistou reciprocitu. Lze se ptát, zda nejsou její „nároky“ týkající se vztahů k druhým natolik silné, že od sebe lidi odrazuje. Každé „opuštění“ či ublížení, nedorozumění, pak může možná „spustit“ pocity úzkosti.

podoby vztahů v původní rodině. Sama autorka by se neodvážila podobné jednoznačné interpretace, nicméně se též domnívá, že vztahy lze označit za problematické – možná i problematičtější, než jak je líčí sama participantka (tato premisa se týká především vztahu s matkou). Petr V. podotýká: „Považuje se za citlivou, ale zjevně vyrůstala v prostředí, kde se vzájemné citové vazby nepěstovaly, otec byl cholerický a vztahy s matkou byly značně neuspořádané.“

„Že prostě jsme tam uvízli a už se nikdy nedostanu pryč“

Narativní analýza životního příběhu slečny Kristýny

Kristýna je jméno, které si vypravěčka příběhu sama zvolila – líbí se jí, že je jemné a ženské, vlastní jméno jí vždy připadalo tvrdé a „machnovité“. Slečna Kristýna je velmi atraktivní, velice štíhlá dívka, oblečená celé do tmavě modré barvy. Oslovena byla prostřednictvím psychiatryně působící v psychiatrické léčebně, kde slečna Kristýna absolvovala léčebný pobyt (v době konání rozhovoru, v květnu 2013, měla za sebou tři týdny léčby a nejméně čtyři další ji ještě čekaly). Rozhovor byl veden v prostředí léčebny.

Z hlediska vypravěče je příběh zaměřen především na **téma vyličení bolestných a náročných životních zkušeností, týkajících se spolubytí s druhými** (blízkými) lidmi či (rodiči určené) nutnosti podávat vynikající výkony, uspět a vystudovat prestižní gymnázium a velice náročný obor (medicína). Chybí tzv. pluralita hledisek, v příběhu jsou pouze zcela výjimečně reflektovány hlediska „vedlejších postav“. Výraznější výjimkou je v tomto smyslu zejména postava otce, jehož postoje a názory značně určovaly běh života slečny Kristýny. Příběh je líčen ve stylu subjektivního reportážního žánru.

V rámci vyprávění slečny Kristýny vyvstává jako podstatné **téma rodinných vztahů**. Kristýna pochází z dosti movité a vzdělané rodiny, oba rodiče jsou lékaři, matka se věnuje výzkumu, otec je majitelem soukromého lékařského zařízení. Dá se říci, že v rodině byla vždy vysoce ceněna píle, pracovitost a výkon, ať již ve sportu či ve studiu, popřípadě v pracovní činnosti. Kristýna má dva starší bratry, jeden je profesionálním, velice úspěšným sportovcem, druhý bratr je, stejně jako rodiče, lékař. Kristýna sama též studuje medicínu.

Rodiče vždy trávili mnoho času prací, dětem dle vyprávění Kristýny příliš času nevěnovali. To, že budou mít dalšího potomka, je překvapilo, nicméně matka se těšila na holčičku, která „nebude tak divoká, jako kluci“. Kristýna však v rámci vzpomínek na dětství podotýká, že se o ni starala především babička, která ji měla „úplně nejradši ze všech“, s ní měla „opravdové zázemí“, babička trávila hodně času tím, že si s ní hrála a Kristýna nemusela navštěvovat jesle jako její bratři, do školky nastoupila až před započatím školní docházky, aby „si zvykla“ na kolektiv. Vzpomíná, že často dostávala dárky, například od matky, po příchodu z práce,

domnívá se, že rodiče „vyvažovali“ pomocí darů nedostatek času, který by mohli věnovat dětem. Vždy „byli v presu“, měli velké množství práce. První stupeň základní školy ze spontánního vyprávění zcela vynechává, až na dodatečný dotaz jej líčí jako období, kdy bylo „vše v pohodě“, vždy měla poměrně dobré vztahy se spolužáky, které byly občas zastíněny pouze závistí. K tendenci jejích spolužáků závidět jí majetné rodiče dodává, že kdyby ostatní opravdu znali její život, nezáviděli by. Rodina zřejmě netrávila příliš času pohromadě³²³, děti byly vedeny především k výkonu a samostatnosti. Zlom, Kristýna říká: „první velká rána“ v jejím životě, přišla s úmrťm milované babičky. Kristýna byla „zoufalá“, cítila přímo fyzickou bolest, onemocněla angínou a rodičům dodnes vyčítá, že jí nebylo umožněno zúčastnit se pohřbu. Po úmrtí babičky byla osamělá, dlouho stonala, prožívala velký smutek a zároveň stavy intenzivního strachu a úzkosti. Představovala si, že zemře někdo další z rodiny. V momentech, kdy byla na rodiče rozzlobená, si naopak představovala vlastní smrt a následné zoufalství a lítost rodičů.

V období po smrti babičky a před nástupem na gymnázium byla hodně sama, rodiče ji brali „jako velkou“. Zdá se, že Kristýna by byla potřebovala mnohem větší podporu, blízkost a péči rodiny a je až zarážející, že jí nebyla poskytnuta. Zde můžeme spekulovat o tom, zda Kristýna není jedním z tzv. skrytě deprivovaných (či subdeprivovaných) „děť“. ³²⁴ Popisovaný způsob výchovy

³²³ Kristýna ve vyprávění zmiňuje dovolené na jachtě, jedna z nich pro ni představovala velice traumatizující zážitek.

³²⁴ Tzv. citově subdeprivované děti zpravidla pocházejí z rodin, které nejsou na první pohled nikterak „nápadné“, kde ale panují z chladné vztahy, může se objevovat například tendence vztahovat se ke světu i lidem perfekcionalisticky, za velmi podstatný je považován úspěch, prestiž. Děti v takových rodinách strádají převážně emočně. V chování rodičů lze například vysledovat tendenci neakceptovat dítě takové, jaké je, v přístupu rodičů chybí empatie a lze hovořit i o snížené frekvenci rodinných interakcí. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 54-55.

v rodině by této domněnce nasvědčoval s tím, že Kristýnu v dětství „zachránila“ láskyplná péče babičky. Po její smrti byl zřejmě domov spíše místem, kde na ni doléhala samota, lze se domnívat, že jí chybělo vřelé spolubytí s druhými, zájem o její emoce, prožívání. Možná i z tohoto důvodu se v Kristýnině spontánním vypravování neobjevuje příliš mnoho zmínek o přátelích (o partnerech se nezmiňuje vůbec, na otázku po partnerském životě reaguje tím, že „panna není“), jako by byl její vztahový svět chudý, nezaujímal prostor větší důležitosti. Bylo by zajímavé se ptát, jak prožívá Kristýna blízkost s lidmi, emočně i tělesně. Podotýká například, že sex jí „nikdy v reálu moc nedal“, nechybí jí. Jako by zároveň s jistou dimenzí vztahovosti byla „umrtvená“ možná i její tělesnost. Možná i prožívání slasti, ne pouze výkonu.

Co se týče vzájemného vztahu rodičů, Kristýna hovoří o jisté fyzické (a zřejmě i emoční) distanci, rodiče nikdy neviděla se vzájemně dotýkat, příliš se nepotkávali, v obdobích krize (když byla Kristýna na gymnáziu) spolu nekomunikovali: „*no a v té době jako vim, že bylo lepší jim jít vobčas z cesty, že stačilo málo a prostě třeba máma vylítla, otec to vůbec, prostě ten si udělal čas tak jednou tejdně, na Toma hlavně, protože ta medicína ho prostě zajímala.*“ (zde hovoří o bratrovi, který studoval medicínu a je „stejný“ jako otec). Podobu vztahovosti považovala zřejmě slečna Kristýna za běžný, alespoň do té doby, než se setkala s rodiči kamarádky, kteří se k sobě chovali zcela jinak.

Období studia na prestižním gymnáziu bylo pro Kristýnu extrémně náročné, cítila velký tlak na výkon, když „selhávala“, ze strachu z reakce rodičů „selhání“ zatajovala, když byla „odhalena“, následoval tvrdý trest. Kristýna začala tajně kouřit a pít alkohol (nikoli s kamarády, ale sama doma, neboť měla „domácí vězení“). Podotýká, že otec se rád chlubil hezkou dcerou, která „studuje na gymnáziu a hraje tenis.“ Jeho představy (a možná i představy matky) měla naplnit i tím, že vystuduje medicínu, jak je v její rodině tradicí již po tři generace: „*že jdu na medicínu, to bylo hotový už snad ve školce.*“ Kristýna složila maturitu (před kterou užívala Neurol), úspěšně absolvovala zkoušky na (rodiči vysněný) obor. Ještě před nástupem do školy líčí Kristýna zážitek společné rodinné dovolené, který se pro ni změnil „v peklo“. Již v letadle se necítila dobře, na jachtě pak přišel panický záchvat v plné síle, kotvili, všichni si užívali klidu, ale zjistilo se, že nefunguje motor: „*A mě prostě se udělalo, jako ledovej pot, srdce, jako sliny*

takový ty, jak vám jedou do pusy, že se vám chce zvracet úplně, že prostě jsme tam uvízli a už se nikdy nedostanu pryč nikam, že jsem daleko, je vedro, voda dojde nutně, prostě všechny tyhle věci. Jako byla to blbost, nelogický, teď prostě se nejdřív smáli jako, že hahaha, pak jim jako došlo, že top myslim vážně, že už jsem brečela i, prostě panika, otec mi jednu střelil, ať se uklidním, což jako trochu zabralo, že jako jsem hysterka, ať toho okamžitě nechám, že vo nic nejde.“ Zbytek dovolené pak Kristýna strávila na břehu, kde ji rodina s přáteli vždy zanechali a večer se pro ni vrátili. Trpěla úzkostí z toho, že dojde k neštěstí a ona zůstane sama. Obraz prožívané hrůzy na lodi, které nefunguje motor, strach z uvíznutí, lze do jisté míry zřejmě chápat jako metaforu Kristýniny aktuální životní situace. Díky rodičům uvízla v situaci, kdy studuje nesmírně náročný obor, který jí byl určen rodiči a možná ji děsí představa, že „již neunikne“, že ze situace se „nedá dostat“. Podobně pak prožívala i let zpátky domů, strach z udušení v letadle. Matka se domnívala, že její „nenormální“ projevy jsou například způsobeny hormony, otec podotýkal, že „se zcvokla“ a projevoval zlost: „vodtamtud' neutečete, to se prostě udusíte třeba. Tak jsem dýchala, jako jestli je kyslík prostě, že sem se i překysličila samozřejmě, máma že to není normální už, že jako menstruace nebo co, že se mi nic neděje, abych byla takhle hysterická. Jako doktoři, prostě, pochopení nula, jako i otec, vůbec. Ten do dneška říká, že si to vsugerovávám.“

Po letní „dovolené“ se těšila na to, až bude „zalezlá doma“ a bude mít klid, nicméně se začala objevovat úzkosti, které si nedokázala vysvětlit i strach z toho, že přijde doba, kdy nastoupí do školy. Poté nastoupila na studium a první ročník doslova protrpěla, žila v neustálém strachu z neúspěchu, nevedla skoro žádný sociální život, nevěnovala se koníčkům, primárně se učila. Postupem doby se začala stále častěji objevovat symptomy agorafobie, a to spolu se somatickými potížemi poněkud nepřiměřenými jejímu věku (vředová choroba). S enormním vypětím sil se jí podařilo i přes počínající onemocnění agorafobií dokončit první ročník, úleva však nepřišla. Bála se pokračování studia a zároveň se i srovnávala se spolužáky, kteří si například dokázali užít studijní volno: „*moji spolužáci... byli taky v presu, ale ne takovym, že třeba ty pauzy si užili, chodili normálně i do hospody, nějak tu odolnost maj větší prostě, já ne, já na to prostě asi nemám, je nutný si to přiznat, já to nedávám.*“ Své potíže a strach chápala Kristýna zřejmě

jako selhání. Po nástupu ke studiu třetího semestru popisuje situaci, kdy si její spolužačka všimla, „jak hrozně vypadá“. Bratr ji vozil do školy, nebyla již příliš schopná cestovat sama. Trpěla nechutenstvím, popisuje nevhodnou životosprávu, objevující se „křeče v břiše“, nespavost. Matka ji nakonec odvedla k lékařské prohlídce, Kristýna popisuje, že „už jí i kupodivu došlo“, že vše není v pořádku: „říkala, že to už je moc tohle, že i ten žaludek a ona taky, jak se tím zabejvá, že ví, že prostě ta vředová choroba je s tím stresem spojená, tak prostě vyšetření, všechno.“ Příčiny Kristýniných potíží se žaludkem byly přičítány primárně „stresu“ prožívanému během studia, což byl jistě jejich silný zdroj. Somatická lékařka však díky tomu, že znala onemocnění agorafobií ze své vlastní rodiny, diagnostikovala problém a doporučila náležitou péči (v současnosti hospitalizace na specializovaném oddělení).

Příznaky onemocnění agorafobií (a možná i vředové choroby) lze však možná i chápat jako specifický jazyk, kterým Kristýna „komunikovala“ okolí své prožívání (matka se navíc zabývá celou svou profesní kariéru výzkumem trávicího traktu). Během studia trpěla, možná se, podobně jako na lodi, cítila „v pasti“, ze které nemá sílu se dostat. Agorafobické symptomy možná byly tím, co jí umožnilo „únik“ z těžké situace. Nemusela se tak například konfrontovat s následky svého rozhodnutí školy zanechat, s reakcemi rodičů, nemohla být ani „vyhozena“ ze studia, neboť zkoušky vždy složila, podala patřičný výkon. Agorafobie se v rámci kontextu životní situace slečny Kristýny ukazuje jako jisté východisko, cesta z pasti. Nemoc ji v současné době neumožňuje vrátit se zpět do školy. Kristýna „si dává pauzu“, nabírá síly a nechce se v současnosti zabývat myšlenkami na budoucnost (k té však současné hledí s obavami). Jakoby zde nemoc byla doslova zastavením se na životní cestě a je otázkou, do jaké míry otevírá například prostor pro změnu aktérství, pro separaci slečny Kristýny od svazujících přání a představ rodičů, zejména otce: „s mámou by se i dalo nějak dohodnout asi, možná, ale jako už vidím otce, jak se posere normálně (54:10), že to jako zabalím, že to vzdám, hlavně nikdo nesmí nic vzdávat, to je mantra jeho rodinná. Jako když si to představím, tak mi úplně plave žaludek, ale jako hned.“ Kristýnino **aktérství** lze popsat jako snahu po plnění povinností, jako úsilí podat dobrý výkon, neselhat (spíše než uspět), „nevzdávat se“, obrazně jako náročný běh v předem určeném koridoru, který pro ni vyznačil někdo jiný. Podobným

způsobem možná i zacházela se svým tělem (v rodině zřejmě nebyla jediná, matka i bratři jsou sportovní, vytrénovaní).

V tomto kontextu je též zajímavé, že na otázku po tom, zda ji medicína bavila a čemu by se případně v životě chtěla věnovat, odpovídá, že ji láká představa být sportovní trenérkou. Opět se tedy objevuje představa, která je spojena s výkonem, dokonce s pozicí člověka, který k výkonu přivádí a motivuje druhé.³²⁵ Kristýna ovšem vzpomíná na (zřejmě v jejím životě důležitou) osobnost trenérky tenisu, která byla „tvrdá“, ale zároveň hodná, chodila si k ní postěžovat, projevovala zájem o život své svěřenkyně.

V rámci analýzy vyprávění slečny Kristýny je nutné zmínit se i o přístupu, který k ní zaujímali rodiče. Matka, ačkoli se jí zřejmě věnovala méně, než by si Karolína přála, v krizových situacích zřejmě rozpoznala, „že už je zle“ a pokoušela se dceři pomoci. Otcovy reakce na dceřino prožívání jsou však popisovány jako neempatické, necitlivé, otci chybí pochopení a dceři neposkytuje ani podporu. Vyčítá jí, že problémy si „vsugerovává“. Lze se domnívat, že Kristýna se možná necítí býti otcem tzv. „nepodmíněně milovaná“. Je hodna lásky a ocenění (otec se s ní „chlubí“). Když je krásná, úspěšně studuje prestižní školu a hraje tenis. Zřejmě se odmítá smířit s tím, že má jeho krásná dcera, studentka medicíny, vážné psychické problémy, v léčebně ji málo navštěvuje a při každé takové příležitosti dává najevo svou nespokojenost, zlost, obviňuje personál z nekompetentnosti. Dceřinu situaci zřejmě vnímá jako selhání (za které může prožívat i stud). V této souvislosti je zajímavá (a zcela pochopitelná) skutečnost, že Kristýna si přála zakrýt veškeré identifikační údaje (byla ujištěna, že jde o samozřejmost) a jako důvod uvedla, že otec by „se zbláznil“. Poté si své přání však rozmyslela a poznamenala „a tak ať, nechte to klidně bejt...je to vo mně“. Kristýna vůči otci pociťuje zlost, jeho přístup jí zároveň velmi mrzí. V její závěrečné poznámce lze však spatřovat i jistou autonomii (a odvahy k autonomii). A zde je možná naznačena cesta z „uvíznutí“ k tomu, „jít se ještě proběhnout někdy.“

³²⁵ Zde se lze ptát, zda se Kristýna nedomnívá, že tím, co jí chybí, je motivace a výkon.

Narativní analýza externího hodnotitele Petra V. pojednává zejména o prostředí původní rodiny, silně akcentuje neporozumění rodičů duševnímu stavu dcery, nepochopení a jistou „anetičnost“. Souvislost shledává i s tendencí slečny Kristýny nenavazovat příliš blízké vztahy s lidmi: „Na příběhu je ohromující, jak rodiče vzděláním lékaři, ale zřejmě v klasické somatické medicíně zcela zásadně podceňují duševní stavy a problémy. Ignorance zvláště ze strany otce potvrzuje obavy mnoha terapeutů z toho, co napadl ostře již C. G. Jung – nedostatek v psychoterapeutickém školení. Klientka vyrůstala v úspěšné rodině s chladnými vztahy, zřejmě výrazně direktivně řízené.“

Závěrečné shrnutí narativních analýz

V rámci výzkumného projektu se kategoriálně-formální narativní analýza ukázala býti nosnou metodou, s jejíž pomocí je skrze analýzu jednotlivých aspektů ztvárnění života možné naplnit stanovené výzkumné cíle (problematické momenty a případné meze výzkumné metody jsou pojednány v diskusi). Pro větší přehlednost textu výzkumných závěrů volím strukturaci podkapitoly na základě původně definovaných cílů.

Cílem výzkumu bylo popsat, jaký význam má onemocnění agorafobií v životě participantek výzkumu a ukázalo se, že skrze narativní analýzu vyprávění životního příběhu je tento popis možný, zejména tehdy, pokud přistupujeme k nemoci jako k „zápletce“ příběhu. Význam však nelze popsat v rámci jedné jednoduché teze, vždy souvisí s konkrétním životem v jeho složitosti (ze které nahlédneme skrze vyprávění vždy pouze určitou část). Komplexnější analýza významu onemocnění v životě je podána v rámci jednotlivých analýz, zde lze poukázat stručně na vybrané významy, které jsou pojímány jako podstatné pro porozumění onemocnění.

Obecně lze říci, že onemocnění agorafobií lze rozumět jako projevu zúžení životních možností. Ukázalo se, že může jít o „zastavení se na cestě životem“ v momentě, kdy je dosavadní způsob existence neúnosný (slečna Kristýna), poukaz na to, že si člověk na svá bedra nakládá příliš velkou zátěž (paní Ester), postrádání skutečného bezpečného domova a spolubytí s blízkými lidmi (slečna Dana), strach ze samoty či opuštění (slečna Alena), hledání vlastního autentického modu existence a blízkých vztahů s druhými (slečna Helena), boj o dosažení uspokojivého spolubytí s druhými (slečna Anna), uvíznutí v nesvobodě (paní Veronika), nalezení vlastní hodnoty (paní Karolína), poukaz na „neudržitelnost“ dosavadní existence v „řádu a pořádku“ (paní Věra) či touhu po blízkosti (slečna Pavla).³²⁶

Výzkum ukázal, že pro porozumění významu onemocnění agorafobií v životním

³²⁶ Uvedené významy jsou zde simplifikovány, podrobnější analýza viz podkapitola „jednotlivé narativní analýzy životních příběhů žen trpících agorafobií“.

příběhu je přínosné pojímat nemoc jako záplatku vyprávění a sledovat, jaká expozice jí předchází. V kontextu určitého onemocnění mohou být svého druhu expozicí vztahy člověka s druhými lidmi, osvojování si způsobu aktérství či získávání hodnot a přesvědčení. Zdá se, že onemocnění agorafobií poskytuje vypravěčkám i jisté zisky – umožňuje jim vyřešit obtížnou životní situaci, ve které se jejich prostor teoreticky nekonečných možností zúžil na několik eventualit, z nichž ani jedna není plně přijatelná.

V rámci analýzy se ukázalo, že u těch žen, v jejichž výchově byla akcentována kontrola, dodržování pravidel a ohled na přání a potřeby druhých, chybí představa budoucnosti, v níž by byly zahrnuty vlastní cíle, touhy a přání (slečna Kristýna, paní Veronika, paní Věra). Tyto ženy, až na slečnu Kristýnu, která nad budoucností aktuálně „raději neuvažuje“, se zmiňují obecně o přání, aby byly ony i rodina zdravé, pečovaly dobře o děti či obecně našly „práci“. Paní Veronika podotýká, že až psychoterapie ji přivedla k hlubším úvahám o tom, čemu by se v životě chtěla věnovat. Souvislost můžeme spatřovat se způsobem a mírou aktérství. Tyto ženy zřejmě nebyly vychovány k tomu, aby se opíraly o svá vlastní přání, názory a potřeby. Jejich existence pravděpodobně probíhala v modu heideggerovské neautentické existence, temného „das Man“, opíraly se zřejmě primárně o zvyky, tradice či konvence, chyběla odpovědnost za vlastní bytostné rozhodování. Onemocnění agorafobií lze v jejich případě chápat také jako poukaz na deficit v rozvrhování se jako bytosti odpovědné za vlastní jednání (ve smyslu svobody, která se rozvrhuje) a jako vykročení na cestě od sebeodcizení k transcendenci. Symptomy úzkostného onemocnění agorafobií v jejich případě možná ukazovaly na tu skutečnost, že pouhé mechanické „vykonávání funkcí“ nestačí a vede k pocitu prázdnoty.

V některých příbězích bylo pojednáno jako velmi důležité téma spolubytí - rodinných (a potažmo) partnerských vztahů (Helena, Dana, Karolína, Anna). V jejich narativěch byla tematizována například potřeba blízkosti, nalezení bezpečného domova, jistoty ve vztazích či strachu ze samoty. Tyto ženy hovoří o tom, že našly naplnění v činnosti, která je zaměřena na pomoc druhým (povolání

záchranáře, založení neziskových organizací pomáhajících lidem odcházejícím z léčeben, založení diskusního fóra, organizace společného trávení času).³²⁷ Ve svém životě zřejmě postrádaly vztahy, které by je uspokojovaly či jim poskytovaly blízkost, možnost sdílení, pocit pochopení a bezpečí. V době, kdy nemoc propukla, byly u nich tyto potřeby zřejmě akcentovány a v současné době disponují pochopením i pro lidi, kteří se ocitnou v obtížné životní situaci (onemocnění, samota atp.).³²⁸ Rády by (individuálně odlišným) způsobem aktivně participovaly na poskytování pomoci či péče. Nežádka se též ve vyprávěních zmiňují o deficitech péče, která je v ČR poskytována těm, kteří psychicky onemocní. Význam onemocnění lze v této souvislosti chápat i jako tematizaci „vztahových deficitů“ či potřeb a současně i jako cestu ke generativitě, která je uplatňována skrze specifické porozumění druhým lidem a jejich potřebám.

V příbězích se též ukázalo, že potýkání se s onemocněním u participantek výzkumu vedlo mimo jiné i k tomu, že disponují větším pochopením a porozuměním pro „psychické problémy“ druhých lidí, pro jejich prožívání a chování. Nežádka k tomu přispěly pobyty v psychiatrických léčebnách, studium materiálů týkajících se onemocnění, psychoterapie či reflexe vlastní zkušenosti, která otevírá nové porozumění světu okolo.

Dalším cílem výzkumu bylo popsat aspekty ztvárnění života. Lze se domnívat, že význam onemocnění agorafobií v životě participantek souvisí se vztahy k druhým lidem, zejména k rodině či životním partnerům. V rámci analýzy tzv. „obrazů sebe a druhých“, jež se ukázala jako klíčová pro porozumění onemocnění agorafobií, vyvstalo mnoho zajímavých témat.

Již „předvýzkum“ onemocnění agorafobií (realizovaný v rámci diplomové práce)

³²⁷ Slečna Pavla nehovoří explicitně o potřebě pomáhat druhým, ale o silné touze předat lásku, kterou má v sobě, dítěti.

³²⁸ V této souvislosti je též zajímavé, že slečna Kristýna, která studuje medicínu, se v rozhovoru nezmiňuje o tom, že by chtěla v rámci tohoto oboru pomáhat lidem, lákalo ji vždy spíše trenérství. Možná šlo o téma, které pouze nebylo vysloveno, lze spekulovat i o tom, že tato skutečnost souvisí s tím, že jí bylo „studium určeno“ rodiči, rodinnou tradicí.

ukázal, že onemocnění agorafobií zřejmě úzce souvisí s osobními (především rodinnými a partnerskými) vztahy participantek výzkumu. Souvislost s dimenzí lidského života (analyzovanou skrze témata vyprávění a aspekty „obrazy sebe a druhých), kterou můžeme nazvat vztahovostí, však nebyla pojednána adekvátně, důraz byl kladen především na míru a způsob aktérství. V aktuální výzkumné studii vyvstává téma seouvislosti vztahů s onemocněním agorafobií a význam onemocnění v kontextu vztahů jako klíčové.

Ve všech příbězích se ukázalo, že symptomy onemocnění lze pojímat jako specifický jazyk³²⁹, kterým lze zřejmě ztvárňovat (doslova „ztělesňovat“) vlastní potřeby blízkosti, pochopení, sdílení, péče či pomoci. V rámci některých narativů lze objevit i souvislost mezi onemocněním agorafobií a situací „uvíznutí“ v partnerských vztazích, které nejsou zcela vyhovující (manželství paní Karolíny, manželství paní Veroniky, vztah s partnerem u slečny Anny, partnerské vztahy slečny Aleny, zřejmě i manželství paní Věry). Téma partnerských a rodinných vztahů se ukázalo být natolik důležitým, že se zde nabízí implikace pro navazující výzkum (například preferencí volby partnera, partnerské komunikace, vztahového chování). Mnohé výzkumy poukázaly na problematičnost interpersonálních vztahů, jde zejména o ty studie³³⁰, které byly zaměřeny na účinnost psychoterapie (zde se ukázalo, že léčba je efektivnější v momentě, kdy je terapeuticky pracováno s párem, nikoli pouze s jedincem trpícím agorafobií).

Jedním z důležitých témat, kterým byla v rámci narativních analýz věnována pozornost, je sebepojetí. Společné momenty můžeme nalézt tam, kde participantky poukazují na to, že u sebe spatřují rys úzkostnosti (někdy dokonce tendenci ke „katastrofivkému prožívání“ – slečna Alena).³³¹ Některé z participantek hledají původ úzkostnosti ve výchově v rodině a v referenčních

³²⁹ Problematikou komunikace v partnerství se zabývá například publikace *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia* autorek L. Capps a E. Ochs. CAPPs, L. – OCHS, E. *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1995.

³³⁰ CARTER, M. M., TUROVSKY, J., BARLOW, D., H. Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1994, vol. 1, no., s. 25-34.

³³¹ Jistou výjimku v tomto kontextu představuje narativ paní Ester.

osobnostech rodičů (slečna Pavla, paní Karolína, paní Veronika, slečna Dana, paní Ester, slečna Alena). Paní Věra nehovoří explicitně o vlivu rodiny, na mnoha místech příběhu však líčí úzkostné prožívání a chování matky.

Ve všech příbězích je možné nahlédnout pojednání vlastní tělesnosti, jež je nežádka problematické. Participantky se zmiňují o nespokojenosti s podobou těla, ať již aktuálně prožívanou či pocíťovanou v minulosti (v tomto smyslu tematizují zejména problém tělesné hmotnosti, ideálem je přitom štíhlost, výjimku zde představuje slečna Alena, u níž vyvstalo téma přijetí vlastního vzhledu po autonehodě). V tomto kontextu lze uvažovat mimo jiné i o vlivu diktátu kultury západní společnosti, která adoruje štíhlost a o dopadu tohoto ideálu na sebepojetí a sebevědomí žen obecně.³³²

Participantky se zmiňují o prožívané jinakosti (odlišnosti od spolužáků a spolužaček), zejména v období školní docházky (základní a střední škola) – toto téma můžeme nalézt v příbězích slečny Heleny, Aleny, paní Veroniky, paní Karolíny, slečny Anny, slečny Pavly i slečny Kristýny. Zmiňují i prožívání pocitů méněcennosti a nedostatečnosti. V některých příbězích bylo téma sebeúcty a sebevědomí akcentováno i v dospělosti, například traumatizujícím zážitkem s manželem, který paní Karolínu psychicky týral a ponižoval. Objevuje se i tendence srovnávat sebe samu (zejména v oblasti výkonu) s druhými lidmi. Téma sebejistoty a sebepojetí obecně by bylo vhodné hlouběji popsat v rámci navazující výzkumné studie.

Všechny participantky výzkumu vyrůstaly, alespoň do období adolescence, v úplných rodinách, všechny mají sourozence (pouze v případě slečny Pavly je sestra nevlastní, nikdy mezi nimi nedošlo ke kontaktu), mladší či starší, nevyvstává zde specifická, opakující se konfigurace sourozenenckých konstelací. Některé participantky výzkumu se zmiňují o problémech, které jejich sourozenci

³³² Na ideál štíhlosti v kultuře západní společnosti poukázal například D. Garner. GARNER, D. M., et al. Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 1980, vol. 47, no. 2, s. 483-491. Na vliv ideálu štíhlosti na sebevědomí a sebepojetí žen například L. M. Irving. IRVING, L. M. Mirror images: Effects of the standard of beauty on the self- and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1990, vol. 9, no. 2, s. 230-242.

zažívají (užívání drog, dluhy, závislost na alkoholu), explicitně však nezmiňují například skutečnost, že by jejich sourozenci trpěli agorafobií či jinou úzkostnou poruchou (více viz diskuse). Co se osobností rodičů týče, participantky popisují své matky jako úzkostné (slečna Alena, slečna Dana, paní Veronika, paní Karolína, paní Věra, slečna Pavla). Často se objevuje i postava otce, který je vznětlivý (slečna Alena, slečna Dana, paní Veronika, paní Karolína, slečna Pavla, slečna Kristýna).

Zajímavá je v rámci kontextu vztahů otázka vlivu původní rodiny na výběr partnera. Zkoumat vliv původní rodiny na volbu partnera je velmi komplikované a jde o výzkum, který překračuje limity této práce, jedná se však o téma velmi důležité, zejména v kontextu psychoterapie.³³³ E. Schorter upozorňuje na podstatný důsledek modernity, s tím je ta skutečnost, že rodina ztratila přímý vliv na výběr partnera či partnerky.³³⁴ Podle některých výzkumníků se však nepřímý vliv rodiny v otázce výběru partnera může projevovat například prostřednictvím hodnot předávaným rodiči dítěti.³³⁵ Rodina má též významný vliv na sebepojetí jedince³³⁶, jež pak zřejmě ovlivňuje i partnerskou volbu, v rámci rodiny probíhá identifikace s mužskou či ženskou rolí³³⁷. Na význam obrazu rodiče opačného pohlaví pro volbu partnera poukázal již S. Freud³³⁸, J. Willi akcentoval jako určující vztah k původní rodině³³⁹, I. Šípovala poukázala v rámci výzkumu na význam obrazu rodiče opačného pohlaví a modelu původní rodiny na volbu partnera³⁴⁰. V rámci navazujícího výzkumu se zde otevírá zajímavé téma hlubšího zkoumání volby partnera u žen trpících agorafobií.

V životních příbězích žen trpících agorafobií se objevilo zajímavé téma soužití s

³³³ JEDLICKA, D. Indirect Parental Influence on Mate Choice: A Test of the Psychoanalytic Theory. *Journal of Marriage and Family*, 1984, vol 46, no. 1, s. 65-70.

³³⁴ SHORTER, E. *The Making of the Modern Family*. London: Basic Books, 1977.

³³⁵ MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002.

³³⁶ BALCAR, K. Úvod do studia psychologie osobnosti. Praha: SPN, 1983.

³³⁷ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000.

³³⁸ FREUD, S. *On narcissism: an introduction*. In *Collected Papers 4*, London, Rutledge, 1948, s. 30-59.

³³⁹ WILLI, J. Psychologie lásky. Osobní rozvoj cestou partnerského vztahu. Praha: Portál, 2006.

³⁴⁰ ŠÍPOVÁ, I. Model manželství rodičů jako ovlivňující faktor vývoje osobnosti a budoucího manželství. Praha: *Zprávy č. 70*, VÚ Psychiatrický, 1985.

partnerem, který se, dle pohledu participantek, podobal osobnosti otce (slečna Helena, paní Karolína, paní Věra), v jednom případě měl dokonce osobu otce částečně nahradit (slečna Alena), v případě další participantky šlo o partnera, který nahradí matku (slečna Pavla). Hluběji posoudit případnou podobnost či rozdílnost životního partnera nebylo vzhledem k povaze výzkumných dat možné. Pouze v některých příbězích byl přímo tematizován výše zmíněný vliv vztahu k původní rodině na volbu životního partnera (slečna Alena, slečna Pavla, paní Veronika).

V rámci narativní analýzy životních příběhů vyvstalo jako zajímavé téma tzv. transgeneračního přenosu³⁴¹ vztahových vzorců či modelů chování. Některé participantky přímo poukazyvaly na tyto v rodinách se opakující „modely“ (slečna Pavla, slečna Kristýna, paní Věra, paní Karolína, paní Veronika, slečna Dana, slečna Alena, slečna Helena), pojednávaly zejména o úzkostnosti, katastrofických očekáváních, způsobu komunikace či partnerského soužití, popřípadě výchovných modelů. Tematizovány byly i opakující se nemoci v rodině (paní Ester).

Obraz aspektů **ztvárnění jednání a míry aktérství** se ukázal být pestřejším, než bylo původně v rámci předporozumění problematice očekáváno (viz. podkapitola „reflexe a předporozumění problematice“). Ukázalo se, že aktérství participantek výzkumu je zřejmě ovlivněno výchovou v rodině. V rámci analýzy čtyř příběhů bylo možné nahlédnout na aktérství vypravěček jako na tendenci „nakládat si toho na svá bedra příliš“ (velmi mnoho aktivit, povinností, péče o druhé) – šlo o příběhy slečny Heleny, paní Ester, slečny Dany, slečny Anny, u slečny Kristýny šlo spíše o plnění povinností, které si na svá bedra „nechala naložit“.

Participantky výzkumu se nezdálo zmiňovaly o tom, že se nalézaly v situacích, kdy toho na ně „bylo příliš“ – tyto výpovědi lze nalézt například v příbězích žen, které jsou matkami, pečují o rodinu a zároveň řeší otázku práce. Zde si lze položit

³⁴¹ Téma transgeneračního přenosu rodinných modelů soužití, nemocí atp. v českém kontextu zajímavým způsobem zpracovávají V. Chvála a L. Trapková. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. Rodina jako sociální děloha. Praha: Portál, 2004.

otázku po tom, nakolik může souviset onemocnění agorafobií s očekáváními, jež se vztahují k roli ženy v realitě české společnosti počátku jednadvacátého století. Výzkum M. Čermákové³⁴² poukázal na to, že v české společnosti stále přetrvává obraz ženy jako hlavní pečovatelky o děti i domácnost, i jistá tendence k ostrakizaci žen, které tento obraz nenaplnují. Náročnost jednotlivých rolí je značná, náročnost jejich případné kombinace lze považovat za enormní, obzvláště tehdy, kdy samy ženy pociťují i tendenci podávat „maximální výkon“, „vše zvládnout“ (v narativech bylo možné tyto tendence nahlédnout). Tlak očekávání a norem, spolu se specifickým zúsobem aktérství (vztahujícím se k hodnotám a přesvědčením) a případně jistou partnerskou konstelací může pravděpodobně značně přispět k prožívání úzkosti. Jedná se o hypotézu, kterou by bylo vhodné podrobit důkladnějšímu zkoumání.

U většiny participantek bylo možné popsat období hledání sebe samé, kterým buď v nedávné době prošly, nebo kterým stále procházejí. Snaha „nalézt sebe samu“, tedy odpovědět si na otázku po potřebách, přáních a smyslu, lze vztáhnout i k životnímu období, ve kterém se participantky nacházejí. V případě Heleny, Aleny, Kristýny či Anny jde o období mladé dospělosti. Význam nemoci lze v jejich případě možná chápat i jako ztělesnění problematičnosti této cesty k sobě samé. U paní Veroniky či Karolíny, které se nacházejí v období střední dospělosti, nastalo hledání smyslu či naplnění vlastních potřeb a zájmů až v momentě, kdy si uvědomily nespokojenost se svým dosavadním životem (za přispění psychoterapie).

V rámci analýzy **reflexe a hlediska** ve vyprávěních participantek výzkumu se ukázala zajímavá skutečnost. U těch z žen, které podstoupily intenzivnější psychoterapii (stacionáře pro pacienty s neurózou, individuální psychoterapie, pobyt v psychiatrické léčebně) lze ve vyprávění popsat schopnost zpracovat skrze vyprávění i tzv. pluralitu hledisek, jež se projevuje například opakovanými poukazy na změnu náhledu na výchovu v rodině, osobní vztahy či míru aktérství.

³⁴² ČERMÁKOVÁ, M. *Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 1997.

Ve vyprávěních životních příběhů se objevuje i téma **hodnot a přesvědčení** (o co má smysl usilovat). O hodnotách hovoří participantky spontánně na různých místech příběhu, zmiňují se nezřídka o rodinném hodnotovém systému, do kterého vrůstaly. V některých narativech se objevuje poukaz na to, že v rodině byla přikládána důležitost tomu, aby bylo vše tzv. „v pořádku“ (aby byla rodina tzv. vzorná) – u paní Věry a paní Veroniky. Dvě participantky se zmiňují o harmonii v původní rodině (Helena a Alena). Obecně shrnout hodnotové systémy rodin však není možné, a to buď z toho důvodu, že máme k dispozici nedostatek informací, nebo se hodnotové systémy liší natolik, že není možné nalézt mnoho společných aspektů. Hodnotové systémy původních rodin i hodnoty, které zastávají participantky výzkumu, by bylo vhodné podrobit důkladnějšímu zkoumání.

Ve všech vyprávěních se vynořuje vnímaná důležitost zdraví – vlastního i vlastní rodiny (zejména u těch žen, které mají děti, ty též zmiňují přání „dobře pečovat o „děti“). Tuto skutečnost lze interpretovat jako výsledek zkušenosti s onemocněním a utrpením. U některých z participantek vedla pravděpodobně i tato zkušenost ke generativitě ve smyslu pomáhání druhým (viz výše).

Výzkumným cílem byl popis individuálně specifické podoby onemocnění agorafobií, jež je reflektována prostřednictvím jednotlivých narativů. Šlo zejména o získání obrazu symptomů, prožívání fobických situací a o chování v těchto situacích. Všechny participantky zažily panické ataky³⁴³, u některých z nich však byla diagnostikována pouze agorafobie, bez panické poruchy (slečna Pavla, paní Věra, paní Karolína, paní Ester). Ukázalo se, že jistý vliv na stanovení konečné diagnózy měla pravděpodobně míra výskytu panických atak. Pokud se jednalo o spíše ojedinělé zážitky, diagnostikována byla agorafobie, pokud byl výskyt panických atak častější, byla stanovena diagnóza panické poruchy s agorafobií. Samy participantky používají výrazy sloužící k označení těchto dvou typů onemocnění difúzně. Narativní analýza životních příběhů neukázala, krom míry a

³⁴³ Diagnóza agorafobie s panickou poruchou se týká slečny Heleny, slečny Aleny, slečny Dany, paní Veroniky, slečny Anny a slečny Kristýny.

četnosti zažívané paniky, žádné jiné aspekty, o kterých by se dalo s jistotou tvrdit, že odlišují ženy s diagnózou agorafobie a ty, kterým byla diagnostikována panická porucha s agorafobií. Jde však o potenciálně velmi zajímavé téma následného výzkumu, který by pracoval s reprezentativním vzorkem participantek.

V rámci navazujícího výzkumu by bylo zajímavé doplnit subjektivní obraz nemoci, zprostředkovaný participantkami, o důkladně vedené rozhovory s odborníky, kteří se podíleli na jejich diagnostice. Ukazuje se, že diagnostika agorafobie není zcela projasněna, podobně jako u jiných diagnóz zde hraje roli zřejmě zkušenost a předporozumění odborníků, kteří diagnostiku vykonávají.³⁴⁴ Obraz onemocnění se též poněkud mění v průběhu času, nemoc se vyvíjí. Složitost diagnostiky onemocnění agorafobií naznačují mimo jiné i změny, které proběhly například v manuálu DSM – IV a DSM V (viz podkapitola „diagnóza agorafobie“).

Obraz symptomů, o kterých participantky výzkumu hovoří, zcela odpovídá jejich výčtu v *Mezinárodní klasifikaci nemocí* (10. revize). Participantky zdůrazňují zejména fyzické příznaky (pocení, palpitaci nebo bušení srdce, zrychlený pulz, pocit dušení, puzení k vyměšování, sucho v ústech, chvění či třas, nauzeu nebo břišní nevolnost).

Oproti MKN-10 se některé participantky zmiňují o tom, že prožívaly narušení percepce - rozostřené vidění, přestávaly slyšet (paní Věra, paní Veronika). Tyto příznaky MKN-10 neuvádí a bylo by zajímavé věnovat se podrobněji jejich zkoumání v navazujícím výzkumu.

Z příznaků, týkajících se duševního stavu, uvádějí primárně strach ze ztráty kontroly, strach ze ztráty vědomí či „zešílení“, pocity závratě, neklidu, „točení hlavy“, mdloby, strach ze smrti, pocity derealizace či depersonalizace. V rámci následného výzkumu by bylo velmi přínosné věnovat se podrobně tématu strachu

³⁴⁴ Zajímavým příspěvkem, týkajícím se duševního onemocnění a jeho diagnostiky, je příspěvek K. Mannové nazvaný *Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže*. Autorka se mimo jiné zabývá i otázkou, nakolik je vysoké zastoupení žen v populaci lidí trpících úzkostným onemocněním ovlivněno připisovat tyto diagnózy spíše ženám. MANNOVÁ, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie Dnes*. 10/2004. s. 15-16.

ze ztráty kontroly a vztáhnout jej jednak k výchovnému stylu v rodině, jednak ke způsobům, jakým ženy trpící agorafobií pracují se svými vlastními emocemi (prožívání a exprese emocí). Zde je však nutné poznamenat, že jde zřejmě, do velké míry, i o vliv společenských norem a očekávání, týkajících se života lidí v západní společnosti obecně, nikoli pouze například žen trpících agorafobií, zde je patrná souvislost s pojetím tzv. „normality“ (jde například o normy týkající se exprese prožívání ve veřejném prostoru).

Je též nutné zamyslet se v této souvislosti nad tím, v jakém prostředí³⁴⁵ se lidé trpící agorafobií pohybují. Jak podotýká E. Da Costa Meyer – po setmění je ve městě každá žena agorafobická.³⁴⁶ Autorka poznámkou poukazuje na tu skutečnost, že urbánní prostory (včetně jejich sociální dimenze) mohou představovat například ohrožení pro většinu jejich obyvatel, ženy trpící agorafobií však toto ohrožení prožívají mnohem silněji. V rámci kognitivně-behaviorální terapie, která je lidem trpícím agorafobií poskytována v Psychiatrickém centru Praha, probíhá i expozice formou cesty po Praze městskou hromadnou dopravou.³⁴⁷ Tato cesta zahrnuje mnoho přestupů na velice frekventovaných místech a dovoluji si podotknout, že i člověk, který příznaky agorafobie netrpí, může být po jejím absolvování zcela vyčerpán.

V rámci rozhovorů vedených s participantkami výzkumu se objevilo i důležité téma designu dopravních prostředků (například u slečny Heleny, Aleny, paní Věry, slečny Anny) – některé z žen uvádějí, že se vyhýbají cestování vlaky či tramvajemi „moderního typu“, zmiňují se o designu tunelů³⁴⁸ či o metru. V těchto dopravních prostředcích nelze například otevřít okno, výrazně tak zřejmě

³⁴⁵ Vztahem urbánního prostředí a prožívání se zabývá například L. Bondi v textu nazvaném *Gender and the Reality of Cities*. BONDI, L. Gender and the reality of Cities: embodied identities, social relations and performativities. [online]. *University of Edinburgh: School of Geosciences, Institute of Geography*, 2005. [cit. 2011-09-07]. <<http://hdl.handle.net/1842/822>>.

³⁴⁶ MEYER, E. Da Costa... La donna è mobile. *Revue Labyrinth*, 1997, č. 1-2, s. 104-107.

³⁴⁷ Tato cesta je pacienty nazývána, dle informací jedné z participantek výzkumu, „Praškův velký pražský okruh“ (PVPO).

³⁴⁸ Například o tunelu pod kanálem La Manche (slečna Anna)

přispívají k pocitu „nesvobody“ a diskomfortu.³⁴⁹ Jako pozitivum je však vyzdvižováno umístování toalet do moderních dopravních prostředků. Zde se nabízí implikace pro další mezioborový výzkum vztahu člověka a architektury, člověka a designu.

Pouze jedna participantka (slečna Anna) se explicitně zmiňuje o stavech paniky, které zažívala či zažívá ve volné krajině, například na horách. Další participantky vždy hovořily o dopravních prostředcích, místech, na kterých se nachází mnoho lidí – tedy obecně řečeno o situacích, ze kterých není možné uniknout ihned či tak, aby únik nevzbudil pozornost (typicky například fronty v obchodě). V rámci navazujícího výzkumu by bylo velice zajímavé zaměřit se na pojednání strachu v krajině a strachu v urbánních prostorech. Naprostá většina teorií agorafobie, od poloviny devatenáctého století až po současnost, se zaměřuje na vztah onemocnění urbánního prostředí³⁵⁰, zejména metropole, nevyřešena zůstává otázka po tom, zda a nakolik se agorafobie projevuje i v prostředí tzv. volné krajiny. Téměř všechny participantky výzkumu žijí aktuálně ve městech (s počtem nad 300 000 obyvatel), pouze dvě z nich v menší aglomeraci s počtem obyvatel cca 20 000. U jedné participantky, která aktuálně žije ve městě, pochází však z malé vesnice, se objevuje zmínka o pocitech paniky v momentě, kdy opustila prostor domu či (později) i prostor přilehlé zahrady. Strach či panika byly v jejím případě vázány zejména na prostor, který byl vnímán jako „domovský“.

Cílem výzkumu bylo i popsat, jaký smysl svému onemocnění agorafobií participantky výzkumu prostřednictvím vyprávění dávají a v čem spatřují příčiny onemocnění. Ukázalo se, že pojetí smyslu lze obecně pojednat jako v rámci čtyř „kategorií“ – nemoc je chápána v souvislosti se „zátěží“ - traumatickými událostmi či „stresem“, prožívaným v jistých obdobích života (slečna Helena,

³⁴⁹ Svou roli zde může hrát i zvyk na původní typ dopravních prostředků a obtíže s přizpůsobením se novým podmínkám.

³⁵⁰ Teorie a výzkumy se též primárně zaměřují na onemocnění agorafobií v tzv. okcidentálních společnostech. Výzkum probíhá i v Latinské Americe, téměř nic však nevíme o výskytu a podobě této diagnózy například v muslimských zemích. Lze pouze spekulovat o tom, že výskyt této nemoci bude pravděpodobně nižší - svobodný pohyb žen ve veřejném prostoru je ovlivňován (omezen) zcela jinými pravidly. Svou roli na výskyt onemocnění budou pravděpodobně hrát i další faktory.

Alena, Dana, paní Veronika, Věra, slečna Pavla a slečna Kristýna). Jako traumatické události jsou popisovány zejména zážitky, které představovaly ohrožení (autonehody, pokus o znásilnění, setkání s agresivním sousedem). Některé participantky dávají své onemocnění do souvislosti se somatickým onemocněním (paní Ester, částečně slečna Dana). Často lze objevit i poukaz na vliv výchovného stylu rodičů (výchova k tomu, že svět je ohrožující) – například u paní Věry, slečny Aleny či paní Veroniky, které se explicitně zmiňují o tom, že nositelem tohoto sdělení byla matka. Participantky též poukazují na vliv „dědičnosti“ a nezřídka podávají výčet tzv. „rodinné patologie“ (slečna Dana, slečna Pavla, paní Ester). Ukázalo se, že onemocnění agorafobií není participantkami výzkumu zpravidla dáváno do souvislostí například s podobou vztahů k blízkým lidem (více viz diskuse). V rámci vlastního porozumění nemoci pojednávají ženy trpící agorafobií své onemocnění i jako, v jistém ohledu, přínos. Skrze vlastní zkušenost dospěly například k porozumění druhým lidem, k touze pomáhat či k většímu sebepoznání. Nemoc byla také tím, co jim otevřelo prostor změny.

Cílem výzkumu bylo v poslední řadě i popsat, jakým způsobem své potíže participantky výzkumu zvládaly či zvládají, a to včetně podoby odborné péče, které se jim dostalo. Ukázalo se, že participantky v době, kdy onemocnění propuklo, nedisponovaly informacemi týkajícími se onemocnění agorafobií, netušily, „co se s nimi děje“ a obávaly se například infarktu či toho, že „se zblázní“.³⁵¹ Ukazuje se, že zde je velký prostor pro tematizaci onemocnění agorafobií, které je velice rozšířené, například v médiích (podobně jako je nezřídka tematizováno například onemocnění depresí či poruchami příjmu potravy). Lze se domnívat, že by méně trpících zažívalo pocit, že jsou se svými potížemi „sami“. Čtyři participantky se zúčastnily výzkumu na základě prosby, uveřejněné na facebookové stránce „Panická skupina a agorafobie“, kterou založila jedna slečna z účastnic výzkumu. Všechny tyto ženy se zmiňovaly o tom,

³⁵¹ U těch participantek, které se zmiňují o strachu „ze zbláznění“, představuje obraz šílenství člověk trpící psychotickým onemocněním, někdo, kdo je jejich slovy „úplně mimo“, tedy ztrácí kontakt s realitou.

že existenci této komunikační platformy velmi oceňují. Jejím prostřednictvím lze navázat kontakty, čerpat informace, podporu a lze se domnívat, že velkou roli hraje i pocit, že člověk není sám (skupina má k datu uveřejnění tohoto textu téměř čtyři sta členů, většinou žen). Pro jedince trpící agorafobií je internet pravděpodobně ideálním komunikačním kanálem, s jehož pomocí nemusí dojít k pocitu naprosté izolace v momentě, kdy člověk trpící agorafobií není schopen opustit zdi domova. Zde se nabízí poměrně široké pole výzkumných možností různých skupin, diskurních fór atp.

Některé z participantek absolvovaly mnoho somatických vyšetření, než byla určena odpovídající diagnóza (Dana, Ester). Na příběhu paní Ester se ukazuje i důležitost zvážení somatického stavu člověka trpícího úzkostnou poruchou.

Z výzkumu vyplývá, že většina participantek užívá medikaci, která jim výrazně pomáhá zvládat stavy úzkosti, paniky či deprese (anxyolytika, antidepresiva). Ukazuje se též, u některých participantek byla nasazena v počátečních stadiích onemocnění pouze medikace bez doprovodné psychoterapie (Dana, Helena). Tento přístup je možné označit za deficitní. Narativní analýza poukázala mimo jiné na složitost onemocnění agorafobií a na možné souvislosti s osobnostní problematikou žen trpících tímto onemocněním, se sebepojetím, s výchovou v rodině a „vztahovým chováním“. Je možné tvrdit, že psychoterapii by bylo v případech lidí trpících agorafobií žádoucí indikovat jako zcela zásadní pro proces uzdravy. Většina participantek prošla buď v rámci terapie či díky vlastní vynalézavosti nácvikem pohybu v prostoru mimo domov (expozicemi „in vivo“), které jim velmi pomáhaly a pomáhají. Hovoří také o tom, že jim velmi ulevila práce na zpochybňování katastrofických myšlenek (probíhající v rámci terapie, později internalizována).

Příznaky onemocnění nicméně přetrvávají u všech participantek, s nimiž byl veden rozhovor. Pokud na čas ustoupí, opět se zpravidla navrátí. V rámci narativních analýz lze pravděpodobně nahlédnout zdroje fobických příznaků, které jsou hlubší, než je například pojetí tzv. naučeného vyhýbavého chování. Lze se domnívat, že skutečně účinná změna je možná pouze prostřednictvím intenzivní a dlouhodobé psychotherapeutické práce hlubinného či existenciálního typu, v kombinaci s využitím technik, které rozpracovaly různé směry KBT.

Výzkum ukázal, že by bylo žádoucí věnovat se v procesu psychoterapie důkladně životním příběhům žen, zejména tématům výchovy v rodině, hodnot a přesvědčení, aktérství a vztahům s blízkými lidmi.

Některé participantky se zmiňují o tom, že prožívaly své onemocnění jako více či méně stigmatizující. Jako jisté stigma prožívaly tu skutečnost, že se dostaly do psychiatrické či psychologické péče (například slečna Helena, Anna, Alena, paní Věra). Lze se domnívat, že zažívaly oba typy stigmatu, jak je popsal například P. Corrigan.³⁵² Jde o veřejné stigma (public stigma) a tzv. self-stigma, u prvního je, stručně řečeno, jeho jádrem pocit, že je člověk okolím vnímán jako sociálně neakceptovatelný, u druhého typu stigmatu je takto člověk vnímá sám sebe. V této souvislosti se ukazuje jako potřebné věnovat se hlouběji tématu stigmatizace lidí trpících úzkostnými poruchami.³⁵³

Pokud se zabýváme možnostmi a mezemi kategoriálně-formální analýzy, srovnání interpretací externích hodnotitelů a interpretací autorky práce ukázalo, že (alespoň v tomto konkrétním případě) je možné dospět k podobnému náhledu na vybrané aspekty ztvárnění života. Interpretace externích hodnotitelů však ve valné většině netematizují nemoc jako zápletku v příběhu. Zde se s největší pravděpodobností ukazuje značná míra subjektivity týkající se „způsobu čtení“ příběhu autorkou práce. Míra posouzení adekvátnosti náhledu na možné příčiny a souvislosti onemocnění agorafobií v jednotlivých příbězích je tedy „na čtenáři“. Autorka práce předkládá v tomto směru určité „hypotézy“, které by bylo možné a žádoucí ověřit prostřednictvím náledného výzkumu.

Výzkum přinesl i tzv. **neočekávaná zjištění**, týkající se zejména možnosti narativní metodologie. Jako velice zajímavý způsob reflexe vlastního předporozumění onemocnění agorafobií se ukázalo vytvoření fiktivního narativu. Jeho prostřednictvím lze získat náhled na vlastní implicitní porozumění nemoci, z něhož pak mohou pramenit jistá interpretační zkreslení. Jinými slovy lze

³⁵² CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004, vol. 59, no.7, s 614.

³⁵³ Studií týkajících se tohoto tématu lze nalézt velmi málo.

nahlédnout, jakými způsoby je výzkumníkem dáván význam zkušenostem a jevům. Lze se domnívat, že vytvoření fiktivního narativu je založeno do značné míry na projekci – vlastních zkušeností, emocí, sebepojetí, osobnostního nastavení i nastavení vůči světu obecně. V kontextu výkonu psychoterapie lze reflexivní práci a fiktivním narativem chápat i jako určitou podobu „supervize“, která může být velkým přínosem a obohacením.

Zde se nabízí poměrně široká škála možností využití konstrukci fiktivních narativů v rámci výzkumu, například v oblasti diagnostiky či terapeutické praxe. Lze se domnívat, že na základě osobnostního nastavení i perspektivy pohledu na jevy a jejich příčinné souvislosti, je do jisté míry i diagnostika trpících lidí částečně subjektivní. V praxi lze u odborníků zřejmě vysledovat i tendence k upřednostňování určitých diagnóz, zdůrazňovat některé projevy či příčiny nemoci před jinými.³⁵⁴ Uvedené tendence by bylo možné zmapovat i skrze narativní analýzu rozhovorů týkajících se důvodů, které vedly ke stanovení určité diagnózy či terapeutickým postupům – tyto výpovědi by bylo možné porovnat například s analýzou narativů diagnostikovaných pacientů.

Narativní analýza životních příběhů žen trpících onemocněním agorafobií se ukázala jako metoda, jejímž prostřednictvím bylo možné porozumět zejména smyslu onemocnění agorafobií a významu, který nemoci dávají samy participantky.

Diskuse k závěrům výzkumu

V rámci zvýšení přehlednosti témat, řešených v rámci diskuse, je text rozdělen do několika oddílů dle témat.

Zameření teoretického a empirického výzkumu, předporozumění problematice

V rámci diskuse týkající se disertační práce jako celku je nutné poznamenat, že teoretický i empirický výzkum nastiňují pouze vybranou perspektivu pohledu.

³⁵⁴ Viz například: MANNOVÁ, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie Dnes*, 2004, vol 10, s 15-16.

V teoretické části práce jsou akcentovány především ty teorie, které se zabývají porozumění agorafobii ve vztahu k urbánnímu prostoru či kultuře (například C. Sitte, W. Worringer) nebo ta pojetí, která se pokoušejí nastínit porozumění agorafobii skrze logiku vnitřních konfliktů jedince a jeho vztahů (psychoanalytické koncepty nemoci). Předkládána jsou i teoretická pojednání hledající odpovědi na otázku, proč je většina nemocných agorafobií ženského pohlaví; tyto teorie se zabývají především sociálním a kulturním kontextem nemoci v západní společnosti. V práci není věnována důkladná pozornost konceptům, které na onemocnění agorafobií nahlízejí například jako na naučené vyhýbavé chování (teorie učení) či zohledňují vliv faktorů dědičnosti či biochemické faktory (například přenos serotoninu). V rámci výzkumu se ukázalo, že vliv učení, zejména v dětství, hraje zřejmě jistou roli v etiopatogenezi onemocnění. Perspektiva pohledu autorky na problematiku onemocnění agorafobií může být zkreslena akcentací výkladového rámce, který klade důraz na sociokulturní vlivy a problematiku vztahů.³⁵⁵

V teoretické části práce je věnována pozornost hledání odpovědi na otázku, jaká je podstata onemocnění agorafobií (otázka po příčinách) a disertační práce je zaměřena na onemocnění agorafobií u žen. Je věnována poměrně značná pozornost těm teoriím, které hledají vysvětlení genderové nerovnosti v populaci lidí trpících tímto onemocněním. V empirické části práce však autorka na otázku po tom, proč je většina nemocných ženského pohlaví, neodpovídá, možné implikace pouze naznačuje, neboť je silně omezena použitou metodou výzkumu, která neumožňuje generovat výzkumné závěry tohoto typu.

Teorie hledající vysvětlení genderové nerovnosti³⁵⁶ v populaci lidí trpících

³⁵⁵ V tomto směru je otázkou, zda autorka nepomáhá udržovat svým výzkumem tzv. ekleziomorfní struktury v tom smyslu, jak o nich hovoří S. Komárek (zde je paralela velmi volná). Ty získávají relevantní poznatky exegezí kanonizovaných textů či prostřednictvím kanonizovaného experimentování s vnějším světem. Tyto aktivity pak mohou směřovat k pouhému potvrzení původního předpokladu. KOMÁREK. S. Ekleziomorfní struktury v přírodních vědách. [online]. *Tvar*, 1993. [cit. 2013-02-12]. <<http://http://www.sds.cz/docs/prectete/eknihy/100e/100e17.htm>>.

³⁵⁶ Statistika se zakládají zpravidla na informace o pacientech, kteří jsou „registrovatelní“,

onemocněním agorafobií lze v kontextu práce chápat jako podklady, na jejichž základě autorka koncipuje vlastní předporozumění problematice onemocnění agorafobií. Otázka po tom, na čem je založena tato nerovnost, je fascinující. Lze se však domnívat, že jde o tzv. multifaktoriálně podmíněný jev³⁵⁷ a jeho zkoumání je z toho důvodu velmi problematické. V rámci navazujícího výzkumu agorafobie by bylo velmi nosné zabývat se například srovnáním onemocnění agorafobií u žen a u mužů a popsat případné rozdíly či podobnosti. Velmi široké pole působnosti se otevírá i pro výzkum zaměřující se na příčiny onemocnění agorafobií. Zajímavé výsledky by mohla přinést zejména důkladná kvalitativní studie hledající odpověď na otázku po příčinách onemocnění a pracující s kontrolní skupinou žen, které onemocněním agorafobií netrpí. Výběr výzkumného vzorku, zejména pak kontrolní skupiny, však představuje z metodologického hlediska oříšek.

Stanovené cíle výzkumu a jejich naplnění

Při reflexi stanovení výzkumných cílů lze podotknout, že jsou stanoveny poměrně skromně – je zde patrná rezignace na možnost odpovědět například na otázky po příčinách, autorka se zaměřuje především na deskripci. Paradoxně jsou však stanovené cíle i velmi vysoké – v rámci narativních analýz se ukázalo, že vzhledem k velkému objemu dat a primárnímu zaměření na individuální specifika příběhů³⁵⁸ je poměrně obtížné poskytnout v rámci výzkumných závěrů skutečně

například tím, že vyhledají určitý typ péče. Je též možné, že mužů je v populaci lidí trpících agorafobií mnohem větší procento, než o kterém hovoří statistiky. Důležitou roli by pak hrála ochota a míra pocíťované potřeby vyhledat odbornou péči, ovlivněná například i stigmatizací.

³⁵⁷ Tématem genderových rozdílů v populaci lidí trpících duševním onemocněním se zabývá například zajímavá publikace *Men, Women and Madness*. BUSFIELD, J. *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: Palgrave Macmillan, 1996.

³⁵⁸ Na tomto místě si lze též položit hluboce kritickou otázku, zpochybňující celý výzkum, a sice zda celá studie není, díky malému vzorku participantek, předporozumění problematice i zvoleným výzkumným metodám, dílem, které by se dalo metaforicky označit jako aktivita spadající pod rámeček tzv. kárgo kultu (cargo). V touze přivolat letadla naložená vysněným

vyčerpávající text, postihující všechna zjištění. Autorka se vzhledem k rozsahu probíraných témat mohla dopustit jistých opomenutí či simplifikací. Výzkumné závěry shrnující jednotlivé narativní analýzy jsou tedy spíše poukazem na zajímavá témata, která se v rámci výzkumu objevila, a ukazuje se, že tato témata by bylo vhodné podrobit následnému zkoumání.

Výběr vzorku participantek

Výsledný výzkumný vzorek participantek je poměrně malý, získané poznatky a výzkumné závěry z tohoto důvodu není možné vztáhnout na celou populaci žen trpících onemocněním agorafobií. Výběr vzorku participantek byl též problematický. I díky podstatě onemocnění je poněkud obtížné navázat s ženami trpícími touto poruchou spolupráci. I přes snahu vyhnout se nežádoucímu zkreslení výzkumu a vybrat homogenní skupinu participantek metodou účelového vzorkování, mohlo dojít k nejrůznějším zkreslením. Všechny participantky výzkumu mají diagnostikovanou agorafobii (či agorafobii s panickou poruchou), je ovšem otázka, nakolik hraje roli i jiná problematika, například netematizovaných potencionálních osobnostních poruch (závislá porucha osobnosti). Zde lze však poukázat na tu skutečnost, že v tomto smyslu výzkum tzv. odráží realitu.

Lidé jsou výjimeční ve své složitosti, nelze je vždy jednoznačně vměstnat do určitých kategorií a například zkušenosti psychiatři či psychoterapeuti podotýkají, že se v praxi téměř nikdy nesetkali s pacientem, který by trpěl jen a pouze agorafobií.³⁵⁹ Do textu práce mohla proniknout i jistá nejistota a nejednoznačnost pohledu autorky na problematiku diagnostiky, která pramení částečně i ze zkušenosti, která říká, že pokud se nějakým tématem začneme zabývat příliš do hloubky a s důrazem na individuální specifika (v tomto případě specifika jednotlivých příběhů), můžeme se poněkud ztratit ve složitosti, může nám unikat

zbožím (cargo) budují papuánští domorodci falešná letiště. V. Novotný spatřuje paralelu kárgo kultu v mnohých „vědeckých praktikách“, kdy jsou opakovány rituály výzkumu a publikování v touze, že tato vyprázdněná kárgo aktivita jednoho dne přivolá vysněný vědecký objev. NOVOTNÝ, Vojtěch. *Papuánské (polo)pravdy*. Praha, Dokořán, 2010.

³⁵⁹ Například osobní sdělení Z. Piňďákové, Praha, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, setkání daseinsanalytické společnosti, březen 2014.

mnoho jednoduchých tematických linií či se neodvážíme tvrzení či implikací, kterých bychom se odvážit mohli.³⁶⁰ V horším případě bychom tuto tendenci mohli nazývat neschopností „dělat vědu“, v lepším případě přílišným respektem ke složitosti života a jevů.

Lze se domnívat, že mohlo nastat jisté zkreslení obrazu světa agorafobických žen. Dobrovolná účast na výzkumu (ochota ke spolupráci) pravděpodobně souvisí s mnoha faktory, mezi něž může patřit například: menší míra prožívaných obav týkajících se setkání s cizím člověkem, menší míra obav poskytnout intimní informace o vlastním životě, schopnost dopravit se na místo setkání (tedy určitým způsobem zvládat fobické situace) či přijmout návštěvu doma (vyrovnat se s možným narušením bezpečného prostoru). Je možné, že participantky výzkumu nejsou do určité míry typickými reprezentantkami populace žen trpících tímto onemocněním, a to zejména díky své otevřenosti (obecně řečeno).

Je nutné podotknout, že autorka opomenula tematizovat více otázku motivace k účasti na výzkumu, většina participantek se zmiňovala zcela spontánně o tom, že rády přispějí k výzkumu onemocnění, které je trápí, hovořily o možnosti prospět druhým či o přání napomoci autorce práce. Bylo by přínosné pokusit se prozkoumat v rámci rozhovoru jejich motivace, blíže by bylo asi možné nahlédnout jejich vliv na výsledný narativ (zkoumání tohoto vlivu se však ukazuje jako metodologicky krajně obtížné). Je též možné, že ty z participantek, které byly osloveny prostřednictvím ošetřujících lékařů či psychoterapeutů, souhlasily s rozhovorem i v touze vyhovět těmto odborníkům.

Diskuse k procesu sběru dat

³⁶⁰ V rámci reflexe mezi výzkumu si lze (velmi volně) vypůjčit terminologii sloužící k popisu chyb v testovacím procesu. Autorka práce se možná dopustila do jisté míry chyby prvního druhu (chyba nadměrného skepticismu), například v rámci odvahy generovat výzkumné závěry. Chyby druhého typu se autorka možná dopustila ve smyslu přílošné důvěřivosti v rámci procesu výběru participantek (důvěra v jistou „jasnost“ diagnózy) a ohledem na aspekt reprezentativnosti vzorku.

Obecně lze říci, že autorka „spoléhala“ na předpoklad, že je dostačující zaznamenat vyprávění životního příběhu a následného rozhovoru, v mnoha situacích však bylo obtížné sledovat linku vyprávění, kterou lze zpětně hodnotit jako potencionálně přínosnou. V rámci jednotlivých analýz i závěrečné analýzy se ukázalo, že autorka se zřejmě dopustila některých opomenutí již v průběhu „vedení“ rozhovorů. V rámci vyprávění a rozhovorů se vynořilo mnoho témat, která by bylo vhodné blížeji prozkoumat. V tomto smyslu se jedná především o vyjasnění významů řečeného – bylo by vhodné projasnit prostřednictvím pečlivého doptávání zejména významy některých užitých slovních spojení, která participantky používaly: „vše v pořádku“, „harmonická rodina“, „úzkostná matka“, „nekomunikace“ (rodičů), atp. Lze se domnívat, že autorka v rámci interpretací vychází z vlastního rozumění těmto slovům a není jisté, zda je toto porozumění shodné s významem, který jim dávají samotné participantky.

Lze uvažovat nad tím, že autorka se, díky svému předporozumění problematice onemocnění agorafobií nepokládala otázky, kterými mohla rozšířit narativní prostor, a to i přes snahu o realizaci důkladné přípravy výzkumu. S odstupem se ukázalo, že autorka se měla více zaměřit i na získání obrazu „historie rodiny“, který by sahal dále, než ke generaci rodičů. Participantky se nezdálo, že by transgenerační pohled na rodiny participantek mohl přinést bohatší informace. Bylo by též zajímavé věnovat se více osobnosti sourozenců a na případný výskyt symptomů agorafobie či jiných poruch v jejich životě. Zde se nabízí velmi zajímavá oblast výzkumu, v jejímž rámci by bylo možné pokusit se i tematizovat možné genderové aspekty týkající se onemocnění agorafobií.

V rámci narativních analýz se ukázal i problém jisté nejasnosti ve vyprávění participantek, mnohdy bylo velmi obtížné získat představu o časové posloupnosti událostí v životě a výskytu symptomů. Jistému projasnění by mohlo napomoci například využití práce s tzv. časovou osou v průběhu rozhovoru s participantkami.

Je též nutné poznamenat, že výzkum byl jistě ovlivněn i tím, že participantky (až na výjimky) se aktuálně nacházely ve fázi, kdy jim nemoc umožňovala zúčastnit se výzkumu. Nemoc má jistý vývoj v čase, přicházejí fáze zhoršení i zlepšení

(dokonce vymizení) příznaků. Lze se domnívat, že výsledný narativ je do velké míry ovlivněn i „fází“, ve které se participantky v čase výzkumu nacházejí. V rámci navazující studie by bylo velmi zajímavé věnovat se například sběru a analýze narativů v delší časové periodě a pokusit se postihnout proměny aspektů ztvárnění života ve vztahu k aktuálnímu psychickému stavu vypravěček. Svou roli jistě hrálo i aktuální naladění participantek, možná potřeba legitimizace vlastního chování či prožívání, touha podat určitý obraz o sobě samé.

Proces sběru dat je vždy ovlivněn mnoha faktory. Jistou roli mohlo hrát místo setkání (lze uvažovat o větším pocitu intimity v prostředí domova, o menší intimitě ve veřejném prostoru kavárny), čas setkání (únava, vliv denní či roční doby na prožívání participantek, počasí atp.).³⁶¹ Podstatnou roli hrála osobnost výzkumníka, jehož vliv na výzkumnou situaci je v případě narativních rozhovorů enormní. Participantky se nezdálo zmiňovaly o tom, že jim byla má osoba sympatická (neboť původně očekávaly typ „suché vědkyně“), jisté sympatie spolu s například generační podobností mohly vést k větší otevřenosti. Jiné projevy osobnosti výzkumníka (například jistá opatrnost v kladení otázek) mohly též určit podobu výsledných dat.

Proces zpracování dat

Vyprávění participantek bylo nahráváno na diktafon a následně přepsáno. Snahou autorky bylo předložit čtenáři úplný (doslovný) přepis rozhovorů pomocí komentované transkripce zachycující i tzv. „nápadné příznaky promluvy“. Přepisy však vytvářelo několik osob a je vysoce pravděpodobné, že jejich způsob transkripce mluveného slova do podoby psaného textu je individuálně odlišný (odlišnosti se mohou týkat například větných struktur, vnímání nápadných příznaků promluvy a jejich záznamu). Způsob přepisu má tedy vliv na podobu výsledného psaného textu a tím i na interpretaci výzkumných dat.

³⁶¹ Autorka práce se vždy přizpůsobila přáním a preferencím participantek ohledně místa či času setkání.

Možnosti a meze použité metody analýzy dat, interpretace

Autorka se v rámci jednotlivých narativních analýz i výsledného shrnutí těchto interpretací pokouší o jistou míru pokory k výchozím datům. Uvědomuje si, že generování interpretací a výzkumných závěrů je činnost složitá, do velké míry ošidná a je ovlivněna celou řadou faktorů. Autorka se pokouší vycházet primárně z textu promluv vypravěček, lze se však domnívat, že i přes tuto snahu se dopouští subjektivních interpretačních zkreslení.

Na jejich možnou podobu upozornilo například vytvoření tzv. fiktivního narativu, v jehož rámci se ukázalo, že jsou skrze vyprávění akcentovány například momenty kontroly v rodině, úzkostné ladění matky i participantky, nesvobodný a pasivní způsob aktérství, přání a touha vyhovět druhým lidem, strach z vlastních emocí, schopnost sebereflexe získaná i díky psychoterapii atp. je možné, že i přes snahu vyhnout se tendenci spatřovat tyto momenty v příbězích i tam, kde nejsou, se autorka díky svému prizmatu pohledu interpretačních zkreslení dopustila.

V rámci kritického náhledu na vlastní interpretace bylo využito i možnosti validizace externími hodnotiteli.³⁶² Šlo však o výzkumníky, kteří též zastávají jisté prizma pohledu (například inklinace k existenciálním směrům psychoterapie). Pro samotný výzkum a jeho validitu by bylo přínosné zvolit jiné hodnotitele, kteří zastávají pohled zcela odlišný (například KBT terapeuty, zde však vyvstávala potíže s přijetím výzkumné metody), je totiž otázkou, nakolik byla jistá míra shody interpretací předpokládátná již předem a volba hodnotitelů nebyla učiněna i na základě podvědomé touhy po shodě.

V rámci interpretace jednotlivých vyprávění se vynořuje podstatná otázka po tom, nakolik jsou získané narativy komplexním obrazem životního příběhu a podoby nemoci. Zde je nutné poznamenat, že v aktuálním výzkumu je pozornost zaměřena na získání významu, který svému životu participantky dávají skrze vyprávění, nikoli na tzv. „objektivní pravdu“. V rámci interpretace je nutné mít

³⁶² V tomto kontextu je však nutné i poznamenat, že volba hodnotitelů probíhala především na základě jejich studijních výsledků poukazujících na intelektové schopnosti a schopnost porozumění textu a výzkumné metodě.

neustále na zřeteli, že vycházíme pouze ze specifického narativu, který vznikl v konkrétní situaci, za určitých podmínek, s jistým účelem a je v něm jistě mnoho zamlčeno či netematizováno, což se jistě promítá do míry komplexity odražené v příbězích. Náhled na podstatu onemocnění může být touto skutečností velmi zkreslen.

Velmi vypovídající ilustrací je v tomto smyslu příběh paní Ester, jehož interpretace byla s jejím souhlasem konzultována s psychoterapeutkou. Ta poukázala na tu skutečnost (aniž by sdělovala bez souhlasu pacientky důvěrné informace), že v příběhu je „nevyprávěno“ mnoho důležitých událostí a nejsou pojednány například podstatné problémy týkající se osobních vztahů (blíže viz narativní interpretace příběhu paní Ester). Příběh byl v práci ponechán i po jistých pochybnostech právě z toho důvodu, že je na něm možno nastínit podstatné meze použité výzkumné metody.

Autorka nahlíží při zpětném pohledu na průběh a konstrukci výzkumu s politováním hodnotí skutečnost, že se jí nepodařilo sestavit výzkumný vzorek participantek tak, aby bylo možné více využít buď validizaci interpretací pomocí komunikace závěrů s participantkami výzkumu (i přes problémy tohoto přístupu, které jsou popsány v podkapitole týkající se credibility výzkumu) či například s odborníky, kteří se věnovali terapeutické péči o ně. V tomto případě ovšem narážíme na nutnost pečlivě ošetřit etické aspekty komunikace s terapeutky o důvěrných informacích týkajících se příběhů pacientů).

Ukázalo se též, že značná pozornost byla věnována především aspektům ztvárnění života týkajícím se obrazů sebe a druhých, životních témat, zápletek a způsobu a míry aktérství. Autorka se příliš nezabývala aspekty reflexe a hlediska. Je možné, že v tomto smyslu došlo o opomenutí potencionálně zajímavých výzkumných zjištění. Autorka se též nezaměřila na tematizaci žánru vyprávění³⁶³ či na modus

³⁶³ Tématu žánru, například ve vztahu k životnímu příběhu, se zajímavým způsobem věnuje například M. Adler, který jej využívá, mimo jiné, i pro analýzu opakujících se vzorců a problémů, se kterými přicházejí pacienti do psychoterapie, více například v článku *Žánr klientova příběhu v psychoterapii*. ADLER, M. Žánr klientova příběhu v psychoterapii. *Československá psychologie*, 2004, vol. 48, no. 1, s. 84-92.

vyprávění, nezabývala se též rovinou analýzy jazyka, který participantky používají. Lze se domnívat, že důkladná analýza promluv, tvořená například ve spolupráci s lingvisty, by mohla poukázat na zajímavé aspekty onemocnění agorafobií. Pododný výzkum v českém kontextu chybí.³⁶⁴

³⁶⁴ Zde lze poukázat na velice zajímavý výzkum autorek L. Capps a E. Ochs, které se zabývaly právě komunikací agorafobické ženy, její onemocnění pojímaly jako svého druhu poruchu komunikace. CAPPS, L. – OCHS, E. *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1995.

Závěr

Disertační práce zahrnuje teoretický i empirický výzkum agorafobie. Cílem práce bylo nastínit historii diagnózy tohoto onemocnění od druhé poloviny devatenáctého století po současnost a pojednat z filosofického hlediska vybrané jevy, jež s onemocněním agorafobií souvisí – jsou jimi úzkost a tělo v prostoru. Teoretické koncepty onemocnění agorafobie jsou doplněny empirickým výzkumem zaměřeným na životní příběhy žen trpících tímto onemocněním.

V první kapitole je nastíněna historie diagnózy agorafobie. Pojednána jsou pojetí tohoto onemocnění autorů, zabývajících se teorií umění či architektury (W. Worringer, C. Sitte), i psychologické koncepty onemocnění (C. Westphal, W. James, S. Freud, H. Deutsch, J. Bowlby).

Druhá kapitola je tvořena úvahou o pojetí normality jako vztahovém rámci nemoci, pojednáním o diagnostice agorafobie s důrazem na obraz nemoci v MKN-10, DSM IV a DSM V, zabývá se i incidencí a prevalencí agorafobie v populaci. Čtenáři je předložen i souhrn teorií, které se zabývají agorafobií v kontextu společnosti a kultury západního světa dvacátého století. Tyto teorie se pokoušejí odpovědět na otázku, proč je většina lidí, trpících tímto onemocněním, ženského pohlaví.

Ve třetí kapitole jsou nastíněny vybrané filosofické koncepty tematizující vztah těla a prostoru a lidské tělesnosti, s důrazem na filosofii dvacátého století. Pozornost je zaměřena zejména na fenomenologické přístupy M. Merleau-Pontyho a J. Patočky.

Čtvrtá kapitola představuje zamyšlení nad reflexí tématu úzkosti ve filosofických konceptech. Čerpá zejména z filosofie existencialismu (S. Kierkegaard), fundamentální ontologie M. Heideggera, fenomenologie J. Patočky či filosofie existence (A. Camus, G. Marcel).

V rámci empirické části práce je nastíněn kvalitativní výzkum týkající se onemocnění agorafobií u žen. Výzkumný vzorek představuje deset participantek - žen trpících tímto onemocněním, vybraných metodou účelového výběru (purposeful sample). V rámci výzkumných metod je využito vyprávění životního

příběhu a narativní rozhovor. Získaná data jsou analyzována pomocí kategoriálně-formální analýzy. V rámci výzkumu bylo stanoveno pět výzkumných cílů: analyzovat význam onemocnění v životě participantek, popsat individuálně specifickou podobu onemocnění, analyzovat individuální význam a smysl, který svému onemocnění participantky výzkumu prostřednictvím vyprávění dávají, popsat jednotlivé aspekty ztvárnění života (hodnoty a přesvědčení, reflexe a hledisko, způsob a míra aktérství, obrazy sebe a druhých, životní témata, zápletky). Cílem byl též popis způsobů, jakým svou nemoc participantky zvládaly a zvládají, a to včetně terapie.

Narativní analýza životních příběhů žen trpících onemocněním agorafobií se ukázala jako metoda, jejímž prostřednictvím bylo možné porozumět zejména smyslu onemocnění agorafobií a významu, který nemoci dávají samy participantky. Ukázala se jako obzvláště nosná pro porozumění kontextu mezilidských vztahů, způsobu aktérství i individuální podobě a průběhu nemoci.

Literatura

Počet titulů: 196

ABRAHAM, Karl. On the Psychogenesis of Agoraphobia in Childhood. In *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*. New York: Basic, 1955.

ADAMEC, Jiří. *Psychiatrie a fenomenologie* [online]. Brno: Filosofický seminář, 2008, 66 s. <<http://www.psychostudium.cz/word-doc/psychiatrie-a-fenomenologie.doc>>. ISBN 978-80-254-1320-3.

ADÁMKOVÁ, Tereza. Styronova viditelná temnota – příběh nemoci. In MIOVSKÝ, Michal,

ADLER, Michal. Žánr klientova příběhu v psychoterapii. *Československá psychologie*, 2004, vol. 48, no. 1, s. 84-92. ISSN 0009-062X.

Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2013-11-07]. <<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>>.

AGREST, Diane. (edit). *The Sex of Architecture*. New York: Harry N. Abrams, 1996. ISBN 0-8109-2683-0.

ARIETI, Silvano, A. Re-examination of the phobic symptom and of symbolism in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1961, vol. 118, s. 106-10. ISSN 0002-953X.

ARRINDELL, Willem, A., et al. Masculinity–femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. *Behaviour research and therapy*, 2003, vol. 41, s. 795-807. ISSN 0005-7967.

AUDEN, Wystan, H. *The Age of Anxiety: A Baroque Eclogue*. New York: Random House, 1947.

BADOS LÓPEZ, Arturo. *Agorafobia I. Naturaleza, Etiología y Evaluación*. Barcelona: Mariano Cubí, 1995, 334 s. ISBN 84-493-0105-X.

BACHELARD, Gaston. *Poetika prostoru*. Praha: Malvern, 2009, 245 s. ISBN 978-80-86702-61-2.

BAKER MILLER, Jean. *Toward a new psychology of women*. Harvard University Press, 1987, 192 s. ISBN 0807029092.

BALCAR, Karel. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1983.

BALINT, Michael. *Thrills and regressions*. London: Karnac Books, 2012, 148 s. ISBN 0946439338.

BARLOW, David, H. *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press, 1988, s. 704. ISBN 978-1-59385-028-9.

BEM, Sandra L. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1977, vol. 45, no. 2, s. 196-205.

BENDLOVÁ, Peluška. *Gabriel Marcel*. Praha: FÚ ČSAV, 1993, 103 s. ISBN 80-7007-048-X.

BERGLER, Edmund. Psychoanalysis of a Case of Agoraphobia. In *Selected Papers of Edmund Bergler, M. D., 1931-1961*. New York: Grune & Stratton, 1969, 981 s. 1-86189-128.8.

BERNSTEIN, Richard, J. *Beyond Objectivism and Relativism: Science, Hermeneutics, and Praxis*. Philadelphia (Pennsylvania): University of Pennsylvania Press, 1983, s. 320. ISBN 0812211650.

BÍLEK, A. P., Poezie úzkosti. *Slova úzkosti*. Praha: Iniciály, 1993, s. 1-2. ISSN 0862-6324.

BINET-SANGLÉ, CH. La Maladie de Blaise Pascal. *Annales médico-psychologiques*, 1899, vol. 9, s. 177-199.

BONDI, Liz. Gender and the reality of Cities: embodied identities, social relations and performativities. [online]. *University of Edinburgh: School of Geosciences, Institute of Geography*, 2005. [cit. 2011-09-07]. <<http://>

hdl.handle.net/1842/822>.

BORDO, Susan. The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault. In JAGGAR, Alison, M. – BORDO, Susan, R. (eds.). *Gender/Body/Knowledge*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989., s. 13 - 33. 0813513790

BOWLBY, John. *Attachment and Loss: Separation: Anxiety and Anger*. Vol. 2, New York: Basic Books, 1973, 456 s.

BREHONY, Kathleen, A. Women and agoraphobia: A case for the etiological significance of the feminine sex-role stereotype. In FRANKS, V. – ROTHBLUM, E., (eds.). *The stereotyping of women: its effects on mental health*. New York: Springer, 1983, s. 112-128. ISBN: 0-8261-3820-9.

BREHONY, K. A., SCOTT, E. G. Agoraphobia: Appraisal of research and a proposal for an integrative model. *Progress in behavior modification*, 1981, vol. 12, s. 1-66. ISSN 0099-037X.

BRODSKY, Annette, M. – HARE-MUSTIN, Rachel, T. *Women and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 1980, 428 s. ISBN 0-89862-909-8.

BROWN, Gillian. The Empire of Agoraphobia. *Representations*, 1987, no. 20, s. 134-157. ISSN 0734-6018.

BRUNER, Jerome, S. *Acts of Meaning*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press, 1990, 181 s. ISBN 0674003608.

BRUNER, Jerome, S. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press, 1987, s. 222. ISBN 0674003667.

BURCKHARDT, J. *History of Greek Culture*. Courier Dover Publications, 1963, 344 s. ISBN 0486420965.

BURFURT, G. (Ed.). *Pascal's Pensées*. New York: Peter Pauper Press, 1946, 145 s.

BURTON, Robert. *Anatomie melancholie*. Praha: Prostor, 2006, 332 s. ISBN 80-

7260-123-7.

BUSFIELD, Joan. *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: Palgrave Macmillan, 1996, 287 s. ISBN 0-333-46369-2.

BUTLER, Judith. *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of Sex*. New York and London: Routledge, 1993, 304 s. ISBN 0415903661.

CANGUILHEM, Georges. *On the Normal and the Pathological*. Dordrecht: Reidal, 1978, 325 s. ISBN 9780942299595.

CAPPS, Lisa – OCHS, Elinor. *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1995, 244 s. ISBN 0-674-16548-9.

CARTER, Michele M., TUROVSKY, Julia, BARLOW, David, H. Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1994, vol. 1, no. 1, s. 25-34.

CARTER, Paul. *Dark Writing: Geography, Performance, Design*. Honolulu: University of Hawai'i Press, 2009, 310 s. ISBN 978-0-8248-3312-1.

CLARK, Robin. E. Family costs associated with severe mental illness and substance abuse. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, vol. 45, no. 8, s 808-13. ISSN 0022-1597

CLUM, George.A. – KNOWLES, Susan.L. Why do some people with panic disorders become avoidant?: A review. *Clinical Psychology Review*, 1991, vol. 11, no. 3, s. 295-313. ISSN 0272-7358

CORRIGAN, Patrick. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004, vol. 59, no. 7, s. 614an.

ČÁLEK, Oldřich. *Daseinsanalytická skupinová a komunitní terapie* [online]. [cit. 2013-12-20]. <www.daseinsanalyza.cz/clanek/doc-phdr-oldrich-calek-csc-daseinsanalyticka-skupinova-a-komunitni-terapie>.

ČAPEK, Jakub. Mít tělo a být tělem. Analýza těla v Merleau-Pontyho „Fenomenologii vnímání.“ In URBAN, Petr (Ed.). *Fenomenologie tělesnosti*.

Praha: Filosofický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 99-115. ISSN 0015-1831.

ČERMÁK, Ivo, CHRZ, Vladimír. *Umění ve vědě a věda v umění*. Praha: Grada, 2010, s. 157 – 169. ISBN 978-80-247-1707-4.

ČERMÁK, Ivo. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In ČERMÁK, Ivo - MIOVSKÝ, Michal. (Eds.). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 2002, s. 11-25. ISBN 80-86620-03-4.

ČERMÁKOVÁ, M. *Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 1997.

DAVIDSON, Joyce. A phenomenology of fear: Merleau-Ponty and agoraphobic life-worlds: This paper is dedicated to Jim Davidson, 1965–2000. *Sociology of Health & Illness*, 2000, vol. 22, no. 5, 640-660. ISSN 0141-9889.

DENZIN, Norman, K. - LINCOLN, Yvonna, S. Introduction: Entering the field of qualitative research In DENZIN, Norman.K.. - LINCOLN, Yvonna, S (Eds.). *Hanbook of Qualitative Research*. London: Thousand Oaks, 1994, S. 1-19. ISBN 0761927573

DE RUITER, C. – VAN IJZENDOORN, M. H., Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, vol. 6, s. 365-381. ISSN 0887-6185.

DEUTSCH, Helene. *Neurosis and Character Types*. New York: International Universities Press, 1965. 388 s.

DEUTSCH, Helene. The Genesis of Agoraphobia. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 10, 1929, s. 51-69.

DE SWAAN, Abram. The politics of agoraphobia. On Changes in Emotional and Relational Management. *Theory and Society*, 1981, vol. 10, s. 359-385. ISSN 0304-2421.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 374. ISBN 978-80-246-0139-7.

DOTY, W. Stories of our times. In WIGGINS, J. W. (Ed.). *Religion as Story*. New York: Harper and Row, 1975.

ERIKSON, Erik. H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002, s. 390. ISBN 80-7203-380-8.

FENICHEL, Otto. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. London: Kegan Paul, 1946, 720 s. ISBN-10: 0393038904

FÉRÉ, Charles. *The pathology of emotions: physiological and clinical studies*. Nabu Press, 2010, 566 s. ISBN 1145775462.

FREUD, Sigmund. Preface and footnotes to the translation of Charcot's Tuesday Lectures. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. Vintage, 1999, s. 411. ISBN [ISBN 0-09-929622-5](#).

FREUD, Sigmund. *On narcissism: an introduction*. In *Collected Papers 4*, London, Rutledge, 1948, s. 30-59.

FREUD, Sigmund. *New Introductory Lectures on Psychoanalysis (The Standard Edition of the Complete Psychological Works, Vol. 22)*. Vintage, 2001, 288 s. ISBN 0099426773.

FREUD, S. *Studie o hysterii*. Praha: Julius Albert, 1947, 187 s.

FROMM, Erich. *Strach ze svobody*. Praha: Naše vojsko, 1993, 158 s. ISBN 80-206-0290-9.

GARFIELD, Eugene. Why is the ancient and prevalent disorder called agoraphobia a neglected research topic? *Essays of an Information Scientist*, 1984, vol. 7, s. 128-137.

GARNER, David. M., et al. Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 1980, vol. 47, no. 2, s. 483-491.

GAŽÍK, Peter.: Gabriel Marcel a pretrvávajúca hodnota jeho myslenia. *Filozofia*, 2002, vol. 57, no 8, s. 546-550.

GEHLEN, Arnold. *Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen*. Bonn: Athenäum, 1956.

GIDDENS, Anthony. Sociologie. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.

GILLIGAN, Carol. *Jiným hlasem. O rozdílné psychologii žen a mužů.* Praha: Portál, 2001, s. 191. ISBN 80-7178-402-8.

GJURIČOVÁ, Šárka. – KUBIČKA, Jiří. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy.* Praha: Grada, 2003, 184 s. ISBN 80-247-0415-3.

GOLDSTEIN, Alan, J. – CHAMBLESS, Dianne. L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 1978, vol. 9, s. 47-59.

GORDON, Barbara. *Tančím tak rychle, jak dokážu.* Praha: Portál, 2011, 296 s. ISBN 978-80-7367-580-6.

GUADET, J. *Jules Andre Architecte.* Nabu Press, 2012, 26 s. ISBN 9781279897225.

GULLESTAD, Erika, Siri. Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *The Scandinavian Psychoanalytical Review*, 2001, vol. 24, s. 3-16. ISSN 0106-2301.

HÁJEK, Tomáš. *6 pohledů do úzkosti: Filosofie jako eskamotáž a poesie.* Praha: Auctoritas, 1992, 139 s. ISBN 80-901458-0-9.

HARAWAY, Donna. The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse. In PRICE, J. – SHILDRICK, M., (eds.). *Feminist Theory and the Body.* New York: Routledge, 1999, s. 203-214. ISBN 8-45698-23-8.

HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas.* Praha: Oikoymenth, 2002, 487 s. ISBN 80-7298-048-3

HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit.* Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1976, 437 s., ISBN 3-484-70109-9

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu.* Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 1999, 278 s. ISBN 80-246-0030-7.

HOAGWOOD, Kimberly. Poststructuralist historicism and the psychological

construction of anxiety disorders. *The Journal of Psychology*, 1993, vol. 127, no. 1, s. 105-122. ISSN 0022-3980.

HODROVÁ, Daniela. *Citlivé město*. Praha: Akropolis, 2006, 414 s. ISBN 80-86903-31-1.

HÖSCHL, Cyril – LIBIGER, Jan – ŠVESTKA, Jaromír, (eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

HYDÉN, Lars, Ch. Illness and Narrative. *Sociology of Health & Illness*, 1997, vol. 19, no. 1, s. 48–69. ISSN 1467-9566.

HUSERL, Edmund. *Karteziánské meditace*. Praha: Svoboda, 1993, 214 s. ISBN 25-060-68.

CHAMBLESS, Dianne, L. – GOLDSTEIN, Alan, J., (Eds.). *Agoraphobia: Multiple Perspectives on Theory and Treatment*. New York: Wiley, 1982, 227 s. ISBN 0-471-07947-2.

CHAMBLESS, Dianne, L. – GOLDSTEIN, Alan, J. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 1978, vol. 9, s. 47-59. ISSN 0005-7894.

CHAMBLESS, Dianne, L. – GOLDSTEIN, Alan, J. Clinical Treatment of Agoraphobia. In MAVISSAKALIKAN, M. – BARLOW, D. H., (eds.). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, 1981, s. 103-44.

CHODOROW, Nancy. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: University of California Press, 1978, 283 s. ISBN 0520221559.

CHRZ, V. Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru. *Bulletin PsÚ*, 2003, vol. 9, no. 1, s. 21-57. ISSN 1211-216X.

CHRZ, Vladimír, ČERMÁK, Ivo. Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of Science*, 2011, vol. 33, no 3, s. 415-433. ISSN 1210-0250.

CHRZ, Vladimír, ČERMÁK, Ivo, PLACHÁ, Veronika. Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie*, 2006,

vol. 6, s. 507-521. ISSN 0009-062X.

CHRZ, V. Autobiografické vyprávění v osmé třídě. [online]. *Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta*. [cit. 2012-08-06]. <http://userweb.pedf.cuni.cz/~www_kpsp/etnografie/vyzkum/8/chrz.pdf>.

CHRZ, Vladimír. Výzkum jako narativní rekonstrukce. [online]. *Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze* [cit. 2011-03-05]. <<http://narativniperspektiva.blogspot.cz/2009/10/vyzkum-jako-narativni-rekonstrukce-v.html>>.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. Rodina jako sociální děloha. Praha: Portál, 2004.

ICD-11 Beta Draft (Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics) [online]. Geneva (Switzerland): World Health Organisation. [cit. 2013-06-06]. <<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>>.

INGLEHART, Roland – NORRIS, Pipa. *Rising Tide: Gender equality and Cultural Change around the World*. Cambridge University Press, 2003, 227 s. ISBN 0-521-82203-3.

IRVING, Lori, M. Mirror images: Effects of the standard of beauty on the self- and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1990, vol. 9, no. 2, s. 230-242.

JAKOBSON, Roman, GLANC, Tomáš. *Formalistická škola a dnešní literární věda ruská*. Praha: Academia, 2005, 322 s. ISBN: 80-200-1211-7.

JAMES, William. *The Principles of Psychology*. New York: Dover, 1950, 696 s. ISBN 0486203816.

JEDLICKA, D. Indirect Parental Influence on Mate Choice: A Test of the Psychoanalytic Theory. *Journal of Marriage and Family*, 1984, vol 46, no. 1, s. 65-70.

JÜRIG, Willi. *Psychologie lásky. Osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál. 2006, 280 s. ISBN 80-7178-982-8.

KAPLAN, Harold, I. – FREEDMAN, Alfred, M. – SADOCK, Benjamin, J. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1953, 1285 s.

KENDLER, Kenneth, S., et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 1992, vol. 49, s. 273-281. 01820040025003

KIERKEGAARD, Søren. *Pojem úzkosti*. Praha: Kalich, 200 s. 2005.

KIERKEGAARD, Søren. *The Concept of Anxiety: A Simple Psychologically Orienting Deliberation on the Dogmatic Issue of Hereditary Sin*. Princeton: Princeton university Press, 1981, 273 s. ISBN 0691020116.

KLEINMAN, Arthur. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books, 1988, 304 s. ISBN 0465032044.

KNAPP, Terry J., SCHUMACHER, Michael T. *Westphal's Die Agoraphobie with Commentary: The Beginnings of Agoraphobia*. University Press of America, 1988, 114 s. ISBN 0819168882.

KOŁAKOWSKI, Leszek. *Metafyzický horor*. Praha: Mladá fronta, 1999, 132 s. ISBN 80-204-0767-7.

KOMÁREK. S. Ekleziomorfní sturktury v přírodních vědách. [online]. *Tvar*, 1993. [cit. 2013-02-12]. <<http://www.sds.cz/docs/prectete/eknihy/100e/100e17.htm>>.

KOTKIN, Joel. *The City: A Global History*. London: Phoenix, 2005, 189 s. ISBN 0375756515.

KOŤOVÁ, Magdalena. *Agorafobie*. Praha, 2006, 182 s. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy na katedře psychologie. Vedoucí diplomové práce Jiří Šípek.

KRISTEVA, Julia. *Powers of Horror. An Essay on Abjection*. New York: Columbia University Press, 1982, 219 s. ISBN 0231053479.

LERNER, Gerda, (Ed.). *The Female Experience: An American Documentary*. Indianapolis: Bobbs-Merril, 1977, 560 s.

MAGEE, William.J. et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1996, vol. 53, no. 2, s. 159-168. ISSN 0003-990X

MAIR, Miller. *Between Psychology and psychotherapy. A poetics of experience*. London: Routledge, 2013, 312 s. ISBN 0415859220

MAJOR, Ladislav. Úzkost a absurdita. *Slova úzkosti*. Praha: Iniciály, 1993, s. 14-17. ISSN 0862-6324.

MANNOVÁ, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie Dnes*, 2004, vol 10, s 15-16.

MARCEL, Gabriel. *K filosofii naděje*. Praha: Vyšehrad, 1971, 135 s. ISBN 33-351-71

MARCEL. Gabriel. *Od názoru k víře*. Praha, Vyšehrad, 2004, 288 s. ISBN 80-7021-531-3.

MARKS, I. M. *Living with Fear: Understanding and Coping with Anxiety*. McGraw-Hill, 1978. 316 s. ISBN 0-07-040396-1.

MASLOW, Abraham, H. *Motivation and personality*. New York: Pearson, 1997, 336 s. ISBN 978-0060419875.

MASLOW, Abraham, H. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. New York: Penguin, 1970, 521 s. ISBN 978-0-8135-3964-5.

MASLOW, Abraham, H. *Toward a Psychology of Being*. New York: John Wiley and Sons, 1998, 192 s. ISBN 0-421-29309-1.

MARX, Karl. *Odcizení a emancipace člověka*. Praha: Mladá fronta 1967, 381 s.

MASON, Jeffrey, M. (ed.). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Cambridge (Massachusetts): Belknap Press of Harvard University Press, 1985, 526 s. ISBN 0674154207.

MATHIESON, Cynthia, M. - STAM, Hendaikns, J. Renegotiating Identity: Cancer Narratives. *Sociology of Health & Illness*, 1995, vol. 17, no. 3, s. 283-306.

ISSN 1467-9566.

MAY, Rolo. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton, 1996, 425 s. ISBN 0393314561.

McADAMS, Dan, P. *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press, 1993, 357 s. ISBN – 0-8356-4587-6.

McADAMS, Dan, P. *Power, intimacy and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guilford Press, 1988, 336 s. ISBN 0898625068.

McADAMS, Dan. P. The Development of a Narrative Identity. In BUSS, David. M. – CANTOR, Nancy, M. (Eds.). *Personality Psychology*. New York: Springer 1989, 352 s. ISBN 0387969934.

McADAMS, D. P. Exploring Psychological Themes Through Life-Narrative Accounts. [online]. *Varieties of narrative analysis*, 2012. [cit. 2013-01-23]. <http://www.sagepub.com/upm-data/41822_1.pdf>.

McCARTHY, Lisa – SHEAN, Glenn. Agoraphobia and interpersonal relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996, vol. 10, s. 477-487.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phänomenologie der Wahrnehmungen*. Berlin: Walter de Gruyter, 1966, 535 s. ISBN 3-11-006884-2.

MEYER, E. Da Costa. La Donna e Mobile. In: WHYTE, Lain Boyd (Edit) *Modernism and the Spirit of the City*. Psychology Press, 2003. 259 s.

MEYER, E. Da Costa La Donna è Mobile: Agoraphobia, Women, and Urban Space. In AGREST, D. (ed.). *The Sex of Architecture*. New York: Harry N. Abrams, 1996.

MEYER, E. Da Costa. La donna è móbile. *Revue Labyrinth*, 1997, č. 1-2, s. 106.

MILTON, Frank – HAFNER, Julian. The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*,

1979, vol. 36, s. 807-811. ISSN 0003-990X.

MINKOWSKI, Eugène. *Le Temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologiques*. Paris: D'Artrey, 1933, 410 s. ISBN 2130551637.

MOKREJŠ, Antonín. *Husserl a otázka „Co je normální?“* Praha: Triton, 2002, 88 s. ISBN 80-7254-308-3.

MURRAY, Michael - SARGEANT, Sally. Narrative Psychology. In HARPER, David. - THOMPSON, Andrew. R. (Eds.). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy. A Guide for Students and Practitioners*. Oxford: Wiley & Sons, 2012, 258 s. ISBN 978-0-470-66370-7.

NIETZSCHE, Friedrich. *Tak pravil Zarathustra*. Praha: Vyšehrad, 2013, 300 s. ISBN 978-80-7429-375-7.

NOVOTNÝ, Vojtěch. *Papuánské (polo)pravdy*. Praha, Dokořán, 2010, 232 s. ISBN 978-80-7363-279-3

NYE, Robert, A. *The Origin of Crowd Psychology in Gustave Le Bon and the Crisis of Modern Democracy in the Third Republic*. London: Sage, 1975, 225 s. ISBN 0803999038, 9780803999039

OCHRANA, František. *Metodologie sociálních věd*. Praha: Karolinum, 2013, 158 s. ISBN 978-80-246-2380-1.

PATOČKA, Jan. *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel, 1992, 281 s. ISBN 80-202-0365-6.

PASCAL, Blaise. *Myšlenky*. Praha: Jan Laichter, 1937.

PETŘÍČEK, Miroslav. *Úvod do (současné) filozofie*. Praha: Hermann a synové, 189 s. 1997. ISBN neuváděno.

PORTER, Roy. *A social History of Madness. Stories of the Insane*. London: Orion Books, 1996, 261 s. ISBN 1-85799-502-3.

PRAŠKO, Ján., KAMARÁDOVÁ, Dana., JELENOVÁ, Daniela., et al. *Panická porucha v průběhu života a její léčba*. *Postgrad Med*, 2012, 14, s. 102-107.

- PRAŠKO, Ján., PRAŠKOVÁ, Hana. Agorafobie. In SEIFERTOVÁ, Dagmar., PRAŠKO, Ján., HORÁČEK, Jiří., HOSCHL, Cyril. (Eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 220-230.
- PŘÍHODA, Petr. O úzkosti. *Slova úzkosti*, Praha: Inicialy, 1993, s. 24 – 25.
- RABKIN, Judith G., STRUENING, ELMER, L. Life events, stress, and illness. *Science*, 1976, vol 194, no. 4269, s. 1013-1020. ISSN SSN 0036-8075.
- RABOCH, Jiří – PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003, 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
- RACHMAN, S. J. Agoraphobia: A safety signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 1984, no. 22, s. 59-70. ISSN 0005-7967
- REIK, Theodor. *Listening With the Third Ear*. New York: Farrar, Straus and Co., 514 s. 1948.
- REIK, Theodor. *The Search Within: The Inner Experiences of a Psychoanalyst*. Oxford: Farrar, Strauss and Cudahy, 1956, 657 s. ISBN
- ROAZEN, Paul. *Edoardo Weiss: The House That Freud Built*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers, 2005. 153 s. ISBN 0-7658-0270-8.
- ROSENBAUM, J. F., et al. Behavioral Inhibitions in Childhood: A Risk Factor for Anxiety Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1993, no. 1, vol. 1, s. 2-16. ISSN 1067-3229.
- SAINTSBURY, George. (Ed.). Pascal, Blaise. In *The Encyclopedia Britannica*. New York: Encyclopedia Britannica Company, 1911, 2256 s.
- SARBIN, Theodore, R. The Narrative as Root Metaphor for Psychology. In SARBIN, Theodore, R. (Ed.). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger 1986, 321 s. ISBN 0275921034.
- SARREL, Philip M. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1999, vol 180, no. 3, s. 319-324.
- SARTRE, Paul, J. *Bytí a nicota*. Praha: OIKOYMENH, 2006, 718 S. ISBN 80-7298-097-1.

SARTRE, Jean-Paul. *Existencialismus je humanismus*. Praha: OIKOYMENH, 1996, 110 s. ISBN 80-7021-1.

SEEMAN, Mary. V. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 154, no. 12, s. 1641-1647.

SEIDENBERG, Robert – DeCROW, Karen. *Women Who Marry Houses: Panic and Protest in Agoraphobia*. New York: McGraw-Hill Book, 1983. 217 s. ISBN 0-07-016284-0.

SHORTER, Edward. *The Making of the Modern Family*. London: Basic Books, 1977, 369 s. ISBN 0465097227.

SCHULTE, Christoph. *Psychopathologie des Fin de siècle: der Kulturkritiker, Arzt und Zionist Max Nordau*. Fischer Taschenbuch Verlag, 1997, 399 s. ISBN 3596136113.

SIEGL, Suzie. Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Womens Place [online]. Tampa: University of South Florida, 2001 [cit. 2013-11-23]. <<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5077&context=etd>>.

SIMMEL, Georg. *O podstate kultúry*. Bratislava: Kalligram, 2003, 222 s. ISBN 80-7149-604-9.

SITTE, Camillo. *Stavba měst podle uměleckých zásad*. Praha: ARCH, 1995. 111 s. ISBN 80-901608-1-6.

SLEPIČKOVÁ, Lenka – KVAPILOVÁ BARTOŠOVÁ, Michaela. Genderové role v rodině pohledem dětských aktérů. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2013, č. 1, roč. 14, s. 64-78. ISSN 1213-0028.

SONTAG, S. *Nemoc jako metafora. AIDS a jeho metafory*. Praha, Mladá fronta, 1997, 176 s. ISBN 80-204-0587-9.

SPENGLER, Oswald. *Soumrak západu*. Praha: Academia, 2011, 776 s. ISBN 978-80-200-1886-1

SPINOZA, Benedikt. *Etika*. Praha: Svoboda, 1977. 376 s. ISBN 80-7007-178-8

STEINBOCK, Anthony, J. Phenomenological concepts of normality and

abnormality. *Man and World*, 1995, vol. 28, s. 241-260. ISSN 1387-2842.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972. 231 s.

SWIATKOWSKI, Piotrek. *Deleuze and Guattari on the Case Study of Little Hans* [online]. <<http://www.academia.edu/3824573>>.

ŠÍPOVÁ, I. Model manželství rodičů jako ovlivňující faktor vývoje osobnosti a budoucího manželství. Praha: *Zprávy č. 70*, VÚ Psychiatrický, 1985.

TAVEL, P., POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, I. Zdraví jako norma, choroba, jako „vychýlení“. Jak se na to ptát? In NEUSAR, A., VAVRYSOVÁ, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII – Hranice normality*. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2013, 368 s. ISBN 978-80-244-3905-1.

TROTTER, David. The Invention of Agoraphobia. *Victorian Literature and Culture*, 2004, vol. 32, no. 2, s. 463–474. ISSN 1060-1503.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VAN DEN BERG, Jan, H. *The Phenomenological Approach to Psychiatry. An Introduction to Recent Phenomenological Psychopathology*. Springfield, Charles C. Thomas, 1995.

VAN VOSE, Ruth, H. *Agoraphobia*. London: Faber and Faber, 1986, 228 s. ISBN 0-571-11753-8.

VIDLER, Anthony. *Warped Space: Art, Architecture, and Anxiety in Modern Culture*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press, 2000, 301 s. ISBN 0-262-22061-X.

VYMĚTAL, J., et al. *Speciální psychoterapie (Úzkost a strach)*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 2000, 481 s. ISBN 80-86123-15-4.

WEBER, Max. *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I*. Tübingen: J. C. B. Mohr, 1988, 579 s. ISBN 3825214885.

WEEKES, C. Simple, effective treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, vol. 32, s. 357-369. ISSN 0002-9564.

WHALLEY, Lawrence. The ageing brain. Hachette UK, 2012, 196 s. ISBN 0297645870.

WIENER, Philip. P. G. M. Beard and Freud on „American Nervousness“. *Journal of the History of Ideas*, 1956, vol. 17, s. 269-274.

WILLI, J. *Psychologie lásky. Osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál. 2006.

WITTCHEN, Hans-Ulrich, et al. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 2010, vol. 27, s. 113–133. ISSN 1520-6394.

WORRINGER, Wilhelm, R. *Abstraction and Empathy: A Contribution to the Psychology of Style*. New York: International Universities Press, 1953. 75 s.

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Informovaný souhlas pro participantky výzkumu

Příloha číslo 2 - Seznam otázek, podklad k vytvoření „scénáře“

Příloha číslo 3 - Transkripce rozhovorů – návod

Příloha číslo 4 – Narativní analýzy externích hodnotitelů

Příloha číslo 5 – Čestné prohlášení

Příloha číslo 6 – Text týkající se výzkumu – prosba o účast na výzkumu

Příloha číslo 7 – Doslovné přepisy vedené s participantkami výzkumu