

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
FILOZOFICKÁ FAKULTA



ÚVODNÉ KAPITOLY DO ZÁKLADNÝCH MODELOV SYSTEMICKEJ TERAPIE

UČEBNICA PRE VYSOKÉ ŠKOLY

ONDREJ KALINA

KOŠICE 2026

Učebnica "Úvodné kapitoly do základných modelov systemickej terapie" je čiastkovým výstupom projektu VEGA: 1/0654/25 *Problémové sledovanie pornografie u mladých dospelých: prierezová a longitudiálna analýza rizikových, protektívnych faktorov a dôsledkov s ním súvisiacich.*

Úvodné kapitoly do základných modelov systemickej terapie

Učebnica pre vysoké školy

Autor:

Mgr. Ondrej Kalina, PhD.

Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta, UPJŠ v Košiciach

Recenzenti:

Doc. Beáta Gajdošová, PhD.

Súkromná prax, psychoterapeut

PhDr. Ľubica Repková, PhD.

Katedra klinickej psychológie a psychológie zdravia, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove



CC BY-NC-SA Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 4.0

Licencia umožňuje dielo voľne zdieľať a upravovať len s uvedením autora, bez komerčného použitia a za podmienky, že všetky odvodené diela budú šírené pod rovnakou licenciou.

Za odbornú a jazykovú stránku publikácie zodpovedá autor.

Dostupné od: 12. 05. 2026

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

DOI: <https://doi.org/10.33542/UKZ-0518-4>

ISBN 978-80-574-0518-4

Obsah

1	Krátky historický exkurz: od psychoanalýzy ku systemickej terapii	6
2	Filozofické východiská systemickej terapie	8
2.1	Všeobecná teória systémov, General System Theory (GST)	9
2.2	Kybernetika	10
2.3	Konštruktivizmus a sociálny konštrukcionizmus	12
2.3.1	Postmoderné vplyvy	13
2.4	Etická a relačná (vzťahová) epistemológia	14
3	Biologické a sociálne východiská systemickej terapie	16
3.1	Biologické základy	16
3.1.1	Kognícia	17
3.1.2	Vzťah „Ja – Ty“	19
3.1.3	Zhrnutie prínosu Humberta Maturanu a Francesca Varelu.....	20
3.1.4	Záver	22
3.2	Rozšírenie biologických konceptov smerom k sociálnym systémom	23
3.2.1	Komplexita a jej redukcia.....	23
3.2.2	Význam (sense) a jeho hranice	24
3.2.3	Dvojitá kontingencia v komunikácii	24
3.2.4	Trojfázový výber v komunikácii.....	25
3.2.5	Zhrnutie prínosu Niklasa Luhmanna pre systemické prístupy v terapii a poradenstve.....	26
4	Praktické uplatnenie filozofických východísk v rôznych systemických smeroch	28
4.1	Čo je skutočné?	28
4.2	Kauzalita: Čo je príčinou čoho?	29
4.3	Jazyk a rekurzivita: Ako vytvárame sociálne skutočnosti?	31
5	Systemické chápanie „problémov“	33
5.1	Systémy determinované problémom	33
5.2	Čo je problém?	33
5.2.1	Ako sa vytvárajú problémy	34
5.2.2	Môžu byť problémy užitočné?	35
5.2.3	Ako si udržať problém – návod na chronifikáciu	36
5.2.4	Ako si úspešne udržať problém – praktický návod	37
6	Od kybernetiky ku konštrukcii reality: Evolúcia systemického myslenia a jeho vplyv na terapeutické školy a prax	39
6.1	Milánska škola systemickej terapie	40
6.1.1	Hlavné rysy a nástroje Milánskej školy	41
6.1.2	Milánske princípy – Hypotetizovanie, Cirkularita, Neutralita	41

6.1.3	Fázy milánskeho modelu terapie	46
6.1.4	Vývoj a vplyv	47
6.1.5	Praktické príklady.....	48
7	Krátka terapia zameraná na riešenie.....	49
7.1	Stručná história terapie zameranej na riešenia (SFBT).....	49
7.2	Predpoklady SFBT so zameraním na riešenia	49
7.3	Možné vysvetlenia a dôkazy účinku SFBT	50
7.4	SFBT v kontexte iných psychoterapeutických prístupov: kognitívno-behaviorálna a problémovo orientovaná terapia.....	52
7.5	Techniky, proces a metodológia SFBT.....	53
7.5.1	Druhé a nasledujúce stretnutie	62
7.6	Kazuistika	63
7.7	Zhrnutie a záver	64
8	Naratívny prístup v systemickej terapii.....	67
8.1	Kľúčové koncepty naratívnej terapie.....	68
8.2	Zdravie verzus dysfunkcia	68
8.3	Proces zmeny a terapeutické prostredie v naratívnej terapii	69
8.4	Terapeutický proces v naratívnej terapii.....	70
8.4.1	Hodnotenie a diagnostika	70
8.4.2	Ciele a fázy naratívnej terapie	71
8.4.3	Techniky v naratívnej terapii.....	72
8.4.4	Silné stránky a obmedzenia	76
8.5	Kazuistika	78
9	Zhrnutie a záver.....	82

Úvod

Predstavte si rodinu ako živý organizmus. Každý jej člen má svoju jedinečnú úlohu, vlastný hlas a rytmus, no skutočný obraz sa ukáže až vtedy, keď začneme vnímať všetky hlasy spolu – ako orchestrálnu partitúru. V tomto celku sa odohráva dráma každodenného života: nedorozumenia, konflikty, ale aj láska a vzájomná podpora. Systemická terapia sa práve na tento „orchestrálny“ pohľad špecializuje. Nezaujíma ju len izolovaný jednotlivec a jeho symptómy, ale celé siete vzťahov, ktoré mu dávajú zmysel a súčasne môžu byť zdrojom ťažkostí. Korene systemickej terapie siahajú do polovice 20. storočia, keď sa psychológovia a psychiatri začali inšpirovať novými vedami o komplexite – najmä kybernetikou a teóriou systémov. Tieto disciplíny ukázali, že správanie jednotlivých častí nemožno pochopiť bez ohľadu na celý celok, že každá zmena vyvoláva reťazovú reakciu a že stabilita systému sa udržiava prostredníctvom spätnej väzby. Aplikované na rodiny to znamenalo, že problémy jednotlivca môžu byť v skutočnosti „signálom“ či „správou“ o tom, čo sa deje v celom rodinnom prostredí.

Systemická terapia preto kladie dôraz na cirkularitu: každý čin je zároveň reakciou aj podnetom pre ďalšie činy. Ak sa dieťa prestane učiť, nemusí to byť iba jeho osobné zlyhanie – môže ísť o reakciu na napätie medzi rodičmi, na očakávania starých rodičov, či na nevy povedané pravidlá v rodine. Terapeut sa tak stáva sprievodcom, ktorý pomáha rodine uvidieť tieto interakčné kruhy a skúša, ako by sa mohli roztočiť iným smerom. Čím viac sa systemická terapia vyvíjala, tým jasnejšie sa ukazovalo, že terapeut nie je neutrálna postava „zvonku“, ale spolutvorca novej reality. V 80. rokoch preto do popredia vstúpila tzv. kybernetika druhého rádu, ktorá zdôraznila, že každý rozhovor je spoločným konštruovaním významov. Terapeut a klienti sa tak stávajú partnermi pri hľadaní nových príbehov o rodine, o sebe samých a o možnostiach, ktoré sa pred nimi otvárajú.

Súčasná systemická terapia predstavuje pluralitné a metodologicky flexibilné pole, ktoré integruje rôzne prístupy – od strategických a štruktúrálnych modelov až po naratívne a kolaboratívne smery. Napriek tejto rozmanitosti však ostáva zachovaný spoločný základ: dôraz na kontext, vzťahy a procesy konštruovania reality. Cieľom tejto učebnice je poskytnúť čitateľovi nielen teoretické ukotvenie, ale aj analytické nástroje, ktoré umožnia systemické myslenie aplikovať v terapeutickej aj výskumnej praxi.

Táto kniha je určená študentom magisterského stupňa, ktorí sa chcú hlbšie oboznámiť s týmto spôsobom myslenia a naučiť sa uvažovať o psychologických problémoch v kontexte komplexných systémov.

1 Krátky historický exkurz: od psychoanalýzy ku systemickej terapii

Začiatky psychoterapie ako autonómnej disciplíny, odvodenej z medicíny aj psychológie, siahajú do poslednej štvrtiny 19. storočia. V súlade so svojimi zdrojmi v medicíne ako aplikovanej prírodnej vedy bolo osobné utrpenie v tomto období chápané ako symptóm prejavujúci sa navonok vnútornou psychickou poruchou, ako vystúpenie na povrch nesprávne vyvážených psychických energií. Predpokladalo sa, že ak proces vnútropsychického viazania vrodenných energií neuspeje prostredníctvom adekvátneho prepojenia s bezprostredným prostredím, zanechá to traumatické defekty v osobnosti, ktoré potom nevedome zasahujú do realizácie vedomých cieľov v dospelom živote a tým vyvolávajú utrpenie (Gabbard, 2021). Úloha terapeuta bola preto chápaná ako vytvorenie vzťahového prostredia, v ktorom by tieto „defekty“ mohli byť analyticky odhalené a spracované. Psychoanalýza a jej zodpovedajúca psychopatológia sa modelovali podľa paradigmy mechaniky. Jej hlavným predmetom záujmu bolo vnútorné fungovanie psychického aparátu (psychodynamika); jej hlavným cieľom bolo nájsť spôsoby, ako doň preniknúť prostredníctvom narušenia jeho rezistencie voči odhaleniu, aby sa stal analyzovateľným (Wampold & Imel, 2015; Shedler, 2010).

Počas prvej štvrtiny 20. storočia došlo k čiastočnému posunu v orientácii. Experimentálny prístup k učeniu priniesol mechanickú predstavu správania (podmieňovania) v pojmoch vstupov a výstupov sprostredkovaných zatiaľ nevysvetliteľným mechanizmom (organizmus). Záujem o psychické procesy bol považovaný za mentalistický a nezaujímavý pre vedecké skúmanie. Jediné, na čom záležalo, bolo pozorovateľné – teda podnety a reakcie (správanie) (Skinner, 1953). Uplatňovanie princípov učenia v liečbe sa však začalo až po 2. svetovej vojne, keď veľké skupiny veteránov potrebujúcich psychologickú starostlivosť zahltili existujúce liečebné kapacity. Táto nová vetva terapie, behaviorálna terapia, tvrdila, že v porovnaní s psychoanalýzou dokáže podstatne skrátiť dĺžku liečby a vedecky preukázať svoju účinnosť (Eysenck, 1952; Kazdin, 2017). V podstate psychopatologický predpoklad tohto prístupu vychádzal z toho, že utrpenie pramení buď z naučeného neadaptívneho správania, alebo z nenaučeného adaptívneho správania. Problematické správanie už nebolo chápané ako symptóm abnormálneho aparátu, ale ako samotná choroba; aplikáciu medicínskeho modelu na behaviorálne javy tak bolo možné opustiť. Cieľom tejto terapeutickkej orientácie bolo v zásade podporiť učenie sa chýbajúceho a odučiť sa neadekvátneho (Hofmann, 2022).

V čase, keď sa začala rozvíjať behaviorálna terapia, teda v 50. rokoch, sa objavili aj ďalšie dva hlavné prúdy psychoterapie, ktoré vyrástli z praxe. Prvým bol tzv. humanistický alebo fenomenologický prístup, ktorý nadobudol význam v 60. rokoch, a druhým rodinná terapia, ktorá sa rozvinula v 70. rokoch. V diele Carla Rogersa (1951; 1961), hlavného predstaviteľa humanistického smeru, je ústredná pozornosť venovaná osobe klienta v jeho celistvosti. Psychopatologické problémy, ktorými sa terapia zaoberá, sú v tomto prístupe chápané ako dôsledok rušivých skúseností, ktoré bránia osobnosti v inak normálnom rozvoji (rozvíjaní svojich možností). Úlohou terapeuta je vytvoriť interpersonálne prostredie, ktoré klientovi umožní naplno zažiť sám seba a tým sa oslobodiť od prekážok. Aby sa tak mohlo stať, terapeut sa musí zamerať na klienta a zdržať sa odcudzujúcich diagnostických či intervenujúcich postojov a správania (Angus et al., 2015). Cieľom terapie je pomôcť klientovi stať sa plne seberealizujúcou osobnosťou, pričom moderný výskum potvrdzuje kľúčovú rolu terapeutického vzťahu práve v tomto procese (Norcross & Lambert, 2019).

Ako možno odvodiť z vyššie uvedeného, krátka história psychoterapie sa pomaly posúva od analógií z medicíny a fyziky (mechaniky) k psychologicky založeným modelom. Pokiaľ ide o psychopatológiu, jej pôvod sa presúva z vnútorného psychického priestoru do

interpersonálneho (učenie, skúsenosť, sociálna interakcia); pokiaľ ide o terapiu, jej koncepty sa menia od predstavy sociálne abstinentného analytika k predstave aktívneho účastníka sociálneho vzťahu. Ďalším krokom v tomto vývoji je rozšírenie zamerania na sociálnu sieť, ktorej je človek súčasťou. Tento krok uskutočňuje rodinná terapia (Goldenberg et al., 2017; Carr, 2019).

Táto nová prax psychoterapie sa objavila súčasne na viacerých miestach v USA a v Európe. Reagovala na pragmatické ťažkosti, ktoré vznikali najmä pri liečbe mladých schizofrenikov a mladistvých delikventov. Ako sa dozvedáme od Harryho Goolishiana (Anderson & Goolishian, 1992), jedného z vtedajších inovátorov, tímy experimentujúce s tým, čo sa neskôr stalo „rodinnou terapiou“, prekračovali hranice akceptovaných štandardov (t. j. individuálnej liečby), a to bez podpory svojich inštitúcií či iných tímov. Tími praktici si všimli, že väčšina mladých tzv. schizofrenikov sa počas ústavnej liečby zotavila, no mnohí z nich sa po návrate do rodín vracali so závažnými relapsmi. Skôr v snahe porozumieť dynamike týchto relapsov než s úmyslom rozšíriť terapiu na rodinu si začali všimnúť pravidelnosti v intrafamiliárnom správaní, ktoré – ak by sa podarilo vyvolať ich zmenu – mohli zvýšiť pravdepodobnosť trvalého zotavenia. Tento prevažne pragmatický vedľajší produkt skúmania zo strany praktikov viedol k rozširujúcemu sa repertoáru nových terapeutických techník, ktoré však spočiatku nemali oporu v konzistentných teoretických konceptoch (Ludewig, 2011).

Gregory Bateson, ktorý sa spolu s J. Haleyom a D. D. Jacksonom a ďalšími podieľal na snahe porozumieť schizofrenickej komunikácii v nemocnici pre veteránov v Palo Alto v Kalifornii, začal do tejto oblasti prinášať teoretické východiská tým, že využil **kybernetiku**¹ ako prostriedok na opis a vysvetlenie fungovania rodín prostredníctvom komplexných, cirkulárne usporiadaných vzorcov správania (Bateson, 1972). Kľúčovým sa stalo chápanie sebaregulatívnych spätnoväzbových slučiek, ktoré udržiavajú homeostatickú stálosť v rodinách. Na tomto diele následne pokračoval Paul Watzlawick s kolegami v Mental Research Institute v Palo Alto (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Z tohto hľadiska je rodina vnímaná ako otvorený systém, ktorý sa usiluje zachovať svoju štruktúru stabilnú aj napriek vonkajším tlakom. Symptómy sú chápané ako sebaregulatívne mechanizmy udržiavajúce homeostázu systému, teda ako negatívne spätné väzby redukujúce fluktuácie. Symptómy sú tak implicitne funkčné. To, že sú napriek tomu označované ako dysfunkčné, vyplýva z odchýlky od normatívnych očakávaní, ako by mali členovia rodiny fungovať. Utrpenie pramení z nemožnosti zastaviť takéto „dysfunkčné“ procesy. V tomto kontexte je terapia modelovaná na potrebe znovu zregulovať fungovanie systému prostredníctvom zásahov zvonka (Minuchin, 1974; Selvini-Palazzoli et al., 1978). V závislosti od orientácie terapeuta sa ciele terapie pohybujú od reštrukturalizácie rodiny cez prerušenie jej dysfunkčných komunikačných vzorcov až po logické riešenie jej nevhodných svetonázorov.

Rozvoj rodinnej terapie dosiahol svoj vrchol v roku 1978, pokiaľ ide o celospoločenské uznanie, keď milánsky tím publikoval svoje mimoriadne účinné výsledky práce s rodinami mladých schizofrenikov (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978). Ich koncepty spájajú myšlienky kybernetikov a teoretikov komunikácie a systémov s praxou do koherentnej a efektívne použiteľnej podoby. V roku 1980 švajčiarsky psychiater Gottlieb Guntern (1980) napokon vyhlásil Kopernikovskú revolúciu v psychoterapii, ktorou označil radikálnu zmenu od analytického paradigmatu založeného na Newtonovej fyzike k systemickému paradigmatu vychádzajúcemu z modernej teórie systémov a príbuzných disciplín. Koncom 70. rokov sa v tejto oblasti začal šíriť rastúci záujem o teóriu systémov, samoorganizáciu a ich

¹ Kybernetika v kontexte systemických terapií znamená prenesenie princípov riadenia, spätnej väzby a regulácie zo sveta technických a prírodných systémov do sveta ľudských vzťahov a komunikácie. Vychádza z toho, že rodina, skupina alebo akýkoľvek sociálny systém funguje podobne ako „samo-regulačný organizmus“ – správanie jednotlivcov je vzájomne prepojené a udržiava určitú rovnováhu.

epistemologické dôsledky (von Foerster, 1984; Maturana & Varela, 1987). Historickým prínosom rodinnej terapie je, že obrátila pozornosť na pojmy ako vzorce a procesy namiesto prvkov a stavov, na komplexitu, interpersonálnu dynamiku a cirkularitu namiesto črt, intrapersonálnej dynamiky a lineárnej kauzality. Systemická terapia k tomu v podstate pridáva posun v orientácii od objektivismu ku konštruktivismu (Gergen, 2015; Schlippe & Schweitzer, 2016). To teda znamená aj epistemologický posun. V nasledujúcej kapitole budú predstavené základné filozofické východiská, ktoré viedli k formovaniu systemických prístupov.

2 Filozofické východiská systemickej terapie

Filozofické východiská systemickej terapie sú hlboko zakorenené v rôznych epistemologických a ontologických rámcoch, ktoré sa časom vyvíjali. Systemická terapia, najmä v kontexte rodinnej terapie, bola výrazne ovplyvnená postmodernou filozofiou, ktorá zdôrazňuje dôležitosť kontextu, jazyka a sociálnych konštruktov pri pochopení ľudského správania a vzťahov. Tento filozofický posun viedol ku kritickému skúmaniu tradičnej dichotómie medzi ontológiou (štúdium bytia) a epistemológiou (štúdiom poznania), ako zdôraznil Pocock, ktorý tvrdí, že systemická psychoterapia sa často dopúšťa epistemologického omylu tým, že uprednostňuje otázky vedomostí nad otázkami existencie (Pocock, 2013). Táto kritika je nevyhnutná pre pochopenie toho, ako systemická terapia vyvinula svoje teoretické základy a praktické aplikácie.

Okrem toho integrácia rôznych filozofických perspektív, ako je radikálny konštruktivismus, formovala výcvik a prax systemickej terapie v Európe, najmä v krajinách ako Nemecko a Rakúsko. Welter-Enderlin poznamenáva, že systemická paradigma bola ovplyvnená formálnymi aj neformálnymi aspektmi ľudskej komunikácie, ktoré prelínajú kognitívne a afektívne procesy (Welter-Enderlin, 2005). Toto spojenie racionality a emócií odráža holistický prístup k terapii, kde je prvoradé pochopenie jednotlivca v rámci jeho vzťahového kontextu. Systemická perspektíva povzbudzuje terapeutov, aby zvažovali širšie sociálne a kultúrne príbehy, ktoré ovplyvňujú dynamiku rodiny, čím podporujú komplexnejšie pochopenie problémov duševného zdravia.

Systemická terapia čerpá okrem postmoderných vplyvov aj z celostných filozofií, ktoré zdôrazňujú prepojenosť mysle a tela. Koncept filozofie „celostných systémov“, ako ho rozoberajú Kanherkar a kol., podčiarkuje dôležitosť zaobchádzania s jednotlivcami ako s integrovanými bytosťami, a nie ako s izolovanými časťami (Kanherkar a kol., 2017). Tento holistický prístup je relevantný v systemickej terapii a rezonuje s rôznymi postupmi doplnkovej medicíny, ktoré obhajujú jednotný pohľad na zdravie a pohodu. Rozpoznanie prepojenia tela a mysle je v systemickej terapii kľúčové, pretože umožňuje terapeutom riešiť mnohostrannú povahu ľudských skúseností a vzťahov.

Filozofické základy systemickej terapie sa tiež prelínajú s **naratívnu terapiou**², ktorá zdôrazňuje úlohu osobných a kultúrnych naratívov pri formovaní individuálnych identít a skúseností. Larner diskutuje o tom, ako sa naratívna terapia zhoduje s postmodernou teóriou,

² *Naratívna psychoterapia je terapeutický prístup, ktorý vychádza z presvedčenia, že ľudia si konštruujú svoj život a identitu prostredníctvom príbehov (narratives), ktoré o sebe rozprávajú. Psychické problémy nie sú v tomto prístupe vnímané ako inherentné vlastnosti osoby, ale ako dôsledok „problémom dominujúcich príbehov“ alebo sociálnych a kultúrnych kontextov, ktoré tieto príbehy formujú. Cieľom terapie je externalizovať problém (odlíšiť osobu od problému), skúmať, spochybniť a prekonštruovať problematické naratívy a podporiť klienta v budovaní alternatívnych, posilňujúcich príbehov, ktoré umožňujú zmenu správania, postojov a vzťahov.*

čo naznačuje, že obe oblasti môžu ťažiť zo zdieľanej epistemológie, ktorá oceňuje subjektívne skúsenosti jednotlivcov (Larner, 2000). Táto perspektíva povzbudzuje terapeutov, aby prijali „nevedomý“ postoj, ktorý umožňuje klientom skúmať ich príbehy bez vnucovania terapeutovej odbornosti. Takýto prístup podporuje spoluprácu a umožňuje klientom znovu písať svoje príbehy, čím posilňuje ich pôsobenie v terapeutickom procese.

Okrem toho, vývoj systemickej terapie možno chápať cez optiku pragmatizmu, ktorý predpokladá, že vedomosti sú konštruované prostredníctvom interakcií v špecifických kontextoch. Tento filozofický postoj sa odráža v praktikách pracovnej terapie, kde súhra medzi pragmatizmom a štrukturalizmom formuje terapeutické prístupy (Hooper & Wood, 2002). V systemickej terapii pragmatizmus povzbudzuje terapeutov, aby zostali prispôsobiví a reagovali na jedinečné potreby každého klienta, pričom si uvedomujú, že účinné intervencie musia byť založené na realite ich prežívaných skúseností.

Kritické skúmanie filozofických základov systemickej terapie sa rozširuje aj na etické implikácie praxe. Integrácia rôznych filozofických perspektív si vyžaduje reflektívny prístup k terapii, kde sa praktizujúci musia orientovať v zložitosti dynamiky moci, kultúrnych príbehov a etických úvah. Toto je obzvlášť dôležité v kontexte naratívnej terapie, kde kolaboratívna povaha terapeutického vzťahu vyvoláva otázky o autorite a odbornosti (Buys, 2022). Prijatím rovnostárskeho prístupu môžu systémickí terapeuti vytvoriť terapeutické prostredie, ktoré rešpektuje autonómiu a zastupovanie klientov.

Stručne povedané, filozofické pozadie systemickej terapie sa vyznačuje bohatou súhrou postmoderných, holistických a pragmatických perspektív. Tieto rámce nielen informujú o teoretických základoch systemickej terapie, ale formujú aj jej praktické aplikácie v klinickom prostredí. Uznávaním dôležitosti kontextu, rozprávania a spolupráce sa systémická terapia naďalej vyvíja ako dynamický a citlivý prístup k starostlivosti o duševné zdravie.

Systemická terapia je založená na rôznych filozofických a epistemologických tradíciách, ktoré zdôrazňujú vzájomnú súvislosť ľudských skúseností a kontextový charakter poznania. Od svojich počiatkov čerpala zo všeobecnej systémovej teórie, kybernetiky a konštruktivistického myslenia, aby sformulovala spôsob chápania jednotlivcov nielen ako izolovaných entít, ale aj ako časti širších systémov – rodín, sociálnych sietí a kultúrnych kontextov. Nižšie sú uvedené niektoré kľúčové filozofické základy, ktoré formovali systémickú terapiu:

2.1 Všeobecná teória systémov, General System Theory (GST)

Všeobecná teória systémov (GST), ktorú vyvinul biológ Ludwig von Bertalanffy (2015), predpokladá, že zložité entity – či už sú to biologické organizmy, ekosystémy, sociálne kolektívy alebo rodiny – možno najlepšie pochopiť skúmaním interakcií a vzťahov medzi ich časťami. Namiesto izolácie jedného komponentu s cieľom porozumieť fenoménu GST zdôrazňuje vzájomnú závislosť všetkých komponentov v rámci systému. Von Bertalanffy pôvodne formuloval GST ako odpoveď na obmedzenia redukcionistickej vedy, ktorá mala tendenciu študovať entity tak, že ich rozdelila na menšie časti. Na rozdiel od toho táto teória predpokladá, že mnohé javy vznikajú iba vtedy, keď sa časti spoja ako celok, čím sa vytvárajú vznikajúce vlastnosti, ktoré nemožno vysvetliť skúmaním častí izolovane.

Jednou z definujúcich črt GST je holizmus, ktorý zastáva názor, že systém je viac než len súčet jeho častí. V kontexte systemickej terapie to znamená, že jednotlivci v rámci rodiny nie sú chápaní ako samostatné, do seba uzavreté jednotky. Namiesto toho môže byť rodina konceptualizovaná ako živý, dynamický systém, v ktorom zmeny v správaní, emóciách alebo okolnostiach jedného člena nevyhnutne ovplyvňujú všetkých ostatných členov. Napríklad v rodine s tínedžerom, ktorý začal nosiť domov zlé známky a sponchybňovať dôležitosť vzdelania, terapeut, ktorý sa riadi zásadami GST, nezameriava len na zvyky alebo motiváciu tínedžera. Namiesto toho sa terapeut pozerá na celé rodinné prostredie a pýta sa, ako sa môžu komunikačné vzorce, rodičovské očakávania, súrodenecké roly a kultúrne alebo sociálne

vplyvy vzájomne prepojit', aby prispeli k rozpusteniu problému. Je možné, že rodičia neúmyselne posilnili určité správanie tým, že všetku svoju pozornosť venovali akademickým úspechom dieťaťa, zanedbávajú emocionálnu pohodu tínedžera a iné úspechy. Takže „akademický problém“ možno lepšie chápať ako systémový problém, ktorý zahŕňa vzťahové vzorce medzi všetkými členmi rodiny.

GST nás povzbudzuje, aby sme sa vzdialili od lineárnych vysvetlení alebo „príčin a následkov“ a skôr sa priblížili ku kruhovej kauzalite. V lineárnom rámci by človek mohol povedať: „Dieťa zlyháva v testoch, pretože je lenivé“. Ale v kruhovom rámci môžu byť akademické zlyhania dieťaťa ovplyvnené rodinnou dynamikou a môžu ju ovplyvniť. Napríklad rodičovský tlak by mohol viesť dospelujúceho k otáľaniu a vyhýbaniu sa učivu, čo následne zvyšuje rodičovskú úzkosť, čo vedie k väčšiemu tlaku. Táto spätná väzba zahŕňa princíp kruhovej kauzality (cirkulárnej kauzality), v ktorej je každá časť systému príčinou aj následkom.

V praxi môže systemický terapeut pozvať celú rodinu na sedenie, aby priamo pozoroval ich interakcie. Pomocou genogramov môže terapeut vizuálne načrtnúť vzťahové spojenia, ktoré môžu udržiavať daný problém. Napríklad terapeut, ktorý si všimne, že matka a dospelujúca dcéra sa neustále hádajú o zákaze vychádzania, by si mohol všimnúť, že otcov postoj „neutrality“ neúmyselne prehľbuje konflikt, pretože matka sa cíti bez podpory. Osvetlením týchto systémových vzorcov terapeut pomáha rodine vidieť, ako akcie a reakcie každého člena ovplyvňujú všetkých ostatných, čím umožňuje produktívnejšie spôsoby vzťahov a riešenia problémov.

Ilustračný príklad

Príklad 1: Predstavme si rodinu s dospelujúcou dcérou, ktorá odmieta večerať s rodinou. Nesystémová perspektíva to môže označiť ako dcérinu „vzburu“ alebo individuálnu poruchu prijmu potravy. Perspektíva GST by tiež skúmala, ako matkina úzkosť o vzhľade, otcove prísne pravidlá večere a vystrájanie súrodencov spoločne prispievajú k správaniu dcéry. Pochopením dynamiky vzťahov systému môže terapeut pomôcť rodine reorganizovať jej vzorce – v tomto prípade potenciálne znížiť stres pri jedle a otvoriť empatickejšie komunikačné kanály.

Príklad 2: V pracovnom prostredí, ak tím neustále nedodríava termíny projektu, čisto individualistický prístup môže vybrať jedného „problémového zamestnanca“. Pomocou GST môže konzultant vidieť, že sa nedodríva termíny v dôsledku zlyhania komunikácie medzi rôznymi oddeleniami, nejasných definícií rolí a konfliktných štýlov riadenia. Riešenie zahŕňa úpravu celého systému – zlepšenie komunikácie, vyjasnenie rolí a zosúladenie prístupov vedenia – a nie len zameranie sa na jedného zamestnanca.

2.2 Kybernetika

Kybernetika vzišla zo štúdia procesov a mechanizmov v technológii a biológii – najznámejšie vďaka práci Norberta Wienera (2019) a Gregoryho Batesona (1972) – so zameraním na to, ako informácie prúdia v systéme a ako spätné väzby udržiavajú stabilitu alebo podporujú zmeny. V rodinnom kontexte kybernetika zdôrazňuje úlohy, ktoré komunikačné vzorce a procesy spätnej väzby zohrávajú pri udržiavaní určitého správania alebo interakčných štýlov.

Kybernetika prvého rádu

Kybernetika prvého rádu, často označovaná jednoducho ako „kybernetika“, umiestňuje pozorovateľa mimo systém, ktorý sa pozerá dovnútra. Predpokladá, že systém (napr. rodina) je samoregulačná entita, ktorá sa snaží udržiavať homeostázu, podobne ako termostat, ktorý

upravuje vykurovací systém tak, aby udržiaval konštantnú teplotu. V rodinnej terapii koncept homeostázy podčiarkuje, ako si rodina môže vytvoriť stabilné, ale niekedy problematické vzorce. Napríklad, ak 12 ročný syn opakovane zvracia, keď sa rodičia začnú hádať, tak toto správanie môže paradoxne slúžiť na zjednotenie rodičov v záujme o zdravie syna, čím odvracajú pozornosť od ich manželského konfliktu a dočasne obnovujú stabilitu rodiny.

Príklad:

Predstavte si pár, Máriu a Jána, ktorí sa často hádajú o finančných záležitostiach. Keď ich deväťročná dcéra Lily počuje zvýšené hlasy, náhle „zasiahne“ a sťažuje sa na bolesť brucha alebo nevoľnosť. Obaja rodičia sa okamžite zamerajú na Lilyinu „zdravotnú krízu“ a zhromaždia sa, aby ju utešili. Z kybernetického hľadiska možno symptóm Lily vnímať ako spätnú väzbu, mechanizmus, ktorý pomáha udržiavať rovnováhu systému. Zatiaľ čo hádky rodičov zostávajú nevyriešené, rodina cyklickým spôsobom využíva Lilyino nepohodlie ako prostriedok na stabilizáciu interakcií.

Slučky spätnej väzby: negatívne vs. pozitívne

Kybernetika predstavila myšlienku negatívnych a pozitívnych spätných väzieb. Záporná spätná väzba pôsobí proti odchýlkam od normy a pomáha systému vrátiť sa k nastavenej hodnote (homeostáza). Pozitívna spätná väzba však zosilňuje zmeny a môže viesť k prechodom alebo eskaláciám v rámci systému. Napríklad, ak budú Lilyini rodičia čoraz viac znepokojení jej bolesťami žalúdka, môžu ju vziať k viacerým špecialistom, čím sa Lily neúmyselne stotožní s „chorou rolou“. Toto zvýšené zameranie by mohlo viesť k ďalším somatickým sťažnostiam – cyklu pozitívnej spätnej väzby, ktorý zosilňuje pôvodné správanie.

Dopad na terapeutické intervencie

Terapeuti využívajúci kybernetické princípy môžu použiť strategické intervencie na „prerušenie“ neužitočných spätných väzieb. Strategický rodinný terapeut by napríklad mohol predpísať úlohu, ako napríklad inštruovať Lily, aby si dobrovoľne „naplánovala“ bolesti brucha. Táto paradoxná direktíva môže priniesť rodinný vzor do vedomého uvedomenia, narušiť automatický cyklus eskalácie a podporiť nové vzorce komunikácie. Využitím kybernetických princípov môžu terapeuti zasahovať do komunikačných slučiek rodiny, aby podporili zdravšie a adaptívnejšie interakcie.

Kybernetika druhého rádu

Kým kybernetika prvého rádu vidí terapeuta alebo pozorovateľa ako externého voči systému, kybernetika druhého rádu robí radikálny krok: navrhuje, aby bol pozorovateľ nevyhnutne súčasťou pozorovaného systému. Tento posun presadzovali teoretici ako Heinz von Foerster, Humberto Maturana a Francisco Varela, ktorí zdôrazňovali obmedzenia „objektívnej“, oddelenej perspektívy.

Pozorovateľ ako účastník

V kybernetike druhého rádu je terapeut považovaný za spolutvorcu reality v rámci terapeutického stretnutia. Názor, že „mapa nie je územie“, sa posúva o krok ďalej: neexistuje žiadna mapa nezávislá od osoby, ktorá ju nakreslila. Napríklad systemický terapeut, ktorý vstupuje na rodinné sedenie, nevyhnutne prináša svoje vlastné presvedčenia, predsudky a predpoklady, ktoré ovplyvňujú reakcie rodiny a terapeutické smerovanie. To znamená, že terapeutické otázky, interpretácie a intervencie formujú (a sú nimi formované) vyvíjajúci sa príbeh rodiny. V praxi môže terapeut, ktorý silne verí v otvorený emocionálny prejav, venovať osobitnú pozornosť tomu, ako rodina potláča pocity, a viesť rozhovor k emocionálnemu

odhalení. Iný terapeut s orientáciou skôr na správanie sa môže zamerať na konkrétne činy a posilnenie. Každý prístup spoluvytvára inú „systémovú realitu“ v terapeutickú miestnosť.

Reflexivita – príklad:

Predstavme si rodinného terapeuta, ktorý pracuje s párom, ktorý má odlišné kultúrne zázemie. Terapeut si môže všimnúť, že hádky páru sa točia okolo rodičovských štýlov. Na základe kybernetiky druhého rádu terapeut uznáva, že ich vlastné kultúrne normy môžu ovplyvniť to, ako vnímajú „správne“ rodičovstvo. Aby terapeut zostal reflexívny, mohol by páru otvorene povedať: „Všimol som si, že mám tendenciu vnímať pokojnú diskusiu ako „správny spôsob“ riešenia konfliktov, ale tiež si uvedomujem, že v niektorých kultúrach je vášnivá debata formou a prejavom blízkosti. Poďme preskúmať, ako každé z vašich kultúrnych prostredí prispieva k vášmu komunikačnému štýlu.“ Pomenovaním svojich vlastných potenciálnych predsudkov terapeut pozýva skôr na spoločné skúmanie, než aby rodine vnucoval vonkajší štandard.

Spoluvytváranie zmyslu

Kybernetika druhého rádu tiež zdôrazňuje, že význam sa spoluvytvára v terapeutickom dialógu. Otec, ktorý hovorí: „Obávam sa, že môj syn neprejavuje žiadnu úctu“, môže byť vedený k tomu, aby preskúmal, ako sa terapeutova interpretácia „rešpektu“ zhoduje alebo líši od jeho vlastnej. Terapeutická miestnosť sa tak stáva priestorom, kde zo synergie medzi terapeutom a klientom môžu vzniknúť nové významy, príbehy a možnosti. Postupom času môže tento prístup založený na spolupráci pomôcť odstrániť strnulé, problémami nasýtené príbehy a otvoriť cesty k alternatívnym perspektívam a riešeniam.

2.3 Konštruktivismus a sociálny konštrukcionizmus

Konštruktivismus predpokladá, že jednotlivci si poznatky aktívne vytvárajú, namiesto toho, aby ich pasívne prijímali, pričom priekopníkmi tohto hnutia sú autori ako Piaget (1970) a von Glasersfeld (1995). Na tieto klasické východiská nadväzujú aj novšie práce, ktoré rozvíjajú konštruktivistické chápanie poznania v kontexte súčasnej psychológie a pedagogiky (napr. Bruner, 1990; von Glasersfeld, 2005; Fosnot, 2013; Hein, 2012).

Sociálny konštrukcionizmus rozširuje konštruktivismus tým, že sa zameriava na to, ako jazyk, kultúra a mocenská dynamika formujú zdieľané reality. Medzi vplyvných mysliteľov v tejto oblasti patria Gergen (2015) a Shotter (1993), pričom súčasné prístupy zdôrazňujú diskurzívne a relačné aspekty poznania (napr. Burr, 2015; Gergen & Gergen, 2011; McNamee, 2015; Anderson, 2012).

Spoločne tieto perspektívy spochybňujú predstavu objektívnej reality a namiesto toho naznačujú, že pravda a poznanie sú produktmi interpretačných komunit formovaných historickými, kultúrnymi a jazykovými kontextami (Gergen, 2015; Burr, 2015).

Konštruktivismus a sociálny konštrukcionizmus sú epistemologické rámce, ktoré výrazne ovplyvňujú systemickú terapiu. Obidve pristupujú k poznaniu nie ako k neutrálnemu odrazu objektívnej reality, ale ako k aktívnemu procesu – konštruovanému jednotlivcami (v prípade konštruktivismu) alebo spoločne konštruovanému v sociálnych a jazykových kontextoch (v prípade sociálneho konštrukcionizmu), čo sa odráža aj v súčasných terapeutických prístupoch zdôrazňujúcich dialóg, reflexivitu a spolu-konštrukciu významu (napr. Anderson, 2012; McNamee, 2014; Seikkula & Arnkil, 2014).

Konstruktivistické princípy

Konstruktivistickí myslitelia tvrdia, že každý jednotlivec si vytvára svoju vlastnú verziu reality na základe osobných skúseností, kognitívnych procesov a interpretácií (Piaget, 1970; von Glasersfeld, 1995; Bruner, 1990). Táto perspektíva je príkladom, keď si dvaja súrodenci pamätajú spoločnú udalosť z detstva veľmi odlišne (Neisser & Fivush, 1994; Schacter, 2012). Jeden súrodenec si možno spomína na sviatky ako radostné a bezstarostné, druhý ich vníma ako napäté a plné konfliktov. Konstruktivistické hľadisko by namiesto toho, aby naznačovalo, že jeden súrodenec vníma sviatky „nesprávne“, navrhovalo, aby pamäť každého súrodenca bola platná, tvorená ich jedinečným výhľadom a emocionálnymi filtrami (Neisser & Fivush, 1994; Schacter, 2012).

V terapii konstruktivistickí praktici zdôrazňujú zvedavosť o tom, ako sa v priebehu času vytváral svetonázor rodiny alebo jednotlivca (Mahoney, 2003; Neimeyer, 2009). Napríklad konstruktivistický terapeut môže vyzvať členov rodiny, aby sa podelili o svoje „prežité príbehy“ hádky: Čo si všimli? Aké predpoklady urobili o svojich zámeroch? Keď si členovia rodiny vymieňajú svoje názory, môžu sa objaviť nové vzájomné porozumenia, ktoré často dláždia cestu pre zmenu vo vzťahoch (Neimeyer, 2009; Anderson, 2012).

Sociálny konštrukcionizmus a jazyk

Sociálni konštrukcionisti, čerpajúci z diel Gergena a iných, rozširujú konstruktivistické princípy do sociálnej a lingvistickej oblasti (Gergen, 2009; Burr, 2015). Naznačujú, že realitu formuje jazyk, kultúra a sociálna interakcia (Gergen, 2009; Burr, 2015; McNamee, 2014). Takže význam „úspech“, „láska“ alebo „disciplína“ nie je pevne stanovený, ale neustále sa o ňom rokuje prostredníctvom rozhovorov a kultúrnych diskurzov (Shotter, 1993; Burr, 2015). Príkladom terapie môže byť pár, ktorý sa opakovane háda o „rešpektovaní“ jeden druhého. Sociálny konštrukcionistický prístup by ich vyzval, aby dekonštruovali pojem „rešpekt“ – pýtali sa, čo to znamená pre každého partnera, ako sa tieto významy naučili od rodiny alebo spoločnosti a ako prejavujú alebo signalizujú rešpekt vo svojich každodenných interakciách (Anderson, 2012; McNamee, 2014).

Re-authoring konverzácií – príklad:

Konkrétny príklad poskytuje naratívna terapia, často spojená so sociálnymi konštruktivistickými princípmi. Naratívny terapeut môže pozorovať, že dospelávajúci klient si osvojil príbeh „lenivosti“. Prostredníctvom starostlivých techník kladenia otázok a opätovného vytvárania významov, terapeut pomáha dospelávajúcim identifikovať výnimky z tohto príbehu (momenty usilovnosti alebo nadšenia) a skúmať, ako kultúrne očakávania týkajúce sa „produktivity“ formujú ich sebadôveru. Pritom tínedžer začne prepisovať svoj osobný príbeh a prechádza od toho, že sa považuje za prirodzene lenivého, k poznaniu situačných faktorov a osobných silných stránok, ktoré boli zatienené. Tento proces môže posunúť vnímanie a interakcie rodiny v súvislosti s problémom, podporovať pozitívnejšie zmeny v správaní a sebapoňatí.

2.3.1 Postmoderné vplyvy

Postmodernizmus, ovplyvnený mysliteľmi ako Michel Foucault (1977), Jacques Derrida (1978) a Jean-François Lyotard (1979), spochybňuje univerzálne pravdy a veľké príbehy („grand narratives“). Zdôrazňuje mnohosť perspektív a sociálno-politickú povahu „pravdy“. V terapii sa postmoderné ideály spájajú so sociálnym konštrukcionizmom, čím podporujú postoj zvedavosti a spoločného vytvárania významu, namiesto riešenia riadených odborníkmi. Postmoderná filozofia spochybňuje existenciu univerzálnych právd, veľkých naratívov a objektívneho poznania, namiesto toho tvrdí, že koexistujú viaceré reality závislé od

kontextu. Táto perspektíva hlboko ovplyvnila systemickú terapiu, najmä prostredníctvom prístupov, ako je kolaboratívna terapia, terapia zameraná na riešenie a už spomínaná naratívna terapia.

Mnohopočetnosť realít

Z postmoderného hľadiska to, čo sa považuje za „pravdivé“ alebo „skutočné“, vyplýva z jazyka, mocenských štruktúr a spoločenských dohôd (Foucault, 1977; Lyotard, 1979; Gergen, 2009). V rámci rodiny teda každý člen drží potenciálne platnú verziu udalostí (Gergen, 2009; Anderson, 2012). V terapii tento pohľad podporuje skôr otvorenosť voči všetkým perspektívam, než privilegovanie jedného „expertného“ účtu (Anderson, 2012; McNamee, 2014). Napríklad, ak matka hovorí, že problémom jej dieťaťa je „nedostatok disciplíny“, zatiaľ čo otec obviňuje „tlak školy“, postmoderný terapeut by sa pokúsil pochopiť, ako každá perspektíva vychádza z rôznych skúseností, vedomostných základov a kultúrnych diskurzov (Gergen, 2009; Burr, 2015). Namiesto toho, aby terapeut označil jeden uhol pohľadu za správny, uznáva viacero naratívov a uľahčuje dialóg, ktorý rešpektuje prínos každého človeka (Anderson, 2012; McNamee, 2014).

Terapeut ako spolupracovník

Jedným zo znakov postmoderných prístupov je myšlienka, že terapeut nie je vševediaci autorita, ale skôr spolupracovník alebo konverzačný partner (Anderson, 2012; Gergen, 2009). V terapii zameranej na riešenie napríklad terapeut používa techniky ako „záračná otázka“ a škálovanie otázok, aby klientov vyzval, aby si predstavovali nové možnosti a spoluvytvárali riešenia (de Shazer, 1985; de Shazer et al., 2007). Tieto otázky vychádzajú z predpokladu, že klienti sú expertmi vo svojom vlastnom živote a môžu generovať zmysluplné riešenia, keď dostanú správny priestor na reflexiu (de Shazer et al., 2007; Berg & Dolan, 2001). Klasickým príkladom je opýtanie sa rodiča: „Ak by sa dnes večer nejakým zázrakom vaše dieťa zajtra zobudilo a problém bol preč, aké by bolo prvé malé znamenie, ktoré by ste si všimli?“ Táto otázka presúva pozornosť od analýzy problémov až po predstavenie a vyjadrenie želanej budúcnosti (de Shazer et al., 2007).

Dekonstrukcia dominantných diskurzov

Postmoderná filozofia zahŕňa aj dekonštrukciu alebo kritiku mocou zaťažených diskurzov, ktoré formujú osobné identity a rodinné vzťahy (Foucault, 1977; Derrida, 1978; White & Epston, 1990). Napríklad matka, ktorá sa cíti vinná za to, že nie je „dokonalým rodičom“, môže byť ovplyvnená spoločenskými diskurzmi idealizujúcimi materstvo (Hays, 1996; Burr, 2015). Postmoderná terapeutka by mohla preskúmať, ako tieto vonkajšie štandardy ovplyvňujú jej zmysel pre seba, a pomôcť jej zistiť, ako môže odolať alebo predefinovať tieto normy (White & Epston, 1990; Anderson, 2012). Tento proces často znižuje pocity hanby alebo zlyhania, čím otvára cestu autentickjším a sebaurčným spôsobom rodičovstva a interakcie s členmi rodiny (White & Epston, 1990; McNamee, 2014).

2.4 Etická a relačná (vzťahová) epistemológia

Systemická terapia zahŕňa aj etický a vzťahový rozmer do epistemológie – ako sa navzájom spoznávame a spájame. Vzťahová epistemológia podčiarkuje, že ľudské bytosti sú zásadne prepojené a každý čin alebo presvedčenie je formované a formuje náš vzťahový kontext. Táto perspektíva čerpá z mysliteľov ako Emmanuel Levinas a Martin Buber, ktorí zdôrazňovali nadržanosť etickej zodpovednosti voči „Iným“.

Prvenstvo vzťahu

Z tohto hľadiska nie je priestor medzi ľuďmi len prázdnu medzerou, ale miestom, kde sa rozvíjajú etické a vzťahové praktiky. V systemickej terapii nie je otázka len „Ako vyriešime problém?“ ale aj „Ako sa eticky staráme a rešpektujeme každého človeka v tomto systéme?“ Napríklad pri práci so zmiešanou rodinou orientujúcou sa v nových rolách a mocenských štruktúrach by vzťahová epistemológia zdôrazňovala spravodlivosť, vzájomný rešpekt a otvorenú komunikáciu. Terapeut môže uľahčiť konverzáciu, v ktorej má každý člen príležitosť vyjadriť svoje obavy a nádeje, čím sa zabezpečí, že nebude dominovať jediný uhol pohľadu. Pritom terapeut podporuje prostredie, ktoré rešpektuje dôstojnosť a prežívanú skúsenosť každého človeka.

Etické a vzťahové prístupy tiež zdôrazňujú dôležitosť dynamiky moci. V akomkoľvek rodinnom systéme môžu určití členovia – často rodičia, ale aj starší súrodenci alebo členovia širšej rodiny – disponovať väčším sociálnym alebo kultúrnym kapitálom. Okrem toho rodiny žijú v širších spoločenských kontextoch, ktoré môžu marginalizovať alebo privilegovať konkrétne skupiny. Napríklad rodina imigrantov môže čeliť jazykovým bariéram a diskriminácii, ktoré znásobujú vnútorné napätie vo vzťahoch. Terapeut, ktorý si osvojí vzťahovú epistemológiu, rozpoznáva tieto širšie vplyvy a zabezpečuje, aby sa terapia zaoberala nielen vnútornou rodinnou dynamikou, ale aj vonkajšími stresormi, čím podporuje holistickejšiu a spravodlivejšiu prax.

Príklad z praxe:

Predstavme si scenár, v ktorom pár rieši konflikt kvôli disciplíne detí. Otec, vychovávaný v prísnom prostredí, verí v pevné tresty; matka, ovplyvnená nežným rodičovským diskurzom, považuje tvrdú disciplínu za neetickú. Vzťahová epistemológia by povzbudila terapeuta, aby pomohol páru preskúmať nielen ich osobné skúsenosti, ale aj kultúrne normy a mocenskú nerovnováhu vo vzťahu. Možno dominuje otcov hlas, zatiaľ čo matka sa cíti nevy počutá. Terapeut by sa zameral na obnovenie zmyslu pre vzájomný rešpekt a spoločné rozhodovanie a naviedol ich k stratégii disciplíny, ktorá je v súlade s ich vyvíjajúcou sa vzťahovou etikou. Namiesto diktovania, ktorá metóda je „správna“, terapeut podporuje rodinu v spoločnom vytváraní rámca pre disciplínu, ktorý rezonuje s ich zdieľanými hodnotami, kontextom a etickými úvahami.

Otázky:

1. *Ako sa líši epistemologický prístup systemickej terapie od tradičných psychologických prístupov?*
2. *V čom spočíva rozdiel medzi konštruktivizmom a sociálnym konštrukcionizmom v terapeutickej praxi?*
3. *Ako postmoderné myslenie ovplyvnilo rolu terapeuta a chápanie „pravdy“ v terapii?*
4. *Aký význam má jazyk pri konštruovaní reality podľa systemických prístupov?*
5. *Ako možno aplikovať princípy vzťahovej epistemológie v práci s klientom?*
6. *Aké etické implikácie vyplývajú z predpokladu, že realita je spolukonštruovaná?*

3 Biologické a sociálne východiská systemickej terapie

Zrod systemickej terapie

Významný vplyv na formovanie systemickej terapie, ako ju poznáme dnes, mali myšlienky dvoch čilských neurobiológov, konkrétne Humberta Maturanu a Francisca Varelu. Ako prvý ich myšlienky do Európskeho priestoru „priviezol“ americký psychológ Paul Dell na prednáške v Zurichu v roku 1981. Vďaka ich konceptom dokázal Paul Dell zásadne spochybníť teoretické základy, na ktorých dovtedy rodinné terapie stávali, a táto udalosť viedla k radikálnej zmene chápania terapeutických vzťahov (Dell, 1982). Pod vplyvom týchto nových myšlienok si skupina terapeutov okolo Kurta Ludewiga stanovila za cieľ položiť nové metateoretické základy pre psychoterapiu. V dôsledku toho sa krok za krokom vytvárala sieť teoretických koncepcií, do ktorých sa mohli zakotviť novšie praktiky systémovo orientovanej terapie. Prvý súhrnný spis o takto vytvorených konceptoch vznikol v roku 1992 v štúdiu s názvom „Systemická terapia“ (Ludewig 1992), ktorá vychádzala jednak z koncepcii Humberta Maturanu a tiež z koncepcii Niklasa Luhmana o teórii sociálnych systémov (Luhmann, 1984). Nižšie budú opísané hlavné biologické a sociologické piliere, na ktorých sa nová systemická terapia vybuďovala a následne budú popísané jej psychologické základy.

3.1 Biologické základy

Základné aspekty Maturanových koncepcií vychádzajú z jeho teórie živého – teórie autopoézy, ktorú rozvinul spoločne s Franciscom Varelom (Maturana & Varela, 1972). Na rozdiel od dovtedajšieho tradičného biologického výkladu sa Maturana neuspokojuje s jednoduchým vymenovaním čiastkových vlastností živých bytostí (napr. metabolizmus, pohyb, rast, reprodukcia). Rovnako nepracuje ani s vitalistickými vysvetleniami, ale zdôrazňuje, že živý organizmus je systém charakteristický osobitým vzájomným prepojením komponentov – tzv. autopoietickou organizáciou (Maturana, 1980). Táto organizácia zostáva funkčná a „živá“ dovtedy, kým je v súlade so svojím prostredím.

Autopoéza a jej pôvod

Termín „autopoéza“ (z gr. *autos* = „sám“; *poiein* = „tvoriť“) zaviedli Maturana a Varela v roku 1972 v diele *De máquinas y seres vivos* (Maturana & Varela, 1972). Aby sa dal nejaký systém považovať za živý, musí spĺňať podmienky autopoieticky usporiadanej jednotky. Takáto jednotka si sama vytvára svoje zložky aj hranice, ktoré ju oddeľujú od prostredia a súčasne umožňujú jej dynamiku. Hoci sa dynamika a hranice môžu líšiť v štruktúre a funkcii, v existenciálnom zmysle spolu tvoria to, čo organizmus definuje ako „jednotku“. Príkladom je bunka, ktorá funguje ako „molekulárna továreň“ neustále produkujúca vlastné súčasti – vrátane základných stavebných molekúl aj membrán, ktoré ju topologicky ohraničujú. Ak sa tento sieťový proces na dôležitom mieste preruší alebo poškodí, prestane sa vyrábať dostatok kľúčových komponentov a autopoietická organizácia sa rozpadne (Varela, 1979).

Dôsledky pre chápanie živých bytostí

Autopoéza vysvetľuje nielen individuálnu podstatu živých bytostí, ale aj ich zapojenie do spoločenských kontextov, čo má dopad napríklad na terapeutické prístupy (Maturana & Varela, 1980; Luhmann, 1995). Maturana (1982) z toho vyvodzuje, že biologické systémy, pokiaľ sú živé, disponujú tzv. predurčenou štruktúrou, vďaka ktorej sú autonómne, operacionálne uzavreté, nie sú účelovo riadené a nepodliehajú časovému programu (Maturana & Varela, 1980; Varela, 1979). Zásadná je pritom invariancia autopoietickej organizácie – tá ostáva zachovaná, kým organizmus žije (Maturana & Varela, 1980). Štruktúra sa však môže meniť, pokiaľ sa nezmení samotná organizácia.

Aktuálna štruktúra živého systému určuje hranice, v ktorých sa môže meniť bez toho, aby prišiel o autopoietickú organizáciu (t. j. nezaničil) (Maturana & Varela, 1980; Thompson, 2007). Na základe vlastnej štruktúry si organizmus „vyberá“ také vonkajšie podnety, ktoré ho môžu meniť (Maturana, 1982). Vonkajšie vplyvy ho môžu „dráždiť“ (perturbovať) len do takej miery, akú mu dovoľuje jeho štruktúra. Nie samotný vonkajší stimul, ale vnútorné usporiadanie organizmu určuje výsledný efekt (Maturana, 1982; Varela et al., 1991). Živé bytosti žijú len dovedy, kým si dokážu generovať a udržať vlastné stavebné súčasti, a tým formovať celú svoju „fenomenológiu“ (Maturana & Varela, 1980; Thompson, 2007). Tým, že sa samy regulujú a sú autonómne, líšia sa od neživých systémov tým, že sú totožné so svojimi „produktmi“ (Varela, 1979; Maturana & Varela, 1980). Autonómiu tu možno chápať ako istú formu entelechie (úplnosti a udržateľnosti), nie ako absolútnu nezávislosť v politickom či sociálnom zmysle (Thompson, 2007).

Operacionálna uzavretosť a nemožnosť „inštruovať“

Zo spomenutého ďalej vyplýva, že živé systémy nemožno priamo „inštruovať“ na spôsob vstupov a výstupov (Maturana & Varela, 1980; Luhmann, 1995). Možno ich však „vyrušiť“ alebo „podnieť“, ak poznáme ich špecifické vlastnosti a prostredie natoľko, aby zmena v prostredí vyvolala požadované reakcie (Maturana, 1982; Bateson, 1972). Nejde teda o lineárne kauzálne pôsobenie, ale skôr o „spúšťanie“ zmien v rámci možností, ktoré daná autopoietická štruktúra pripúšťa (Maturana, 1982; Luhmann, 1995). To predstavuje kľúčovú výzvu pre systémovo poňatú klinickú teóriu: musí sa vzdať klasických predstáv o jednoznačnej kauzalite, ale zároveň ponúknuť prakticky využiteľné koncepcné nástroje (Bateson, 1972; von Foerster, 2003). Rovnako aj nervový systém funguje ako operacionálne uzavretá sieť neurónov, ktoré reagujú len v súlade so svojou štruktúrou (Maturana & Varela, 1987; Varela et al., 1991). Neexistuje teda mechanizmus, ktorý by priame neurofyziologické procesy odlíšil od čisto vnútorných či „iluzórnych“ podnetov. Rozdiel medzi ilúziou a vnemom je záležitosťou mentálnych a spoločenských procesov, nie samotnej neurofyziológie (Maturana & Varela, 1987; Thompson, 2007).

Koncepty účelov a zmyslov. Takéto pojmy pripisujú pozorovatelia, ktorí hľadajú zmysel pri pohľade na správanie živých bytostí v širšom kontexte (Bateson, 1972; Luhmann, 1995). Výrazy ako „cieľ“ či „účel“ sú teda len opisy. Z autopoézy napokon vyplýva, že živé systémy nevykonávajú žiadne ciele, programy či funkcie v zmysle vopred danej vonkajšej perspektívy; nevypovedajú o vnútornom fungovaní autopoieticky organizovaného systému (Maturana, 1982; Maturana & Varela, 1980).

3.1.1 Kognícia

Prínos Humberta Maturanu k chápaniu vnímania či kognície možno zhrnúť do nasledujúcich téz (Maturana & Varela, 1972, 1980; Maturana, 1990):

1. Kognícia človeka je biologicky determinovaná štruktúrou organizmu, nie objektmi vonkajšieho sveta.
2. Človek má operačne a funkčne uzavretý nervový systém, ktorý nerozlišuje medzi vnútornými a vonkajšími podnetmi. Preto vo svojej podstate nemožno odlíšiť vnímanie a ilúziu ani vnútornú a vonkajšiu stimuláciu.
3. Ľudská kognícia vychádza z „privátnej“ skúsenosti; ako schopnosť organizmu je zásadne viazaná na subjekt a teda je neprenosná na iné subjekty.

Z hľadiska otázky, ako človek dosahuje poznanie (kogníciu), vyplýva:

- Kognícia/poznanie nie je pravdivým zobrazením nejakej od subjektu nezávislej reality ani náhodnou či svojvoľnou konštrukciou. Slúži skôr na udržiavanie života, a teda zodpovedá štruktúrnym možnostiam a aktuálnemu stavu kognitívneho subjektu.
- Tradičná požiadavka objektivity, chápaná ako zhoda vonkajšieho a vnútorného (adaequatio rei et intellectus), prekračuje ľudskú kognitívnu kapacitu. Biologická spätosť akejkol'vek kognície a absencia mechanizmu na rozlišovanie ilúzie a vnímania obmedzujú uplatnenie objektivity len na čisto komunikatívne ciele (von Foerster, 2003).

Obsah komunikovaného poznania sa prispôsobuje biologickej štruktúre príjemcu. Komunikácia je preto nepretržitý proces, ktorý treba ustavične obnovovať, a jej efektívnosť aj informačný obsah sú determinované výlučne adresátom. Akákoľvek ekvivalencia štruktúrnych podmienok „odosielateľa“ a „príjemcu“ sa nedá zámerné dosiahnuť ani ju nemožno objektívne určiť pozorovateľom, a preto ju nie je možné uplatňovať ako kritérium vedeckého poznania či pravdy. Na ilustráciu tohto stavu Maturana zdôrazňuje, že hovoriaci nesie zodpovednosť za to, čo hovorí, nie však za to, čo je počuté a porozumené, keďže význam vzniká až v kognitívnom systéme poslucháča (Maturana & Varela, 1987; Schmidt, 2007; Thompson, 2007).

Využívanie kognície

Ak si v rámci vedeckého diskurzu želáme obmedziť svojvoľnosť a neprehľadnosť, možno ako jediné pragmatické kritérium uplatniť kritérium komunikatívnej využiteľnosti. Táto myšlienka nadväzuje na koncept schopnosti prežiť (viability) (von Glasersfeld, 1987). Kritérium je splnené vtedy, ak sa hovoriaci a adresát dokážu prostredníctvom vzájomnej výmeny optimálne zladiť v svojom zámere a postupe. Poznanie alebo vedomosť sa tu považuje za komunikatívne užitočné, ak:

1. ...ho možno sformulovať a odovzdať,
2. ...prispieva k takej úrovni koordinácie, o akú obe strany usilujú,
3. ...prináša výhodu (zisk) v porovnaní s inými poznatkami alebo s nevedomosťou.

Výzva pre systemické myslenie

Systemický prístup sa odkláňa od nádeje, že stačí dodržať určité „pravidlá hry“, aby sme od prírody (od „sveta“) získali jej skryté pravdy. Veda, ktorá by skúmala „nezávislé“ fakty bez zohľadnenia svojich dôsledkov, sa stáva anachronickou a nezodpovednou. Tento prístup, podobne ako všetka kritika zaužívaných postupov či nové interpretácie, prináša dvojité dôsledky: (a) ponúka vedcom nečakané perspektívy; (b) zároveň im odoberá istotu, ktorú mali v predchádzajúcich teóriách. Preto sa systemicko uvažujúci vedci nachádzajú v stave, keď musia posúdiť, či sú „známe“ vedecké nástroje vhodné aj v novom systéme myslenia a musia vytvoriť relevantné kritériá a nanovo definovať svoju pozíciu (Kuhn, 1962; von Foerster, 2003; Luhmann, 1995; Gergen, 2009).

3.1.2 Vzťah „Ja – Ty“

Ľudská kognícia sa zakladá na pozorovaní, ktoré je prístupné výlučne prostredníctvom opisov (Maturana & Varela, 1987; von Foerster, 2003; Luhmann, 1995). Keďže pozorovanie a opis prebiehajú v uzavretej kognitívnej sfére každého jednotlivca, ľudia si svoje kognitívne reality vytvárajú v podstate osamotene (Maturana, 1990; von Foerster, 2003). Napriek tomu však každé opisovanie predpokladá, že sme jazykovo fungujúce bytosti a teda komunikujeme (Maturana & Varela, 1987; Luhmann, 1995). Komunikácia zas vyžaduje existenciu inej bytosti, ktorá je takisto schopná opisovať (Luhmann, 1995; Gergen, 2009). Človek je teda **biologicky individuálny** a zároveň **lingvisticky sociálny** (Maturana & Varela, 1987; Gergen, 2009).

Ako samostatný tvorca vlastných realít nemá človek priamy prístup ani k objektívnemu vonkajšiemu svetu, ani k psychike iných ľudí (Maturana, 1990; von Foerster, 2003; Luhmann, 1995). Môže však vnímať (a opisovať) sám seba ako bytosť schopnú komunikovať a uvedomiť si, že existujú iné bytosti s podobnou štruktúrou, s ktorými môže zdieľať istú mieru porozumenia (Maturana & Varela, 1987; Gergen, 2009). Z toho vyvodzuje svoju vlastnú individuálnu existenciu („Ja“) a zároveň existenciu nezávislej entity – „Ty“ (Buber, 1970; Luhmann, 1995). Interakcia „Ja – Ty“ otvára priestor pre spoločnú skúsenosť a na základe nej vzniká **sociálna dimenzia** (1970; Gergen, 2009). V tomto zmysle môžeme tvrdiť, že človek „žije v rovnici: realita = komunita“ (Gergen, 2009; Luhmann, 1995).

Keďže každý poznatok je založený na diferencii, nevznikne žiadne „Ja“ bez predpokladu autonómneho, hoci štruktúrne príbuzného „Ty“ (Luhmann, 1995; von Foerster, 2003). Aj keď ide o kognitívny konštrukt, vyžaduje si existenciu komunikácie a súčasne ju umožňuje (Maturana & Varela, 1987; Gergen, 2009). Ľudia síce ostávajú voči sebe navzájom nepreskúmateľní (irelevantní v zmysle priameho prístupu k ich vnútru), no môžu si vzájomne prisúdiť štruktúrnú podobnosť a takto prakticky prekonať existujúcu priepasť (von Foerster, 2003; Luhmann, 1995). Komunikáciu možno teda chápať ako **kooperatívne riešenie problému**, ktorým ľudia prekonávajú svoju vzájomnú nepriehľadnosť (Luhmann, 1995; Gergen, 2009). V rámci „My“ – sociálneho systému – sa tak rodí špecificky ľudský vzťah medzi biologickou individualitou a spoločensko-komunikačnou identitou (Luhmann, 1995; Gergen, 2009).

Ľudský rozmer

Ľudia si vytvárajú osobitú sféru existencie – existenciu v jazyku (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1987; Luhmann, 1995). Na operačnej úrovni k interakcii dochádza vtedy, keď sa jednotlivci stretnú a „narušia“ (irritujú) jeden druhého alebo spustia vzájomné štruktúrne zmeny (Maturana & Varela, 1980; Luhmann, 1995). Opakovaním tejto interakcie sa medzi nimi postupne vytvorí štruktúrne prepojenie (Maturana & Varela, 1980; Varela et al., 1991). K konsenzu či zdieľanej senzuálnej koordinácii dochádza vďaka opakovaným interakciám (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1987). Všetky živé bytosti dokážu do istej miery koordinovať svoje správanie so správaním iných – Maturana to nazýva: primárna koordinácia správania (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1987). Človek je však schopný ísť o úroveň vyššie a tvoriť tzv. druho-stupňovú koordináciu správania (Maturana, 1978; Luhmann, 1995). Tento špecificky ľudský jav označil Maturana (1976) španielskym neologizmom „lenguajear“ („to language“ v angličtine, v nemčine ako „Linguieren“) (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1987). Tým poukazuje na to, že nejde len o používanie jazyka, ale o formu správania, ktorá nastáva vtedy, keď ľudia koordinujú už existujúcu koordináciu správania – napr. gestom alebo zvukom poukážu na to, čo majú urobiť (Maturana & Varela, 1987; Varela et al., 1991). Typickým príkladom môže byť ukázanie rukou na zatvorené dvere s cieľom, aby ich niekto otvoril a obaja mohli prejsť. V tomto prípade dôjde k „vyjadreniu“ („to language“) bez ohľadu na to, či použijeme slová alebo nie. Jazykovanie (languageing) je teda fundamentálnejšie než hovorenie (Maturana & Varela, 1987; Luhmann, 1995).

Ako samoreferenčný systém sa jazyk vzťahuje len sám na seba (Luhmann, 1995; von Foerster, 2003). V tomto zmysle „jazykovanie“ tvorí rekurzívne uzavretú oblasť, z ktorej možno vykročiť len mlčaním, pričom mlčanie však už do ľudskej komunikácie nepatrí (Luhmann, 1995). „Objekty“ nášho sveta – rovnako ako aj my sami ako pozorovatelia – vznikajú vo chvíli lingvistickej koordinácie (Maturana & Varela, 1980; Maturana & Varela, 1987). Napríklad slovo „stôl“ odkazuje výhradne na jazykové odlišenie „stola“; opisované veci pritom v sebe nemajú nič „stolové“ (Saussure, 1983; Luhmann, 1995). V porovnaní s koordináciou správania, obmedzenou na určité aktivity, je jazyková potenciálna schopnosť odlišovania prakticky neobmedzená (Maturana & Varela, 1987; Varela et al., 1991). Jazykovanie teda tvorí základ ľudskeho spôsobu života a vytvára nezávislú oblasť javov (Maturana, 1978; Luhmann, 1995). Na to odkazuje aj často citovaná veta Maturanu: „Všetko, čo je povedané, je povedané pozorovateľom pozorovateľovi, ktorým môže byť on sám“ (Maturana, 1982, s. 240).

Vysvetľovanie (Explaining)

Podľa Maturanu (1982) je vysvetľovanie procesom, pri ktorom sa preformulujú prežité situácie pomocou iných, už známych prvkov z praktického života. Platnosť takéhoto vysvetlenia je podmienená štruktúrou človeka, ktorý kladie otázku. Maturana pritom rozlišuje dve možnosti, a to podľa toho, či vysvetľujúci proces posudzujeme nezávisle od biológie pozorovateľa, alebo v jej závislosti:

1. **Ontologická realita:** V prvej možnosti predpokladáme, že existuje univerzálna ontologická realita, ktorá je pre ľudí nejakým spôsobom dostupná; výsledok potom musí spĺňať kritérium objektivity.
2. **Biologická viazanosť:** V druhej možnosti sa vychádza z toho, že človek nemá prístup k žiadnej realite nezávislej od subjektu a že všetko „skutočné“ sa zakladá na (a vracia k) pozorovaniu. Z toho vyplýva, že „realít“ je toľko, koľko je metód ich skúmania. Neexistuje teda „uni-verzum“, ale skôr *multi-verzá*.

Maturana (1982) navrhuje tzv. „zátvorkovanie“ (bracketing) objektivity, aby sme zdôraznili, že ide o konštruované skutočnosti. Aj keď sa tieto zdanlivo nemenné a nevyhnutné „reality“ v praxi často prijímajú ako reálne, sú vždy produktom nášho pozorovania. Ak ale poznanie (objav) vznikne a preukáže sa ako užitočné, v praxi ho ľudia vnímajú ako „skutočné“ (Ludewig, 2013).

Pokiaľ chceme udržať tento opisný (deskriptívny) prístup čo najjednoduchší, je podľa Maturanu a Varelu (1980) dôležité zachovávať presné „logické účtovníctvo“ (logical bookkeeping). Ide o súlad pojmov medzi pozorovaným fenoménom a opisovanou doménou javov, ktorý nás chráni pred nezlučiteľnosťou a nesprávnym používaním pojmov. Táto presnosť je mimoriadne potrebná v klinickej oblasti, najmä pri diagnostike, prognóze a hodnotení, kde sa treba vyvarovať zjednodušenému miešaniu javových oblastí (napríklad keď životné problémy opisujeme len ako analógiu telesnej choroby alebo ako dôsledok vonkajších podmienok).

3.1.3 Zhrnutie prínosu Humberta Maturanu a Francesca Varelu

Autopoéza a podstata živých systémov

Jedným z kľúčových príspevkov Maturanu a Varelu je pojem *autopoéza*, ktorý zaviedli na opis samo-tvoriacej organizácie živých systémov (Maturana & Varela, 1972). Autopoietický systém sa neustále regeneruje a udržiava tak, že premieňa či nahrádza svoje komponenty. Tým sa však nekončí len pri prežívaní; poukazuje to na to, že živé systémy vykazujú istú

„kruhovosť“ – nielenže sa prispôsobujú svojmu prostrediu, ale ho aj aktívne ovplyvňujú, pričom samy sú tiež pretvárané.

- **Význam pre psychoterapiu:** *V kontexte terapie autopoézy zdôrazňuje dôležitosť chápania jednotlivcov (a rodín) ako samoorganizujúcich sa systémov (Keeney, 1983). Namiesto toho, aby sa na klienta pozeralo ako na pasívneho príjemcu „vonkajších“ vplyvov, terapeuti, ktorí sa inšpirujú Maturanom a Varelom, považujú klientov za aktívnych tvorcov a udržiavateľov vlastných vzorcov správania, emócií či presvedčení. Terapia sa tak stáva procesom facilitácie schopnosti klientov reorganizovať tieto vzorce tak, aby boli funkčnejšie a naplňujúce.*

Štrukturálne spriahnutie a koevolúcia

Okrem autopoézy predstavili Maturana a Varela aj koncept štrukturálneho spriahnutia, ktorý označuje spôsob, akým sa živý systém a jeho prostredie (vrátane iných živých systémov) prepájajú v histórii opakovaných interakcií (Maturana & Varela, 1980). Vďaka tomuto neustálemu spriahnutiu prechádza organizmus aj jeho prostredie štrukturálnymi zmenami, ktoré udržiavajú životaschopnosť organizmu. U človeka tieto interakcie nie sú len fyzické, ale aj jazykové, emočné a sociálne.

- **Význam pre psychoterapiu:** *Tento pohľad pomáha terapeutom pochopiť, ako sa vzťahové prostredie človeka vyvíja spolu s jeho vnútorným svetom. V rodinnej terapii napríklad správanie každého člena ovplyvňuje a je ovplyvňované správaním ostatných v kruhovej dynamike (Bateson, 1972). Namiesto lineárnych kauzálnych vysvetlení („Kto to začal?“) sa terapeut inšpirovaný myšlienkami Maturanu a Varelu zameriava na to, ako jednotlivé interakcie, presvedčenia a emočné reakcie udržiavajú rodinné vzorce. Zmena hociktorého prvku tejto dynamiky môže potenciálne transformovať celý vzťahový systém (Selvini Palazzoli et al., 1978).*

Kognícia ako enaktívny a zakotvený proces

Ďalším pilierom práce Maturanu a Varelu je ich predstava kognície ako zakotveného, enaktívneho procesu (Varela, Thompson, & Rosch, 1991). Tvrdili, že poznanie nie je pasívnym „prijímaním“ vonkajšej reality; skôr vzniká prostredníctvom aktívneho zapájania sa organizmu do svojho prostredia. Tento prístup, označovaný aj ako **enaktivizmus**, zdôrazňuje, že vnímanie a činnosť sú neoddeliteľné – živé bytosti si „uvádzajú do života“ (enact) svet prostredníctvom svojich nepretržitých interakcií.

- **Význam pre psychoterapiu:** *V terapeutickej praxi enaktivizmus naznačuje, že zážitky, emócie a významy klientov vyplývajú z ich aktívnej účasti na životných situáciách (Dell, 1982). Symptómy či konflikty možno vnímať ako opakujúce sa vzorce správania, ktoré kedysi mohli mať adaptačný zmysel, no teraz obmedzujú osobný rast alebo pohodu. Terapeuti môžu klientom pomáhať v uvedomení si týchto vzorcov a pri hľadaní nových spôsobov konania a vzájomného vzťahovania sa. Techniky ako hranie rolí, zážitkové cvičenia či intervencie zamerané na všímavosť (mindfulness) sú s týmto enaktívnym pohľadom dobre zlučiteľné (Kabat-Zinn, 1990).*

Pozorovateľom podmienená realita a konštruktivizmus

Dôležitý posun, ktorý zaviedli Maturana a Varela, spočíva v tvrdení, že akékoľvek poznanie je konanie (all knowing is doing), zakotvené v biologickej štruktúre a histórii interakcií pozorovateľa (Maturana, 1988). Navrhli, že neexistuje jediná objektívna realita „tam vonku“, ktorú objavujeme; naopak, každý organizmus si „vytvára“ svet v súlade so svojou štruktúrou a spriahnutím. Z toho vyplýva **radikálna forma konštruktivizmu**: realita nie je pasívne prijímaná, ale aktívne konštruovaná pozorovateľmi.

- **Význam pre psychoterapiu:** *V klinickej praxi tento pohľad vyzýva terapeutov, aby uznali svoju vlastnú úlohu ako pozorovateľov, ktorí s klientmi spoluvytvárajú terapeutické reality (von Foerster & Pörksen, 1998). Samotný terapeutický proces sa tak stáva kolaboratívnym úsilím, v ktorom terapeut a klient (klienti) spolu vytvárajú nové naratívy a možnosti. Uvedomenie si, že „mapa nie je územie“, vedie terapeutov k tomu, aby klientom pomáhali objavovať alternatívne rámce významu. Takáto spolukonštrukcia reality klientov posilňuje prepisovanie obmedzujúcich príbehov o sebe a vytváranie adaptívnejších spôsobov fungovania (White & Epston, 1990).*

Vplyv na systemické a konštruktivistické terapie

Myšlienky Maturanu a Varelu silno rezonovali najmä v rodinnej (systemickej) terapii a konštruktivistickej psychoterapii (Maturana & Varela, 1980; Varela et al., 1991; Tomm, 2013). Dôraz na cirkulárne procesy, účasť pozorovateľa a vznikajúce významy môžeme vidieť v milánskom systéme rodinnej terapie (Boscolo et al., 1987) a tiež v postmoderných prístupoch, napríklad v naratívnej terapii (White & Epston, 1990; Monk et al., 2019) či kolaboratívnych jazykových systémoch (Anderson & Goolishian, 1992; Seikkula & Arnkil, 2014). V týchto modalitách terapeut nevystupuje ako expert, ktorý „pozná pravdu“, ale ako spolu-objavovateľ, ktorý pomáha odhaľovať, ako súčasné vzorce interakcie a interpretácie klientov vznikajú – a akým spôsobom ich možno zmeniť (Ludewig, 1992; Gergen, 2009; von Foerster, 2003; McNamee & Gergen, 1999).

3.1.4 Záver

Hlavné myšlienky, ktoré rozvinuli Humberto Maturana a Francisco Varela – autopoéza, štrukturálne spriahnutie, zakotvená kognícia a pozorovateľom podmienená realita – ponúkajú hlboké vhľady do fungovania človeka a dynamiky vzťahov (Maturana & Varela, 1980; Varela et al., 1991; Thompson, 2007; Stewart & Zediker, 2014). Tým, že prijímame konštruktivistické východiská, tieto myšlienky spochybňujú tradičné lineárne myslenie a zdôrazňujú neustále meniacu sa povahu osobných aj vzťahových systémov (Gergen, 2009; Luhmann, 1995). V psychoterapii tak prijatie perspektívy Maturanu a Varelu podporuje kolaboratívny, na proces orientovaný prístup, ktorý rešpektuje vrodené schopnosti klientov k sebaorganizácii a rastu (White & Epston, 1990; Anderson & Goolishian, 1988; Seikkula & Arnkil, 2014; Monk et al., 2019). Ich odkaz naďalej formuje rôzne smery systémových a konštruktivistických terapií a pozýva terapeutov aj klientov k neustálemu objavovaniu, transformácii a tvorivému spoluvznikaniu (co-evolution) (Maturana & Varela, 1980; Gergen, 2009; Tomm, 2013).

3.2 Rozšírenie biologických konceptov smerom k sociálnym systémom

Humberto Maturana ponúka biologicky zakotvené prístupy, ktoré sa v psychoterapii ukázali ako mimoriadne prínosné, najmä v oblasti kognitívnych a jazykových procesov (Maturana & Varela, 1980; Varela et al., 1991; Thompson, 2007). Oslobodzujú nás to nielen od prílišnej závislosti na telesných (fyzikálnych) analógiách, ale aj od rigidného trvania na takzvaných „ontologických pravdách“ (von Foerster, 2003; Gergen, 2009). Pokiaľ však ide o komunikáciu či sociálne systémy, Maturanove biologicky ladené koncepty narazia na svoje hranice, keďže Maturana všetko sociálne vníma predovšetkým ako biologický fenomén (Maturana & Varela, 1980; Maturana, 1990; Stewart & Zediker, 2014).

Podstatným doplnením sa tu stala teória nemeckého sociológa Niklasa Luhmanna, najmä jeho zásadné dielo *Soziale Systeme* z roku 1984 (Luhmann, 1984; Luhmann, 1995). Luhmannova systémová teória spoločnosti legitimizuje samostatnú oblasť javov, ktorá umožňuje vysvetľovať psychoterapeutické procesy ako typicky sociálno-komunikačné deje presahujúce biologickú rovinu (Seikkula & Arnkil, 2014; Gergen, 2009).

Pojem „systém“

Grécky základ tohto slova (*systema*) ukazuje, že ide o jeden celok vzniknutý poskladaním menších častí, pričom *syn* znamená „spoločne“ a *histanai* „ustanoviť“ (Wahrig, 1997). Systém je teda komplex či zložená jednotka, odlišiteľná od iných. Samotné systémy „neexistujú“ nezávisle; sú výsledkom ľudského pozorovania a vytvárania usporiadaných vzťahov (Luhmann, 1984).

Podľa Luhmanna je nevyhnutné pri presnom definovaní systému rozlíšiť najmä tri aspekty:

1. **Hranicu systému** (odlíšenie systému od prostredia)
2. **Komponenty, ktoré systém tvoria**
3. **Vzťahy medzi komponentmi** (t. j. to, čo drží systém pohromade)

Všetky tieto atribúty (hranica, komponenty, vzťahy) vznikajú a zanikajú spolu s tým, ako systém sám vzniká alebo zaniká. Komponenty nachádzajú svoje opodstatnenie v typoch vzťahov, ktoré zároveň umožňujú „vymedziť“ systém voči jeho okoliu. Presná definícia systému si teda vyžaduje pomenovanie jeho základných jednotiek: komponentov, vzťahov a hraníc, pričom všetky sú založené na rozlišovaní (t. j. diferenciách).

3.2.1 Komplexita a jej redukcia

Systémy sú komplexné jednotky, ktoré však zároveň redukujú komplexitu. Vznik systému nevytvára viac komplexity, ale novú formu komplexity. Samotný pojem „komplexita“ tu chápeme kvantitatívne: množina je komplexná, ak sa jej prvky nedajú úplne obsiahnuť v jednom okamihu.

Prostredie systému (environment) sa objavuje až s jeho ustavením a musí byť vždy zložitejšie než samotný systém. Bez rozdielu v úrovni komplexity by neexistovalo ani rozlíšenie medzi systémom a prostredím a systém by nebolo možné vôbec identifikovať. Hranice systému sú pritom **funkčné**: oddeľujú systém od okolia a zároveň ich spájajú. Systémy vždy komunikujú cez svoje komponenty, nie ako „celok voči celku“, a to, ako spracujú interakcie, sa riadi vnútornou operačnou (funkčnou) logikou systému, nie priamymi vonkajšími zásahmi (Luhmann, 1984; Seidl & Becker, 2006; Moeller, 2012).

Sociálne systémy v kontexte systemickej terapie

Pri uplatňovaní systemickej teórie v psychoterapeutickej praxi nadobúdajú význam najmä tie aspekty Luhmannovej teórie sociálnych systémov (Luhmann, 1997), ktoré zdôrazňujú, že sociálne systémy nie sú tvorené ľuďmi ani ich duševnými procesmi ako takými, ale skôr komunikačnými udalosťami (inštanciami) a spôsobom, akým sa tieto udalosti prepájajú (Moeller, 2012; Seidl & Becker, 2006; Schoeneborn et al., 2019).). Luhmann navrhuje, aby sme pri definovaní sociálneho systému považovali komunikačné udalosti za jeho základné komponenty; vzťahy medzi nimi (t. j. vytváranie prepojení medzi jednotlivými komunikáciami) vytvárajú sieť, ktorá vymedzuje samotný systém. Hranica systému sa potom definuje ako mentálna hranica. Luhmann preberá od Humberta Maturana koncept autopoézy, rozširuje ho však nielen na biologické, ale aj na mentálne a sociálne systémy. Všetky tieto systémy si vytvárajú a udržiavajú vlastnú identitu tým, že formujú rozdiely – a tým môžu byť označené ako autopoietické. Jednotlivé typy systémov sa však líšia základnou operáciou svojej autopoézy:

- **Biologické systémy** pracujú s molekulárnymi procesmi
- **Mentálne a sociálne systémy** spracúvajú zmysel (sense) – v prípade mentálnych systémov ako **vedomie**, v prípade sociálnych ako **komunikáciu**

Ak by sme sociálne systémy definovali ako zložené z ľudí, ako to naznačuje Maturana, neboli by v Luhmannovom zmysle autopoietické, pretože sociálne systémy „nevyrábajú“ ľudí, ale produkcia sa tu odohráva na úrovni komunikácie, ktorá generuje ďalšiu komunikáciu. Jednotlivé akty komunikácie sa viažu na určitý význam (sense), čím sa zároveň vytvára hranica systému. Nevyhnutné biologické či psychické procesy, ktoré komunikáciu umožňujú, patria do inej fenomenálnej roviny (sú súčasťou „prostredia“), a teda nedefinujú samotný sociálny systém (Luhmann, 1997; Schoeneborn et al., 2019).).

3.2.2 Význam (sense) a jeho hranice

Zmysel ako stratégia selekcie správania v podmienkach vysokej komplexity zahŕňa všetko, čo „má zmysel“ alebo „dáva zmysel“. Ide o formálny pojem, ktorý nemožno premeniť na svoj opak či poprieť (Luhmann, 1995). Zmysel je samoreferenčný; vždy odkazuje späť na iný zmysel: Luhmann vyjadruje túto myšlienku parafrázou „nedá sa nemať zmysel“ (Luhmann, 1971, s. 12).

Informácia ako súčasť komunikácie nepôsobí na prijímateľa priamo, ale len vtedy, ak nájde v jeho vnútornej štruktúre vhodné predpoklady na spracovanie. Inými slovami, systém (prijímateľ) si sám vyberá, čo bude považovať za informáciu, a či ju interpretuje ako vlastnú akciu alebo ako vonkajší podnet (Luhmann, 1995). Zmysel je zároveň nestabilný a musí sa neustále obnovovať. Každá konkrétna významová štruktúra sa v nasledujúcom okamihu môže zmeniť. Táto radikálna premenlivosť je kľúčová v psychoterapeutickej teórii aj praxi, pretože umožňuje chápať a meniť ľudské problémy v rámci sociálno-komunikačných interakcií, kde zmysel vzniká, zaniká alebo sa transformuje (Schoeneborn et al., 2019)

3.2.3 Dvojité kontingencie v komunikácii

Každá komunikácia sa podľa Luhmanna vyznačuje vzájomnou neurčitou a „nepriehľadnosťou“. Samoreferenčné systémy, ktoré sú operačne uzavreté, nemajú priamy prístup k vnútornému fungovaniu iných systémov. Ani detailné pozorovanie neumožní plne obsiahnuť ich celkovú „operačnosť“, pretože v opačnom prípade by došlo k splyvaniu oboch systémov (Luhmann, 1984). Systémy založené na zmysle (sense) čelia kontingencii, čiže vždy môžu byť aj inak, než práve sú. Komunikácia tak musí prekonať problém vzájomnej nepriehľadnosti účastníkov.

Luhmann (1984) tento jav označuje ako dvojité kontingenciu: každý z partnerov sociálnej interakcie si uvedomuje, že druhý môže konať či interpretovať rôzne veci, pričom túto nejasnosť vnímajú obaja. Aby sme sa napriek tomu mohli orientovať voči akcii druhého, musíme podstupovať riziká – nejasnosť vyvoláva potrebu vyjasnenia. Podľa Luhmanna práve táto difúzna východisková situácia vynucuje tvorbu sociálnych štruktúr (Seidl & Becker, 2006; Schoeneborn et al., 2019). Každé konanie selektuje z množiny možností a tým znižuje komplexitu, čo umožňuje komunikácii pokračovať.

Keďže komunikácia v spoločnosti je založená na zdieľaných symboloch, nikdy nejde o „čistú“ dvojité kontingenciu. V kontexte dvojitej kontingencie zohrávajú zásadnú úlohu očakávania, ktoré sa stávajú štrukturálnym prvkom pre vznik a udržiavanie sociálnych systémov (Luhmann, 1984). Tento fenomén pôsobí **autokatalyticky**: už tým, že nevieme, čo druhý urobí, sme nútení riskovať, dôverovať či interpretovať. Nepravdepodobnosť, neistota a neurčitost' tak zároveň vedú k vytváraniu ich opaku. Luhmann zdôrazňuje, že človek, ktorý by sa snažil všetky riziká obísť nedôverou, by v spoločnosti neprežil – dôvera je preto nevyhnutnou odpoveďou na dvojité kontingenciu.

Teória komunikácie

Základom komunikácie sú akcie. Rozdiel medzi akciou a komunikáciou však umožňuje, aby sa oba pojmy často miešali. Akcia sa viaže na jedného aktéra, zatiaľ čo komunikácia (z lat. *communicare* = „spoločne konať“, „spájať“) predpokladá najmenej dvoch účastníkov – odosielateľa a príjemcu. Preto je možné upraviť známe Watzlawickovo axióma „Nemožno nekomunikovať“ na formu „Nemožno nemať zmysel“ (Watzlawick et al., 1967). Jednoduché gesto rukou môže byť „pochopené“ buď ako čisto telesný pohyb (akcia), alebo ako zamávanie – všetko závisí od toho, ako ho aktuálna štruktúra príjemcu interpretuje.

3.2.4 Trojfázový výber v komunikácii

Podľa Niklasa Luhmanna (1984) je komunikácia trojstupňový proces výberu:

1. **Informácia** – odosielateľ vyberá, čo chce sprostredkovať
2. **Forma správy (message)** – odosielateľ určuje spôsob, akým informáciu podá
3. **Porozumenie** – príjemca aktívne vyberá, či a ako odliší informáciu od správy (t. j. rozhoduje, či vníma daný akt len ako informáciu, alebo ho interpretuje ako správu)

Porozumenie tu neznamená „správne“ dekódovanie významu, ale fakt, že pozorované konanie vôbec považujeme za správu, a nie len za bezvýznamný podnet. Ak príjemca vníma správanie odosielateľa ako správu, nezáleží na tom, či ho odosielateľ takto zamýšľal. Keďže ide o operačne uzavreté systémy, k bežnému repertoáru komunikácie prirodzene patria aj nepochopenie, klam či zamlčanie, ktoré netreba pokladať len za „omyly“ (Schoeneborn et al., 2019).

Proces komunikácie

Izolované komunikačné akty (napr. príkazy, krátke pozdravy či volania o pomoc) sú skôr výnimkou. Typicky sa komunikácia spája do procesov, ktoré pozostávajú z viacerých navzájom prepojených udalostí. Táto reťazová povaha komunikácie spôsobuje redundancie (opakované motívy) aj diferencie (nehody či nové prvky), nielen konsenzus. Práve prostredníctvom redundancie vznikajú stabilnejšie štruktúry, zatiaľ čo rozdiely otvárajú priestor pre nesúhlas, protest či alternatívne návrhy. V dôsledku toho zostáva sociálny systém – podobne ako nervová sústava – v stave neustáleho vzrušenia (excitácie), ktorého intenzitu môže prostredie do istej miery ovplyvňovať, no nie úplne ovládať (Maturana & Varela, 1980).

Koncept „člena“ (member) v interakčných sociálnych systémoch

Vychádzajúc z Luhmannových myšlienok, môžeme sociálne systémy na úrovni face-to-face interakcií (napr. terapia) pojať ako sled komunikačných udalostí, ktoré však formujú a ovplyvňujú ľudí (Luhmann, 1997). Na pochopenie dynamiky takéhoto interakčného systému v psychoterapii navrhuje Ludewig (1992) premostenie medzi biologickým človekom a sociálnou komunikáciou prostredníctvom pojmu „člen“ (member). „Člen“ je abstraktný funkčný operátor, ktorý konštituuje a stabilizuje proces komunikácie. Vzniká prostredníctvom komunikácie a neustále sa mení; existuje len v rámci prebiehajúceho komunikačného procesu (Anderson, 2012). Komunikačné operácie tvoria a pretvárajú „členov“ ako operačnú súdržnosť, ktorú pozorovateľ sleduje len nepriamo – cez samotné reťazce komunikácií. „Člen“ tu teda funguje ako „prepojenie“ medzi účastníkmi: podobne ako výpočtové procesy (softvér) potrebujú hardvér, tak komunikácia potrebuje biologicky a psychicky disponovaných ľudí, ktorí dané „členstvo“ stelesnia (Ludewig, 1992).

Ľudia a ich „členstvá“ sú štrukturálne prepojení, ale vzájomne sa nepriamo „nevyrábajú“. Napríklad formalizovaná alebo ritualizovaná účasť na nejakej aktivite nevyžaduje neustálu mentálnu reflexiu, kým sa daná osoba vedome nezamyslí nad svojou účasťou. Človek a „člen“ patria do dvoch rôznych fenomenálnych rovín – biologickej a sociálnej. Človek nikdy nie je priamo „členom“ sociálneho systému; môže však „poskytnúť“ biologické a psychické štruktúry, na ktoré sa členstvo viaže (komunikácia ich využíva na svoje fungovanie) (Moeller, 2012; Schoeneborn et al., 2019). Pre klinickú teóriu je toto rozlíšenie medzi človekom, členom a rolou užitočné:

- „Človek“ je biologická bytosť
- „Člen“ je sociálny operátor reprezentujúci konkrétnu akciu v komunikácii
- „Rola“ je všeobecný program pre určitú triedu členstiev (napr. policajt, terapeut)

V psychoterapeutickej situácii ľudia stelesňujú rôzne roly (terapeut – klient), pričom každý komunikačný akt prináša do interakcie nové „členstvo“.

3.2.5 Zhrnutie prínosu Niklasa Luhmanna pre systemické prístupy v terapii a poradenstve

Niklas Luhmann rozvinul v 70.–90. rokoch 20. storočia komplexnú sociálnu teóriu systémov, ktorá zásadne ovplyvnila aj chápanie človeka, vzťahov a komunikácie v systemickej terapii a poradenstve. Jeho teória predstavuje epistemologický a ontologický základ pre mnohé moderné systemické školy (napr. Milánsku školu, postmilánsky dialógový prístup, naratívnu terapiu či konštruktivistické formy poradenstva) (von Schlippe & Schweitzer, 2016; Moeller, 2012).

1. Posun od „systému rodiny“ k „systému komunikácie“

Kým rané systemické prístupy (napr. Bateson, Minuchin, Haley) chápali systém ako sieť vzťahov medzi ľuďmi, Luhmann posunul dôraz na komunikáciu ako základnú jednotku sociálneho systému. Z jeho pohľadu ľudia nie sú súčasťou systému, ale komunikácia sama vytvára systém. Pre terapiu to znamená, že zmena sa nedeje „v jednotlivcoch“, ale v spôsobe, akým systém (napr. rodina, tím, organizácia) komunikuje.

2. Autopoiesis a operatívna uzavretosť

Luhmann adaptoval pojem autopoiesis od biologických teoretikov Maturanu a Varelu: systémy sa samy reprodukovujú prostredníctvom vlastných operácií. Sociálne systémy robia to prostredníctvom komunikácie, psychické systémy prostredníctvom vedomia. Pre terapiu z toho vyplýva, že žiadny systém nemôžeme priamo „meniť zvonku“ – môžeme iba ponúkať podnety,

ktoré systém môže (alebo nemusí) internalizovať ako súčasť svojej vlastnej zmeny. Terapia sa tak chápe nie ako „zásah“, ale ako komunikačný proces, ktorý vytvára priestor pre nové významy.

3. Diferenciácia systémov a pozorovanie druhého rádu

Luhmann zdôrazňuje, že každý systém funguje na základe vlastnej logiky a kódov, ktoré sa líšia od iných systémov (napr. rodina, škola, zdravotníctvo, právo). Systemický terapeut teda musí rozumieť, že každý klient alebo skupina funguje podľa vlastných významových pravidiel. Pojem pozorovanie druhého rádu (pozorovanie toho, ako iní pozorujú) sa stal jedným z kľúčových princípov postmoderných systemických prístupov: terapeut nehodnotí, ale reflektuje, ako klienti konštruujú realitu – a pomáha im vidieť ju z iného uhla.

4. Konštruktivizmus a zmena perspektívy

Luhmannova teória vychádza z radikálne konštruktivistického pohľadu: neexistuje objektívna realita, len pozorovania reality v rámci rôznych systémov. Systemický terapeut teda nie je expert na „pravdu“, ale facilitátor dialógu, ktorý umožňuje vznik nových interpretácií. To ovplyvnilo aj praktické techniky, ako je cirkulárne kladenie otázok (M. Selvini Palazzoli, K. Tomm) či reflektujúce tímy (T. Andersen).

5. Praktický dopad na terapiu a poradenstvo

Luhmann poskytol systemickým prístupom teoretickú oporu pre chápanie:

- a) terapie ako autonómneho komunikačného systému
- b) zmeny ako emergentného javu vznikajúceho v komunikácii
- c) klienta ako pozorovateľa druhého rádu, ktorý sa učí pozorovať vlastné spôsoby interpretácie
- d) a terapeuta ako spolutvorcu nových významov, nie experta na riešenie.

V kontexte systemickej terapie a poradenstva Luhmann priniesol hlbokú epistemologickú reflexiu: ukázal, že systémy sa menia len zvnútra, prostredníctvom komunikácie a reinterpretácie významov. Jeho teória podporila prechod od lineárneho k cirkulárnemu mysleniu, od príčin k vzťahom, od diagnózy k dialógu.

Otázky:

1. *Ako koncept autopoézy mení chápanie človeka v psychoterapii?*
2. *Čo znamená, že živý systém je operacionálne uzavretý, a aké sú dôsledky pre terapiu?*
3. *Ako Maturanova teória kognície spochybňuje tradičné chápanie objektivity?*
4. *Aký je význam pojmu „dvojitá kontingencia“ v komunikácii podľa Luhmanna?*
5. *Ako možno prepojiť biologické a sociálne koncepty v systemickej intervencii?*
6. *Prečo nemožno klienta „inštruovať“, ale iba „perturbovať“?*

4 Praktické uplatnenie filozofických východísk v rôznych systemických smeroch

Myšlienky Humberta Maturanu, Francisca Varelu a Niklasa Luhmanna zásadne ovplyvnili vývoj druhej vlny systemických psychoterapeutických prístupov. Maturanova a Varelova teória autopoiesis a koncept enaktívneho poznania priniesli do psychoterapie pohľad na človeka a rodinu ako sebaorganizujúce systémy, ktoré vytvárajú vlastnú realitu prostredníctvom komunikácie. Luhmannova teória sociálnych systémov rozvinula túto perspektívu tým, že zdôraznila komunikáciu ako základný prvok systému a terapeuta ako súčasť pozorovacieho procesu, nie externého experta. Tieto myšlienky sa stali filozofickým a epistemologickým základom Milánskej školy, naratívnej terapie i riešenieorientovaných prístupov, ktoré chápu terapiu ako spoločné vytváranie nových významov a možností v rámci dialógu. Ešte predtým, ako si bližšie predstavíme tri vyššie spomínané prístupy, najprv sa pozrieme na **základné otázky**, s ktorými sa spoločne zaoberajú.

4.1 Čo je skutočné?

Maturana (1982) zdôrazňuje, že systém nie je niečo, čo sa pozorovateľovi jednoducho „ukazuje“, ale niečo, čo pozorovateľ sám rozpoznáva. Tento pohľad vystihuje podstatu systemickej epistemológie: systém neexistuje nezávisle „tam vonku“, ale nadobúda význam iba vo vzťahu k tomu, kto ho pozoruje a ako ho chápe. Pozorovateľ teda aktívne rozhoduje, ako rozčleniť komplexnú realitu na časti, ktoré pomenúva ako „človek“, „rodina“ či „správanie“. Z tohto hľadiska nemá zmysel hovoriť o realite oddelene od pozorovateľa — nie preto, že by neexistovala, ale preto, že poznanie vždy vzniká vo vzájomnom pôsobení medzi poznávajúcim a poznávaným. Takéto chápanie spochybňuje tzv. naivný realizmus, podľa ktorého svet jednoducho „je taký, aký je“, bez ohľadu na pozorovateľa. Tento postoj sa nazýva konštruktivizmus a tvorí základ systemickej teórie poznania (Glaserfeld, 1995; Riegler, 2012; von Foerster, 2003). Predstavitelia ako Heinz von Foerster, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Francisco Varela či Ernst von Glasersfeld zdôrazňujú, že poznávanie je proces aktívnej konštrukcie reality – vytvárania pojmov, ktoré nám umožňujú orientovať sa vo svete. Pojmy ako „duša“, „telo“, „choroba“ či „rodina“ sú preto nástrojmi orientácie, nie odrazmi objektívnej skutočnosti. Ak tieto konštrukty zamieňame za samotnú realitu, dopúšťame sa kategórickej chyby. Ako upozorňuje Varela (1981), pri vnímaní sveta často zabúdame, že ho vnímame určitým spôsobom práve preto, že sme si ho sami takto vytvorili. Von Foerster (1981) to vyjadruje ešte radikálnejšie: „*Prostredie, ako ho vnímame, je našim vlastným výtvorom.*“

Americký antropológ Carlos Castaneda vo svojich skúsenostiach s indiánskym liečiteľom opisuje, že prvým krokom učiteľa je naučiť žiaka chápať, že svet, ktorý považujeme za daný, je v skutočnosti len spôsob, akým ho vnímame a opisujeme. Tento prechod od istoty k pochybovaniu o „skutočnosti“ je podľa neho jednou z najnáročnejších úloh, pretože sme hlboko pripútaní k vlastnému spôsobu videnia sveta. Skutočnosť, o ktorej hovoríme, je teda fenomenálnym svetom — svetom tak, ako ho poznáva pozorovateľ, zatiaľ čo pojem „realita“ označuje hypotetickú, nedostupnú rovinu mimo tohto poznania. Konštruktivizmus, ktorý na tieto myšlienky nadväzuje, vychádza z Kantovho presvedčenia, že rozum nepreberá zákony z prírody, ale ich prírode predpisuje — teda každá teória musí zahŕňať aj teóriu samotného pozorovateľa. Ako zdôrazňuje von Glasersfeld, čas a priestor nie sú objektívne danosti, ale nástroje nášho myslenia, prostredníctvom ktorých organizujeme skúsenosť. Preto poznanie nemôže byť jednoduchým „odrazom“ reality, ale vždy predstavuje konštrukciu vytvorenú prostredníctvom rozlišovania (Schlippe & Schweitzer, 2006).

Z tohto pohľadu je človek spoluzodpovedný za to, čo považuje za pravdivé či skutočné – nie v zmysle objektívnej správnosti, ale podľa mierky primeranosti a etickej zodpovednosti.

Systemické myslenie preto vedie k pokore voči zjednodušovaniu komplexného sveta a k neustálemu vytváraniu nových konceptov, ktoré nám pomáhajú orientovať sa v realite. V medziľudských vzťahoch je takéto chápanie skutočnosti obzvlášť zrejmé, pretože ide o „mäkkú realitu“, ktorú nemožno merať ani posudzovať objektívne — napríklad otázky typu, či nás niekto miluje, nemajú jednoznačnú odpoveď. Dokonca aj fyzika 20. storočia ukázala, že ani tzv. „pevná realita“ nie je absolútna: podľa princípu neurčitosti je to pozorovateľ a jeho spôsob skúmania, čo určuje, ako sa realita prejaví (Heisenberg, 2000; Barad, 2007). Ako to výstižne formulovali Cramer a Kaempfer (1990): „Svet nie je — svet sa deje.“ Tento proces konštruovania reality nemožno chápať ako čisto individuálny, ale predovšetkým ako spoločenský jav. Skutočnosť nie je výsledkom izolovaného, subjektívneho vnímania jednotlivca, ale vzniká v rámci spoločného dialógu a zdieľaného jazyka (Gergen, 2015; Shotter, 2011). Ľudia vždy žijú vo vzťahoch a sociálnych kontextoch – to, čo pokladáme za „skutočné“, sa učíme rozpoznávať ako také počas dlhodobého procesu socializácie a „zjazykovovania“ skúsenosti. Spoločnosti a sociálne systémy tak vytvárajú konsenzus o tom, ako je vhodné svet interpretovať (Seidl, 2021).

Tento spoločný spôsob pohľadu určuje, čo v danom systéme vnímame ako šťastie, nešťastie, spokojnosť či nespokojnosť. Zároveň je dôležité uvedomiť si, že konštrukcia reality nie je ľubovoľná ani výlučne v rukách jednotlivca. Neznamená to, že človek je úplným „tvorcom vlastného osudu“, ako by sa to mohlo mylne interpretovať. Realitu spoluformuje aj širšie spoločenské prostredie, ktoré nastavuje hranice možností – od ekonomických podmienok až po kultúrne normy. Napríklad rozhodnutie ženy zostať v domácnosti často nie je výsledkom osobného výberu, ale dôsledkom štrukturálnych obmedzení, ako je nedostatok materských škôl či pracovných miest na čiastočný úväzok (Crompton, 2006; Lewis, 2009). Aj „mäkké“ sociálne konštrukcie teda môžu viesť k „tvrdým“ faktom, ktoré zásadne ovplyvňujú život ľudí.

4.2 Kauzalita: Čo je príčinou čoho?

Epistemologické predpoklady majú zásadný vplyv na to, ako systemická teória chápe príčinnosť (kauzalitu). Ak systém „neexistuje“ oddelene od pozorovateľa a ak každý účastník systému môže byť zároveň považovaný za pozorovateľa, potom sa pozornosť presúva od hľadania príčin k rozpoznávaniu vzorcov vzťahov a vzájomného pôsobenia. Zmena v jednej časti systému totiž vždy ovplyvňuje aj ostatné časti – a to nie objektívne, ale podľa toho, ako ju jednotliví pozorovatelia vnímajú a pomenúvajú. Keď niekto zmenu zažije, reaguje inak, čo iní znovu interpretujú ako zmenu – a proces pokračuje ďalej. V systéme teda neexistuje jednoduchý vzťah typu „príčina – následok“, ale spleť obojsmerných interakcií.

Tento pohľad sponchybuje tradičnú predstavu, že všetko má jednu alebo viac príčin a že otázka „prečo?“ je kľúčová. Lineárna kauzalita (v zmysle $A \rightarrow B$) je pre sociálne systémy príliš zjednodušujúca. Namiesto nej sa uplatňuje princíp cirkulárnej kauzality, ktorý zaviedol Norbert Wiener, zakladateľ kybernetiky. Tento pojem vyjadruje, že jednotlivé prvky systému na seba pôsobia spätne – každé správanie ovplyvňuje druhých a zároveň mení samotného aktéra. Tento proces je teda sebavzťahový a sebareflexívny (von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Niektorí autori, napríklad Dell (1986), dokonca navrhli vzdať sa pojmu kauzality úplne a hovoriť radšej o „koevolúcii vzorcov“ – teda o vzájomnom vývoji prepojených procesov, bez priradovania dominantnej príčiny (Seikkula & Arnkil, 2014). Vzorce správania tak zahŕňajú aj pozorovateľa samotného. Ako už poznamenal Nietzsche, kauzálne schémy nie sú objektívnym základom poznania, ale výsledkom rétorickej operácie – teda spôsobom, akým si spätne vysvetľujeme udalosti.

Otázka, či kauzalita vôbec „existuje“, je skôr epistemologická než ontologická. Heinz von Foerster v duchu Wittgensteina poznamenáva, že „viera v kauzálnu súvislosť je povera“. Kauzalita totiž neexistuje „tam vonku“, ale v našej mysli – je to nástroj, ktorým si pozorovateľ

zjednodušuje komplexitu sveta. Preto by sme sa nemali pýtať, či je kauzálne myslenie správne alebo nesprávne, ale či je v danom kontexte pragmaticky užitočné (Riegler, 2012).

V systemickej terapii to znamená, že vzdať sa viery v kauzalitu neznamená poprieť možnosť zmeny alebo účinku intervencie. Skôr ide o to, že terapeut je súčasťou systému, ktorý svojím konaním ovplyvňuje a zároveň je ním ovplyvňovaný. Každý terapeutický zásah sa stáva súčasťou cirkulárneho procesu a jeho účinok nemožno dopredu presne predvídať (Shotter, 2011; Gergen, 2015).

Biológ Riedl (1981) však pripomína, že kauzálne myslenie je prirodzenou kognitívnou stratégiou človeka – pomáha nám efektívne orientovať sa v každodennom svete. Keď stlačíme vypínač, rozsvieti sa svetlo – to je praktický a funkčný výsledok kauzálneho uvažovania. No ak by sme do tohto jednoduchého aktu zahrnuli všetky spoločenské, technologické a historické súvislosti jeho existencie, stratili by sme účinnosť konania. Preto je kauzalita užitočná ako nástroj redukcie komplexity, no nie ako univerzálne vysvetlenie reality (Baecker, 2013).

Ak však ako poznávajúci subjekt vytváram kauzálne súvislosti medzi pojmami, ktoré používam na zjednodušenie komplexity sveta – napríklad medzi „telom“ a „poruchou“ alebo medzi „matkou“ a „schizofrenickým dieťaťom“ – zabúdam, že tieto pojmy nereprezentujú veci, ale procesy. Zabúdam, že som to ja, kto poznávacím aktom oddelil z celku reality určitý výsek a pomenoval ho ako „matka“. To isté som urobil s množstvom správania, vzťahov a komunikácií, ktoré – rovnako ako moje kultúrne prostredie – označujem ako „psychické ochorenie“ či „schizofrénia“ (Foucault, 2006; Borsboom, 2017). Moja prirodzená tendencia myslieť kauzálne ma potom vedie k tomu, aby som tieto pojmy spájal priamym vzťahom príčiny a následku.

Ak však vôbec chceme hovoriť o vzťahu medzi takýmito pojmami, museli by sme medzi ne vložiť miliardy interakčných šípok, ktoré by zachytávali nekonečné množstvo drobných procesov a transakcií, prebiehajúcich medzi ľuďmi v ich sociálnom a komunikačnom poli. Nie je veľmi zmysluplné redukovať komplexný vzťah medzi matkou a dieťaťom na jednoduché tvrdenia typu: „Ak matka robí X, dieťa robí Y.“ Takéto lineárne modely môžu byť niekedy užitočné ako orientačné mapy v poradenstve, ale nezachytávajú podstatu reality. Vhodnejšie je vnímať oboch – matku aj dieťa – ako spolutvorcov spoločného vzorca interakcie, ako účastníkov rekurzívneho procesu, v ktorom sa vzájomne ovplyvňujú (Seikkula & Arnkil, 2014). Tento prístup zároveň eliminuje potrebu hľadať vinníka.

Otázka teda neznie, čo je „správne“, ale či je zmysluplné a eticky vhodné chápať interakcie medzi rodičmi a dieťaťom výlučne ako sled príčin a dôsledkov bez zohľadnenia širšieho rodinného a sociálneho kontextu (von Schlippe & Schweitzer, 2016; Carr, 2019). Zo systemického hľadiska preto kauzalita nemôže byť hlavným vysvetľovacím princípom. V rodinnej terapii nie je dieťa chápané ani ako „choré“, ani ako „obet“ či „problém“ rodičov, ale ako účastník vzťahového tanca (Minuchin), ktorý svojim správaním vyjadruje utrpenie celého systému. Symptóm je vnímaný nie ako problém jednotlivca, ale ako signál alebo volanie o pomoc celej rodiny – preto sa používa pojem „označený pacient“, teda ten, kto zviditeľňuje napätie systému.

V kontexte systemickej epistemológie otázka po príčine poruchy stráca význam. Hľadanie jednej príčiny je slepou uličkou – nie preto, že by odpoveď neexistovala, ale preto, že je to nesprávne položená otázka. Systemická terapia preto neposkytuje „liečbu príčiny“ ani „liečbu symptómov“, ale vytvára podnety pre živé systémy, aby mohli spoločne formovať nové vzorce interakcie a organizácie, ktoré podporujú rast, adaptáciu a zmenu (Schlippe & Schweitzer, 2006; Carr, 2019).

4.3 Jazyk a rekurzivita: Ako vytvárame sociálne skutočnosti?

Humberto Maturana a Francisco Varela (1987) opisujú, že ľudia – na rozdiel od iných živočíchov – vytvárajú prostredníctvom jazykovej koordinácie správania novú dimenziu sveta: „rišu jazyka“. Táto ríša prináša neustále rozlíšenie medzi vecami a hovorením o veciach. Ako to výstižne formuloval Tomm (1989): „*Duša nie je v mozgu, ale v jazykovej interakcii medzi ľuďmi.*“ Poznanie teda nevzniká z vnímania objektívneho sveta, ale z koordinácie správania formovanej jazykom – svet sa vytvára prostredníctvom bytia v jazyku (McNamee, 2015).

Jaynes (1988) označuje jazyk za „orgán vnímania“, nie iba za komunikačný prostriedok. Podľa neho jazyk pomáha vedomiu spájať diskontinuitu skúsenosti – vytvára dojem plynulého vnútorného života a stability, hoci v skutočnosti ide o aktívny a samoorganizujúci proces, ktorý neustále dopĺňa „slepé miesta“ nášho vedomia. Tento proces sa však neodohráva iba na individuálnej úrovni. Sociálna realita vzniká rozprávaním – tým, že si neustále vyprávame sami sebe a ostatným, aký je svet (Bruner, 1990; Gergen, 2015; McAdams, 2001). Opakovaním tých istých rozprávání sa príbehy stávajú realitou, ktorá spätne formuje naše vnímanie a konanie: „*Ľudia sú nenapraviteľní rozprávači príbehov a majú vo zvyku stávať sa príbehmi, ktoré rozprávajú.*“ (Efran a kol., 1992). Jazyk teda predstavuje rámec významu, bez ktorého by naše skúsenosti vôbec nemohli existovať. Ľudský život sa preto odohráva vo svete významov, rozhovorov a príbehov (Jaynes, 1988; McNamee & Gergen, 1999). Tieto myšlienky viedli niektorých systemických terapeutov k úvahe, že kybernetický model systémov by mal byť nahradený lingvistickým pohľadom: rodina nie je chápaná ako mechanizmus spätnej väzby, ale ako jazykový systém, v ktorom členovia spoločnou konverzáciou vytvárajú významy – a tým aj spoločnú realitu (Anderson & Goolishian, 1988; Seikkula & Arnkil, 2014; McNamee, 2015).

Práca s kľúčovými slovami predstavuje spôsob, ako v terapii otvoriť nové možnosti a perspektívy v systémoch, ktoré uviazli v zafixovanom spôsobe vnímania reality. Ako uvádzajú Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin a kol. (Boscolo et al., 2013), existujú kľúčové slová, ktoré možno použiť v mnohých situáciách, a iné, ktoré sú vhodné len pre konkrétny kontext. Čím viac rôznych a nečakaných významov môže dané slovo vyvolať, tým väčší má potenciál podporovať tvorivé a asociačné procesy v myslení klientov (Boscolo & Bertrando, 2013; Tomm, 2014). Súčasné empirické štúdie navyše ukazujú, že naratívne intervencie založené na práci s jazykom môžu zlepšovať schopnosť organizovať skúsenosť a podporovať psychickú adaptáciu

Napríklad slovo „štrajk“ môže v rodine, kde sa jeden člen izoloval a uzavrel do seba, otvoriť nový pohľad: terapeut sa môže spýtať, „*Ako si vysvetľujete, že vstúpil do štrajku?*“ alebo „*Prečo ste sa rozhodli vstúpiť do štrajku?*“ Tento pojem umožňuje chápať správanie nie ako pasívne podľahnutie chorobe, ale ako aktívny, zmysluplný postoj – štrajk môže byť oprávnený alebo neoprávnený, namierený proti niekomu či niečomu, mať cieľ niečo dosiahnuť alebo zastaviť. Takéto kľúčové slová umožňujú prechod z jednej „jazykovej hry“ do druhej, otvárajú nové významové rámce a tým rozširujú priestor pre porozumenie a zmenu (Tomm, 2014; McNamee, 2015; Seikkula & Arnkil, 2014). Dôležitým príkladom je slovo „myšlienka“, ktoré môže zmeniť perspektívu z ontologickej otázky „*Kto je neschopný?*“ na epistemologickú „*Kto si myslí, že je neschopný?*“ — čím sa v terapeutickom procese vytvára viacvrstvový a otvorený priestor významov (White, 2007; Gergen, 2015; Anderson, 2012).

Zaujímavým príkladom je chronické ochorenie a jeho jazykový kontext. Tu je potrebné rozlišovať medzi samotnou chorobou a spôsobom, akým o nej hovoríme. Fyzické procesy, ako napríklad sťažené dýchanie pri astme, prebiehajú na inej úrovni než ich pomenovanie. Rozdiel medzi výrokmi „je to len nachladnutie“ a „máš astmu“ zásadne ovplyvňuje spôsob, ako človek s chorobou zaobchádza a ako ju prežíva. Pri dlhodobou trvajúcich ochoreniach jazyk nadobúda rozhodujúcu úlohu – určuje, ako človek chápe svoju situáciu, ako sa k nej stavia a ako ju komunikuje s okolím. „Chronickosť“ preto neznamená len dlhodobé trvanie choroby, ale aj trvalé rozprávanie o nej – sám so sebou, s rodinou, s lekármi, s patientskymi skupinami (Hydén,

2008; Frank, 2013). Každá veta, každé pomenovanie alebo interpretácia vytvára nový významový rámec a tým aj novú podobu reality. Z tohto hľadiska je choroba nielen biologickým, ale aj sociálne konštruovaným javom – výsledkom komunikačných procesov, ktoré ju udržiavajú a dávajú jej tvar (Borsboom, 2017; Gergen, 2015; Deacon, 2013). Ako zdôrazňujú von Schlippe a kol. (1994), odborníci, pacienti aj rodiny sú aktívnymi účastníkmi jazykového kolotoča, v ktorom sa choroba neustále vytvára a pretvára.

Tento princíp možno rozšíriť na všetky problémy: v systemickom chápaní problém nie je niečo, čo už existuje a čo systém rieši – práve systém prostredníctvom jazyka problém vytvára (Carr, 2019; Sprenkle et al., 2009).

Otázky:

1. *Ako systemická terapia odpovedá na otázku „čo je realita“?*
2. *V čom spočíva rozdiel medzi lineárnou a cirkulárnou kauzalitou?*
3. *Ako jazyk ovplyvňuje vznik a udržiavanie problémov?*
4. *Čo znamená rekurzivita v kontexte sociálnych systémov?*
5. *Ako sa filozofické východiská premietajú do konkrétnych terapeutických intervencií?*
6. *Ako by sa zmenila interpretácia problému pri použití systemického vs. individuálneho prístupu?*

5 Systemické chápanie „problémov“

5.1 Systémy determinované problémom

Pojem „systém determinovaný problémom“, ktorý zaviedli Goolishian a jeho spolupracovníci (Anderson & Goolishian, 1988; Anderson, 2012), objasňuje základnú myšlienku o tom, ako problémy vznikajú. Nejde o to, že určitý systém (napr. rodina, klinika či firma) má problém ako svoju vnútornú, štruktúrnú vlastnosť („Pán doktor, mám depresiu.“ — „Priniesli ste ju so sebou?“). Na problém sa dá pozerat' inak – ako na sociálny systém, ktorý sa vytvoril okolo určitého správania, udalosti alebo témy, a ktorý je charakterizovaný komunikáciou o probléme. Inými slovami, problém vytvára systém, nie naopak (Anderson, 2012; McNamee, 2015; Seikkula & Arnkil, 2014). Tento prístup má dôležité dôsledky: problémy sa neberú ako prejav vnútornej „patológie“ či dysfunkčnosti systému, ale ako výsledok reťazca okolností a interakcií. V minulosti boli bežné koncepty, ktoré implicitne obviňovali jednotlivcov – napríklad pojmy ako „komunikačné odchýlky rodičov“ (von Schlippe & Schweitzer, 2016), „rodičovský konflikt“ (Selvini Palazzoli a kol., 1991) či „schizofrenogénna matka“ (Carr, 2019; Lebow, 2014).

Problémové systémy môžu vznikať na rôznych úrovniach a z rôznych druhov správania. Napríklad do systému „psychóza“ môže patriť pacient, jeho sused, policajt, zdravotnícky personál, ale aj odborné diskurzy o chorobe či postupy spojené so sociálnymi dávkami. Podobne systém „nízka výkonnosť oddelenia“ môže zahŕňať interakcie medzi zamestnancami, vedúcim, manažmentom či inšpektorom – všetko v kontexte napríklad ekonomického útlmu (Luhmann, 2013; Seidl, 2021).

Z tohto pohľadu je možné zasahovať na rôznych úrovniach systému. Často nie je potrebná „kompletná oprava“ sociálneho systému, v ktorom bol problém pomenovaný – stačí zmeniť spôsob komunikácie o probléme. Problém možno považovať za vyriešený vtedy, keď sa všetci, alebo aspoň kľúčoví aktéri, zhodnú, že je vyriešený. Takéto chápanie pomáha terapeutom a poradcovi zachovať pokoru a vyhnúť sa „misionárskym“ tendenciám vnucovať klientom svoju predstavu riešenia (Borsboom, 2017; Hofmann et al., 2019).

5.2 Čo je problém?

Problém možno chápať ako stav, ktorý niekto považuje za nežiaduci a vyžadujúci zmenu, pričom zároveň existuje presvedčenie, že tento stav je možné zmeniť. Podľa Ludewiga (1992) je problémom každá téma komunikácie, ktorá niečo hodnotí ako neželané alebo potrebujúce zmenu. Táto definícia zahŕňa viacero prvkov, ktoré naznačujú možné prístupy k riešeniu:

1. **„Stav“**: To, že je niečo vnímané ako problém, je už samo o sebe výsledkom selekcie. Z množstva procesov, ktoré prebiehajú súčasne, sa niektoré dostanú do centra pozornosti a sú pomenované ako problém, zatiaľ čo iné zostanú v pozadí. Udržiavanie „problémového stavu“ si často vyžaduje množstvo opakujúcich sa interakcií a komunikácií, ktoré tento stav posilňujú.
2. **„Niekým“**: Aby mohol problém existovať, musia byť prítomní pozorovatelia, ktorí určitý jav alebo stav rozpoznajú a opíšu. Ich názory sa môžu líšiť – v tom, či ide o problém, aj v tom, kde presne spočíva jeho podstata.
3. **„Považovaný za nežiaduci alebo vyžadujúci zmenu“**: Problém vzniká vtedy, keď niekto stav hodnotí ako nesprávny alebo neželaný. Tým sa otvára priestor pre tlak na zmenu. Tu je dôležité rozlíšiť medzi „utrpením“ a „problémom“ – utrpenie sa stáva problémom až vtedy, keď o ňom človek komunikuje s inými, alebo keď niekto iný

považuje jeho situáciu za hodnú riešenia. Ak napríklad trpiaci hovorí o svojom stave, ale okolie to odmieta („To si len namýšľaš“), nevznikne problémový ani pomáhajúci systém – pokiaľ sa nenájde niekto, kto na túto situáciu zareaguje a označí ju za problém („Tu niekto trpí a nikomu na tom nezáleží!“).

4. **„Zmeniteľný“:** Kľúčovou súčasťou problému je predstava, že zmena je možná. Na rozdiel od „osudu“ či „tragédie“, problém predpokladá, že aspoň niektorí účastníci veria v možnosť ovplyvniť situáciu – aj keď často vnímajú, že tú moc má niekto iný („Mohla by si to zmeniť, keby si chcela!“ – „Nie, to je silnejšie ako ja!“).

Výsledkom spolupôsobenia týchto štyroch prvkov je to, čo nazývame „problémom“. Úlohou systemického poradenstva je identifikovať ľudí a komunikačné procesy, ktoré sa na jeho vzniku podieľajú, a zapojiť ich do procesu riešenia – fyzicky alebo aspoň symbolicky. Dnes sa už menej používa pojem „rodinná terapia“, pretože vyvoláva dojem, že na každom probléme sa nutne podieľajú všetci členovia rodiny. Namiesto toho sa hovorí o „problémovom systéme“, ktorý opisuje spleť vzájomných interpretácií a reakcií, z ktorých sa problém vytvára (Gergen, 2015; Sprenkle et al., 2009).

Napríklad človek, ktorý je v jednom kontexte označovaný za „alkoholika“, môže v iných systémoch fungovať úplne inak – ako spoľahlivý účtovník alebo talentovaný hudobník.

Systemické poradenstvo sa tak venuje rôznym typom problémov – od zdravotných symptómov cez sociálne ťažkosti, manželské konflikty až po pracovnú neefektivitu (Anderson, 2012; Seikkula et al., 2018). Jeho cieľom je prechod od problémového k neproblémovému stavu, čo možno dosiahnuť viacerými spôsobmi: iniciovaním nových procesov, reinterpretáciou existujúcich (tzv. pozitívne premenovanie) alebo prijatím nezmeniteľného a hľadáním spôsobu, ako s ním žiť (akceptácia nezmeniteľného).

Na rozdiel od behaviorálneho prístupu, ktorý sa sústreďuje na individuálne správanie, systemický prístup zdôrazňuje interpersonálny rozmer problémov. Navyše, riešenie sa nemusí vždy uskutočniť v zhode všetkých zúčastnených – niekedy sa stáva, že pre niektorých je problém vyriešený, zatiaľ čo pre iných pretrváva alebo sa dokonca zhoršuje (Gergen, 2015; Sprenkle et al., 2009).

5.2.1 Ako sa vytvárajú problémy

1. Objavenie alebo „vynájdenie“ problému

Problém zvyčajne vzniká v momente, keď niekto – napríklad člen rodiny, učiteľ, nadriadený, poradca či policajt – nadobudne presvedčenie, že určité správanie iného človeka (alebo vlastné správanie) „nie je v poriadku“. Tento dojem sa stáva základom pre pomenovanie situácie ako problematickej (McNamee, 2015). Vysvetlenia, ktoré sa následne objavia, často pripisujú zodpovednosť jednotlivcovi: „zlyhal v tom vzťahu“, „je psychicky zlomená“. Takéto interpretácie stavajú do popredia osobné nedostatky a zároveň popierajú schopnosť daného človeka niečo zmeniť (napr. „to dieťa je zlé od prírody“, „ten kolega je neschopný“, „tá organizácia je chorá“).

2. Vznik komunikačného systému formovaného problémom

Myšlienka, že „niečo nie je v poriadku“, sa šíri prostredníctvom komunikácie s inými. Problém sa stáva hlavným obsahom rozhovorov a pozornosť všetkých účastníkov sa sústreďuje výhradne naň. Postupne sa vytvára komunikačný systém determinovaný problémom, v ktorom sa počet zúčastnených osôb zvyšuje a ich spoločné vnímanie sveta sa zužuje na to, čo nefunguje (Anderson & Goolishian, 1988; Sprenkle et al., 2009).

3. Vysvetlenie problému

Účastníci situácie hľadajú a vyjednávajú vysvetlenia problému, ktoré pôsobia presvedčivo, no zároveň neumožňujú riešenie. Najčastejšie ide o bezvýhodiskové výklady, ktoré posilňujú pocit bezmocnosti. Jedným z typických príkladov je tzv. „**minulosť ako osud**“ – presvedčenie, že súčasné ťažkosti sú nezvratným dôsledkom minulých udalostí, ako sú detské traumy, chyby, viny, genetické predispozície či následky úrazov. V iných prípadoch sa problém vysvetľuje vnútornými vlastnosťami jednotlivca („je zlý“, „je neschopný“), alebo sa zodpovednosť presúva na vonkajšie sily, ktoré dotčení nemôžu ovplyvniť („môžu za to tí hore“, „spoločnosť“, „Boh“, „rodičia ho úplne ovládajú“), (Carr, 2019; Hofmann et al., 2019).

4. Stabilizácia problému prostredníctvom správania

Všetci zúčastnení sa začnú správať tak, akoby riešenie neexistovalo, alebo ako keby bolo výhradne v rukách niekoho iného. Jazyk, ktorým o probléme hovoria, potom ešte viac posilňuje jeho trvácnosť – tam, kde opis nedovoľuje vidieť nové možnosti, nevzniká priestor pre tvorivé riešenie. V trvalých vzťahoch, ktoré problém udržiavajú, sa navyše často uplatňujú symetrické („oko za oko, zub za zub“) a komplementárne („ja pomáham – ty si bezmocný“) formy interakcie. Tieto vzájomne sa posilňujúce vzorce správania napomáhajú tomu, že problém sa stáva stabilnou súčasťou systému (Carr, 2019; Seikkula et al., 2018).

5.2.2 Môžu byť problémy užitočné?

Staršie teórie ponúkajú vysvetlenie, prečo sa v sociálnych systémoch problémy nielen objavujú, ale aj udržiavajú – slúžia totiž na zachovanie **rovnováhy systému (homeostázy)** voči zmenám, ktoré sú vnímané ako ohrozujúce. Po dlhších obdobiach stability prichádzajú v živote systému „kritické prechody“ – napríklad narodenie dieťaťa, rozvod, smrť partnera, odchod do dôchodku či strata zamestnania. Tieto udalosti môžu narušiť identitu systému, a preto sa systém prirodzene snaží obnoviť pôvodnú rovnováhu (Carr, 2019; Seikkula & Arnkil, 2014).

Jackson (1957) ako prvý vyslovil myšlienku, že symptóm jedného člena rodiny môže byť funkčný, teda užitočný pre zachovanie rovnováhy systému. Z tohto dôvodu niektoré symptómy nezmiznú, ale naopak, stabilizujú sa (Anderson, 2012; McNamee, 2015). Rodinní terapeuti preto často formulujú hypotézy o tzv. funkcii symptómu.

Niektoré z týchto hypotéz sa stali veľmi známe: napríklad rodiny so schizofrenickým členom si nevedome udržiavajú svoju „psychotickú hru“ (Selvini Palazzoli a kol., 1977). Človek, ktorý túži po láske, no neverí, že ju môže získať, odmieta prejavy náklonnosti partnera, pretože by to narušilo jeho presvedčenie, že „láska nie je pre mňa“ (Elkaim, 1992; White, 2007). Podobne adolescent môže zlyhávať v živote preto, že má nevedomé „povolenie“ od rodičov – nemá ich predbehnúť v úspechu alebo šťastí, alebo nechce spôsobiť bolestivé odlúčenie, ktoré patrí k dospelosti (Stierlin, 1980; Lebow, 2014).

Z tohto pohľadu symptóm nie je len prejavom stagnácie, ale aj signálom, že „už to nemôže pokračovať po starom“, no zároveň ešte nie je možné uskutočniť zmenu. Príkladom môže byť dospievajúce dievča s anorexiou – jej stav zároveň aktivuje starostlivosť rodičov („Nenechajte ma zomrieť!“) a odmieta ich kontrolu („Nebudem jesť to, čo mi dávate!“). Rovnako tridsaťročný psychotik, ktorý žije s rodičmi, ale s nimi takmer nekomunikuje, prejavuje zotrvanie aj oddelenie v jednom. U párov s funkčnými poruchami (napr. impotencia, vaginizmus) sa telesná intimita stratila, no väčšina vzťahu ostáva zachovaná (Nichols & Schwartz, 2004; Lebow, 2014).

Ako uvádza Schlippe a Schweitzer (2006) symptomatické správanie má teda často dvojité charakter – je zároveň problémom aj riešením. Spôsobuje bolesť, no zároveň chráni pred ešte väčším ohrozením. Ako to ilustruje anekdota: muž neustále tleska. Na otázku „Prečo to robíte?“ odpovie: „Aby som odohnal slony.“ „Ale veď tu žiadne slony nie sú!“ — „No vidíte, ako to funguje!“

Myšlienka, že symptómy majú v systéme určitú funkciu a že sú do istej miery potrebné, sa dnes už neprijíma bez výhrad (Seikkula et al., 2018; Johnstone & Boyle, 2018). Tento pohľad totiž môže viesť k zjednodušeným záverom – napríklad, že problémové správanie dieťaťa by zmizlo, keby sa rodičia správali jednotne, alebo že schizofrénne symptómy by sa stratili, keby rodina „prepustila“ označeného pacienta. V súlade s úvahami o kauzalite (čo spôsobuje čo) je zavádzajúce predpokladať, že „funkcia“ symptómu je niečo, čo existuje priamo v systéme. Ak však – podľa princípov kybernetiky druhého rádu – považujeme pozorovateľa za súčasť systému, potom je zrejmé, že funkčnosť je skôr konštruktom v mysli pozorovateľa než objektívnou vlastnosťou systému (Gergen, 2015; McNamee, 2015).

Takto chápaný koncept môže byť veľmi prakticky užitočný. Pomáha terapeutovi nájsť nový spôsob, ako reagovať v situáciách, kde sa od neho očakáva odstránenie symptómu. Terapeut môže rodine ponúknuť nový rámec porozumenia – napríklad tým, že spochybní samozrejmosť potreby symptóm okamžite odstrániť. Môže dokonca upozorniť, že jeho zmiznutie by mohlo narušiť krehkú rovnovahu rodiny. Takýto prístup často zvyšuje flexibilitu rodiny aj terapeuta, pretože umožňuje objaviť viacero alternatívnych pohľadov a riešení (Briedman, 2012; Boscolo et al., 2017).

Boeckhorst (1988) identifikoval **štyri možné významy symptómu**, ktoré môžu slúžiť ako užitočný rámec pre poradenskú prax:

1. Symptóm poukazuje na neefektívne riešenie problému.
2. Symptóm plní ochrannú a stabilizačnú funkciu, napríklad tým, že zastaví konflikt alebo odvedie pozornosť od iných napätí v rodine; nositeľ symptómu tak nepriamo pomáha inému členovi.
3. Symptóm poskytuje moc a kontrolu – „označený pacient“ môže ovplyvňovať rodinné interakcie bez toho, aby niesol zodpovednosť.
4. Symptóm môže mať symbolický alebo metaforický význam, keď odkazuje na iné, skryté problémy v rodine.

5.2.3 Ako si udržať problém – návod na chronifikáciu

Živé systémy sa neustále menia – od buniek cez zvieratá až po ľudí. Zmena je prirodzená a nevyhnutná. Napriek tomu sa psychoterapia často zameriavala na otázku: „*Ako sa dokážeme zmeniť?*“ Z pohľadu systemickej teórie je však ešte zaujímavejšie pýtať sa: „*Ako je možné, že niektorí ľudia sa nemenia – alebo aspoň pôsobia, akoby sa nemenili?*“ A predovšetkým: ako sa v komunikácii s druhými vytvára situácia, v ktorej sa problém nielenže nevyrieši, ale naopak, stane sa trvalou súčasťou života?

Aby človek mohol svoj problém „udržať pri živote“ a vytvoriť okolo neho chronický stav prežívania – s nekonečnou minulosťou, vlečúcou sa prítomnosťou a takmer neexistujúcou budúcnosťou – potrebuje na to určité psychologické a komunikačné zručnosti. Každý z nás má potenciál takýto stav vytvoriť. Tento proces býva znázorňovaný prostredníctvom tzv. „*stavebnice problémov*“ (napr. Schweitzer & Schumacher 1995).

Chronifikácia problémov však väčšinou nevzniká izolovane – nie je výsledkom správania jedinca, ale spoločným produktom sociálnej siete: členov rodiny, odborníkov, inštitúcií, médií či legislatívneho systému (Boscolo et al., 2017; McNamee, 2015). Príkladom môže byť situácia psychiatrického pacienta. Keď je niekto v rodine označený ako „psychicky chorý“, zbaví to ostatných členov rodiny priamej zodpovednosti za zmenu jeho správania – namiesto človeka „nesie vinu“ choroba. Rodina sa tak môže zjednotiť nie proti pacientovi, ale proti chorobe, čím sa zároveň zmiernia ich pocity viny. Tento rámec robí pojem „psychiatrické ochorenie“ atraktívnym, pretože poskytuje úľavu, no zároveň posilňuje bezmocnosť (Lebow, 2014). Ak je totiž príčinou genetika alebo rané traumy, čo iné možno robiť než poskytovať starostlivosť a ochranu? Dôsledkom takéhoto myslenia je podobný efekt ako pri koncepte

postihnutia – chorý môže robiť malé pokroky, ale nikdy sa „úplne nepostaví na nohy“ (Simon & Weber 1988).

Rozličné predstavy o povahe duševných chorôb viedli aj k rôznym prístupom v terapii. Napríklad psychoedukatívne programy pre rodiny vychádzajú z predpokladu, že zraniteľnosť voči psychickým ochoreniam má biologický či vývinový pôvod a treba sa ju naučiť manažovať – rozpoznávať spúšťače, reagovať na výkyvy (Hahlweg et al., 1989; McFarlane, 2016). Z pohľadu systemickej teórie však tento prístup upevňuje rolu pacienta a bráni skutočnej zmene (Retzer, 1991; Seikkula & Arnkil, 2014). Psychiatrické a sociálne systémy často fungujú ako „terapeutické reťazce“, v ktorých pacient prechádza z jedného zariadenia do druhého – z kliniky do domova, z domova do sociálnej služby, z pracovnej terapie do chránených dielní (Carr, 2019; Boscolo et al., 2017). Tým sa posilňuje vznik patientskej subkultúry, v ktorej sa život točí okolo diagnózy.

K tomu sa pridávajú sociálnoprávne mechanizmy, ktoré v rámci štátu založeného na princípe „potrebnosti“ poskytujú pomoc len tým, ktorí preukážu dostatočne závažný a chronický problém. To vedie k paradoxu: pre mnohých ľudí sa stáva udržiavanie problému stratégiou prežitia – stabilnou, síce obmedzujúcou, ale istou formou existencie. Návrat z takejto „patientskej kariéry“ späť do neistého, konkurenčného sveta sa potom javí ako riskantný. Koncept „problémového systému“ preto umožňuje pozeráť sa na problém nie ako na izolovaný jav v jedincovi, ale ako na celú sieť vzťahov, inštitúcií a diskurzov, ktoré spoločne organizujú a udržiavajú psychické utrpenie (Keupp & Zaumseil, 1987; McNamee, 2015).

5.2.4 Ako si úspešne udržať problém – praktický návod

Predchádzajúce body ilustrujú, že psychické a sociálne problémy sa nedržia pri živote náhodou, ale vďaka konkrétnym interakciám a kognitívnym stratégiám (Seikkula & Arnkil, 2014; McFarlane, 2016). Ak chcete, aby sa váš problém stal trvalou súčasťou života, môžete postupovať podľa týchto osvedčených krokov:

1. **Ignorujte zmeny.** Nesledujte, čo sa vo vašom živote mení, a sústreďte sa výhradne na to, čo zostáva rovnaké. Tým si posilníte dojem stagnácie.
2. **Zamedzte symbolickým prechodom.** Vyhnite sa akýmkoľvek rituálom alebo udalostiam, ktoré by mohli vyznačiť zmenu – neoslavujte narodeniny, svadby, úspechy ani odchody do dôchodku. Nechodte na oslavy ani na pohreby, aby ste predišli pocitu pohybu v čase.
3. **Vnímajte sa ako obeť.** Presvedčte sa, že všetko, čo sa vám stalo, bolo mimo vašej kontroly. Dôkladne analyzujte, ako vás vaši rodičia, učitelia, šéfovia, kolegovia, choroby či spoločnosť pripravili o možnosť rozhodovať sa sami.
4. **Udržujte kontinuitu nešťastia.** Ak sa vám podarilo vytvoriť stabilnú minulosť plnú problémov, nedovoľte si pomyslieť, že by sa dnes mohlo dať lepšie. Držte sa hesla: „*Minulosť určuje môj osud.*“
5. **Deficitný pohľad na správanie.** Každé svoje konanie interpretujte ako prejav nedostatku alebo poruchy, nikdy ako zmysluplnú či tvorivú reakciu. Správanie svoje aj iných posudzujte mimo kontextu, ako nemenný dôkaz osobných zlyhaní.
6. **Budúcnosť bez detailov.** Predstavujte si ju nejasne, v širokých, neurčitých obrysoch. Ak sa máte zle, vyhýbajte sa myšlienkam na to, čo by ste mohli robiť inak, keby sa situácia zlepšila.

Ak sa vám podarí tieto princípy osvojiť, spontánne si vytvoríte stabilný vzorec vnútorne prežívaného problému, ktorý vás bude sprevádzať dlhodobo. Celý proces bude ešte účinnejší, ak vaše okolie zdieľa podobný pohľad a bude vás v ňom podporovať – napríklad tým, že vás bude vnímať ako „bezbrannú obeť okolností“ (Seikkula & Arnkil, 2014).

Otázky:

1. *Ako systemická terapia definuje „problém“ v porovnaní s tradičnými prístupmi?*
2. *Čo znamená pojem „systém determinovaný problémom“?*
3. *Akým spôsobom sa problémy v systéme udržiavajú?*
4. *Môžu mať problémy funkciu? Uved' príklad.*
5. *Ako by terapeut mohol narušiť proces chronifikácie problému?*
6. *Aké sú praktické dôsledky toho, že problém je chápaný ako vzťahový fenomén?*

6 Od kybernetiky ku konštrukcii reality: Evolúcia systemického myslenia a jeho vplyv na terapeutické školy a prax

Vznik a vývoj systemických terapií nepredstavuje v dejinách psychoterapie len obyčajné rozšírenie repertoáru klinických intervencií, ale radikálny epistemologický zlom. Aby sme porozumeli špecifikám škôl, akými sú Milánsky model, naratívna terapia či prístup zameraný na riešenie (SFBT), musíme sa vrátiť k fundamentálnej zmene v chápaní ľudského správania. Táto zmena spočíva v odklone od lineárnej kauzality – tradičného vedeckého modelu, kde A spôsobuje B – smerom k cirkulárnej kauzalite a kontextuálnemu chápaniu symptómov. Kým tradičné psychodynamické a behaviorálne smery 20. storočia nazerali na patológiu primárne ako na vlastnosť jednotlivca (intrapsychický konflikt alebo naučené správanie), prvé systemické myšlienky, inšpirované teóriou systémov a kybernetikou, redefinovali psychický problém ako prejav poruchy v komunikácii a organizácii systému, ktorého je jedinec súčasťou (Nichols & Davis, 2020).

Táto kapitola sleduje zaujímavú trajektóriu, ktorou sa koncepty z biológie, matematiky a antropológie transformovali do konkrétnych terapeutických nástrojov. Ukážeme si, ako kybernetika prvého rádu položila základy pre strategické a štrukturálne intervencie (vrátane raného Milánskeho modelu) a ako následný posun ku kybernetike druhého rádu a sociálnemu konštruktivismu otvoril dvere pre postmoderné prístupy (naratívny a na riešenie orientovaný model) (Becvar & Becvar, 2018).

Intelektuálnym "krstným otcom" systemickej terapie bol antropológ a teoretik komunikácie Gregory Bateson. Jeho práca v rámci projektu v Palo Alto (Mental Research Institute - MRI) v 50. rokoch minulého storočia priniesla revolučnú myšlienku: myseľ nie je uzavretá v lebke jednotlivca, ale je imanentná v širšom systéme biologických a sociálnych dráh. Bateson a jeho kolegovia (Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick) aplikovali princípy všeobecnej teórie systémov Ludwiga von Bertalanffyho a kybernetiky Norberta Wienera na ľudskú rodinu (Wiener, 2019; Becvar & Becvar, 2018).

Kľúčovými sa stali pojmy:

- (1) **Homeostáza:** Tendencia systému (rodiny) udržiavať stabilitu a rovnováhu, často aj za cenu udržiavania symptómu.
- (2) **Spätná väzba:** Mechanizmus, ktorým systém reguluje sám seba. Negatívna spätná väzba tlmí zmenu (udržiava status quo), kým pozitívna spätná väzba zmenu zosilňuje (vedie k novému usporiadaniu alebo rozpadu).
- (3) **Double bind hypotéza**³: Komunikačná pasca, kde jednotlivec dostáva protichodné správy na rôznych logických úrovniach, čo bolo pôvodne skúmané ako kontext vzniku schizofrénie.

Tieto koncepty viedli k presvedčeniu, že symptóm (napr. anorexia dospievajúcej dcéry) nie je len individuálnym problémom, ale funkčným prvkom, ktorý paradoxne pomáha udržiavať stabilitu rodinného systému, ktorému hrozí zmena (napr. rozvod rodičov).

³ *Hypotéza dvojitej väzby (double bind hypothesis) podľa G. Batesona opisuje komunikačný vzorec, v ktorom je jednotlivec opakovane vystavený protichodným posolstvám na rôznych úrovniach komunikácie, pričom nemá možnosť z interakcie uniknúť ani explicitne poukázať na rozpor, čo vedie k dezorganizácii významu a narušeniu správania. „Bud' konečne spontánna!" Matka, ktorá takto trvá na svojej dospievajúcej dcére, aby sa „uvoľnila a bola spontánnejšia", vytvára nemožný príkaz. Samotný akt pokusu byť spontánny na povel odporuje spontánnosti samotnej. Ak sa dcéra snaží zámerné vyhovieť, jej správanie už nie je spontánne; ak odmietne, môže byť označená za tvrdohlavú alebo nespolupracujúcu. Akákoľvek voľba vedie ku kritike alebo emocionálnemu napätiu, takže dcéra nie je schopná autenticky vyriešiť konflikt.*

Aplikácia týchto myšlienok viedla k diverzifikácii terapeutických škôl, ktoré budeme v tejto kapitole analyzovať. Vývoj môžeme rozdeliť **do dvoch hlavných fáz**, ktoré zásadne ovplyvnili podobu terapie.

1. Fáza: Systém ako mechanizmus (Milánsky model)

V 70. rokoch 20. storočia skupina talianskych psychoanalytikov vedená Marou Selvini Palazzoli (tzv. Milánska škola) radikálne adoptovala Batesonove myšlienky. Vytvorili model terapie založený na hypotetizovaní, cirkularite a neutralite. Rodinu vnímali ako hru s vlastnými, často skrytými pravidlami. Terapeut tu vystupoval ako expert, ktorý "opravuje" nefunkčné komunikačné vzorce a "hry", často pomocou paradoxných intervencií. Tento prístup bol silne ovplyvnený kybernetikou prvého rádu – terapeut bol pozorovateľom, ktorý stál mimo systému a snažil sa ho zmeniť.

2. Fáza: Od pozorovania k spoluvytváraniu (Postmoderné prístupy)

V 80. a 90. rokoch nastal posun ku kybernetike druhého rádu (Heinz von Foerster) a sociálnemu konštruktivismu. Pozornosť sa presunula z interakčných vzorcov na významy a jazyk. Terapeut už nie je expertom na „pravdu“ o rodine, ale stáva sa partnerom v dialógu. Systém nie je „objavovaný“, ale „vytváraný“ v procese komunikácie.

Tento posun formoval:

(1) Terapiu zameranú na riešenie (SFBT - Steve de Shazer, Insoo Kim Berg): Odklon od analyzovania problému (čo ho spôsobuje a udržiava – dedičstvo MRI) k minimalistickému hľadaniu výnimiek a konštrukcii riešení. Filozofia tu prechádza od „opravy pokazeného“ k „rozvíjaniu funkčného“.

(2) Naratívnu terapiu (Michael White, David Epston): Inšpirovaná filozofiou Michela Foucaulta a postštrukturalizmom. Symptóm nie je funkciou systému, ale dôsledkom utláčajúcich „dominantných príbehov“, ktoré ľudia o sebe rozprávajú. Terapia sa stáva procesom „prepísovania“ (re-authoring) životného príbehu.

V nasledujúcom texte podrobne rozoberieme, ako tieto teoretické východiská formovali konkrétne techniky a postoje terapeuta. Nebudeme len popisovať históriu, ale budeme hľadať odpovede na otázky:

Ako zmenilo cirkulárne dotazovanie (Milánsky model) spôsob vedenia rozhovoru?

Prečo sa v naratívnom prístupe „externalizuje“ problém mimo osobu?

Aký je súvis medzi kybernetikou druhého rádu a postojom „nevedenia“ v terapii zameranej na riešenie?

Pochopenie týchto súvislostí je nevyhnutné pre každého študenta systemiky, pretože technika bez teoretického ukotvenia zostáva len prázdny nástroj.

6.1 Milánska škola systemickej terapie

Milánska škola predstavuje jednu z najvýznamnejších etáp vo vývoji systemickej psychoterapie a býva často označovaná ako most medzi prvou a druhou vlnou systemického myslenia. Vznikla v 70. rokoch 20. storočia v Taliansku okolo skupiny terapeutov – Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin a Giuliana Prata, ktorí pôsobili v Miláne. Ich prístup vychádzal z kybernetiky prvej vlny, no postupne integroval nové myšlienky komunikácie, cirkularity a významu v rámci rodinného systému (Carr, 2019).

Milánska škola nadviazala na prácu Gregoryho Batesona, Donalda Jacksona, Jaya Haleyho a Paula Watzlawicka z Palo Alto skupiny, ktorí skúmali komunikáciu v rodinách so schizofréniou a formulovali princípy „dvojitej väzby“ či „komunikačných paradoxov“ (Nichols & Davis, 2020).

Talianski terapeuti tieto teoretické východiská rozvinuli do klinickej praxe – vytvorili metodicky premyslený prístup, ktorý sa zameriava na vzťahové vzorce a komunikačné systémy rodiny, nie na jednotlivca alebo symptóm ako taký. Základom Milánskeho prístupu je predstava rodiny ako sebaudržiujúceho sa systému, v ktorom symptóm jedného člena (napríklad dieťa) plní funkciu rovnováhy celku. Symptomatické správanie nie je chápané ako individuálna patológia, ale ako komunikačný prostriedok systému, ktorý pomáha udržiavať stabilitu v čase napätia alebo zmien. Tento pohľad viedol k **zásadnému posunu**: terapeut sa nestavia do pozície experta, ktorý „lieči“ pacienta, ale stáva sa pozorovateľom vzorcov, facilitátorom nového pohľadu a tvorcom alternatívnych významov (McNamee, 2015; Gergen, 2015).

6.1.1 Hlavné rysy a nástroje Milánskej školy

Charakteristickým rysom Milánskej školy je tímová práca – počas sedení sa na terapii podieľal jeden hlavný terapeut, zatiaľ čo zvyšok tímu pozoroval dianie za jednosmerným zrkadlom. Tím po prestávke formuloval nové hypotézy o funkcii symptómu a o vzájomných vzťahoch v systéme. Hypotetizovanie nebolo chápané ako spôsob nachádzania „pravdy“, ale ako pracovná konštrukcia, ktorá pomáha meniť spôsob, akým rodina o probléme hovorí (Becvar & Becvar, 2018).

Jedným z najvýznamnejších inovačných nástrojov Milánskej školy boli **cirkulárne otázky**. Pomocou nich terapeut skúmal rozdiely v perspektívach členov rodiny, napríklad otázkami typu: „Kto si myslí, že mama reaguje najrýchlejšie, keď sa otec hnevá?“ alebo „Kto v rodine najlepšie rozumie, prečo sa dcéra uzatvára?“ Cirkulárne otázky umožňovali rodine vnímať seba ako systém, odhaľovať vzájomné vplyvy a otvárať priestor pre nové interpretácie správania (Tomm, 1988; Boscolo & Bertrando, 1996; Brown, 2015).

Ďalším kľúčovým konceptom bola tzv. **neutralita terapeuta** – postoj zvedavosti a nehodnotenia, ktorý zabráňuje zaujať stranu v rodinných konfliktoch. Neskôr členovia tímu hovorili o „**kuriózne neutralite**“ (**curious neutrality**), ktorá zdôrazňovala schopnosť terapeuta byť zároveň angažovaný i otvorený pre viaceré možné významy. Milánska škola bola známa aj používaním paradoxných intervencií a rituálov – terapeut napríklad mohol rodine odporučiť, aby určitý vzorec správania dočasne vedome udržiavala, čím sa narušila jeho automatická funkcia. Takéto zásahy mali často „depatologizujúci“ účinok a pomáhali rodine objaviť nové spôsoby interakcie (Boscolo & Bertrando, 1996; Becvar & Becvar, 2018). Hoci sa pôvodný tím neskôr rozdelil (Boscolo a Cecchin pokračovali v smere postmoderného dialógu a reflexívnej praxe, zatiaľ čo Selvini Palazzoli sa viac zamerala na prácu s rodinami s ťažkými psychopatológiami), myšlienky Milánskej školy ostali kľúčové pre ďalší vývoj systemickej terapie. Ich dôraz na cirkularitu, jazyk, význam a neutralitu sa stal základom pre vznik novších prístupov – napríklad naratívnej terapie (Michael White, David Epston) či na riešenie orientovanej terapie (Steve de Shazer, Insoo Berg).

6.1.2 Milánske princípy – Hypotetizovanie, Cirkularita, Neutralita

V prvotnej koncepcii troch systemických princípov – hypotetizovania, cirkularity a neutrality – hlavným cieľom Milánskeho tímu bolo poskytnúť účinné metódy pre rozhovory s rodinami, pričom sekundárnym cieľom bolo odstrániť osobné vlastnosti terapeuta, ako sú intuícia, charisma či osobná angažovanosť (Selvini et al., 1980; Boscolo & Bertrando, 1996).

Hypotetizovanie bolo chápané ako tvorba systemických „predpokladov“, ktoré udržiavali aktivitu terapeuta, dávali rozhovoru poriadok a usmerňovali kladenie otázok. Tieto hypotézy vychádzali z pozitívnej konotácie, snažili sa porozumieť problému v kontexte vzťahov, no nešli po objektívnej pravde. Hypotézy mali praktickú hodnotu v zmysle facilitácie kladenia otázok a zhromažďovania informácií, ktoré sa následne vracali do rodinného systému (Selvini et al., 1980; Carr, 2019; Becvar & Becvar, 2018).

Tvorba hypotéz

Hypotéza je predbežný predpoklad, ktorý je potrebné následne overiť. V klasickej vedeckej teórii slúži ako nástroj poznania – podnecuje skúmanie v tom zmysle, či má byť hypotéza potvrdená alebo zamietnutá. V systemickej terapii sa však hypotéza chápe trochu inak, najmä podľa Selvini-Palazzoli a kol. (1981). Hodnota hypotézy sa tu posudzuje podľa jej užitočnosti. Užitočnosť sa hodnotí podľa dvoch hlavných funkcií:

(1) Organizačná funkcia:

Pri množstve informácií, ktoré zaznievajú v rodinných rozhovoroch, pomáha hypotéza triediť podstatné informácie od nepodstatných. Umožňuje terapeutovi vytvoriť si prehľad a štruktúru.

(2) Podnecujúca funkcia:

Hypotézy, ktoré prinášajú nový pohľad, majú najprv pomôcť terapeutovi a následne aj rodine vidieť situáciu inak. Nejde len o preverovanie toho, na čom sa už všetci zhodnú, ale o hľadanie a skúmanie nových možností. Práve v situáciách, keď sa „neustále deje to isté“, sú užitočné hypotézy, ktoré prinášajú prvok prekvapenia či niečo na prvý pohľad nepravdepodobné. Cieľom nie je nájsť jednu jedinú „správnu“ hypotézu. Skôr ide o to, aby rôznorodé hypotézy viedli k rôznorodosti perspektív a možností. Je úplne v poriadku vytvárať aj „lineárne“ hypotézy, pokiaľ sme zároveň otvorení predstave, že situácia môže byť úplne iná. Nové, prekvapivé poznatky často prinášajú hypotézy, ktoré odporujú bežným vysvetleniam (Nichols & Davis, 2020).

Napríklad Hellinger odporúča, aby sa terapeut postavil „na stranu vylúčeného“ a povedal: „Vždy je to opačne, než sa zdá.“ (Weber, 1993). Práve nezvyčajné, tvorivé vysvetlenia sú dobrými katalyzátormi pri riešení problémov. Je však potrebné vzdať sa predstavy, že existuje jediné správne vysvetlenie. Preto je užitočné občas sa klienta opýtať na „najmenej pravdepodobné a najmenej jasné vysvetlenie“ jeho problému (Furman & Ahola, 1995; de Shazer et al., 2007).

Čo robí hypotézu systemickou? Systemická hypotéza je tým vhodnejšia a presnejšia, čím viac členov problémového systému zahrňuje a čím viac dokáže oceňujúcim spôsobom prepojiť konanie jednotlivých aktérov (Becvar & Becvar, 2018; Carr, 2019). Hypotéza by mala byť formulovaná tak, aby zahŕňala všetkých členov systému a zároveň prepojila: dobré úmysly s nechcenými negatívnymi dôsledkami alebo naopak utrpenie spôsobené problémom s pozitívnymi vedľajšími účinkami, ktoré problém môže prinášať (McNamee, 2015; Gergen, 2015).

- **Cirkularita** bola chápaná ako proces umožňujúci postupný vývoj hypotéz a otváranie priestoru pre alternatívne vysvetlenia problému. Ovplyvňovala schopnosť terapeuta viesť vyšetrovanie na základe spätnej väzby od rodiny (Selvini, 1980). Takáto spätná väzba vznikala v reakcii rodiny na charakteristické milánske cirkulárne otázky, ktoré skúmali rozdiely a zmeny v rodinnom systéme (Tomm, 1988; Brown, 2015).

Cirkulárne dotazovanie predstavuje jeden z najvýraznejších technických a epistemologických posunov v histórii psychoterapie. Nešlo len o zmenu „slovosledu“ otázok, ale o radikálnu zmenu v tom, kde terapeut hľadá informácie a ako definuje problém. Pred príchodom Milánskeho modelu (a systemiky všeobecne) bola väčšina terapeutických rozhovorov vedená lineárne. Cirkulárne dotazovanie zmenilo vedenie rozhovoru v štyroch kľúčových oblastiach (Carr, 2019):

1. Od „Prečo?“ k „Ako?“ a „Kto?“ (zmena zamerania)

Tradičný (lineárny) rozhovor sa sústredil na príčinu a vnútro jedinca. Cirkulárny rozhovor sa sústreďuje na vzťahy a vzorce.

- Lineárny prístup: Terapeut sa pýta pacienta: „Prečo si depresívny?“
- Dôsledok: Pacient hľadá chybu v sebe, cíti sa vinný alebo defenzívny. Rozhovor sa uzatvára dovnútra osoby.
- Cirkulárny prístup (Milánsky): Terapeut sa pýta iného člena rodiny: „Keď je otec depresívny, čo robí mama? A čo robíš ty, keď vidíš mamu takto reagovať?“
- Dôsledkom je zmena: Rozhovor mapuje „tance“ a reakcie v systéme. Problém prestáva byť statickou vlastnosťou osoby a stáva sa dynamickou súčasťou vzťahov.

2. Triadický charakter komunikácie (prelomenie dyády)

Najväčšou inováciou bolo využitie triadických otázok. Namiesto toho, aby sa terapeut pýtal priamo osoby A na jej pocity, pýta sa osoby B na vzťah medzi osobou A a osobou C.

Ako to zmení rozhovor:

- Narušenie obrany: Ak sa spýtate matky: „Ste voči dcére príliš ochránárska?“, pravdepodobne povie nie.
- Ak sa spýtate dcéry: „Kto sa o teba bojí viac – otec alebo mama?“, získate úprimnejšiu odpoveď a matka sa dozvie, ako ju vníma dcéra, bez toho, aby bola priamo konfrontovaná.
- Nové informácie: Členovia rodiny prvýkrát počujú, ako ich vzájomné vzťahy vnímajú ostatní členovia (napr. deti vnímajúce konflikt rodičov).

3. Zavedenie kategórie „Rozdielu“

Gregory Bateson definoval informáciu ako „rozdiel, ktorý robí rozdiel“. Milánsky model preto zmenil rozhovor tak, aby neustále skúmal rozdiely, čím sa vyhýba nálepkovaniu.

Typy otázok, ktoré zmenili dynamiku sedenia:

- Klasifikácia (Ranking): „Kto je najviac nahnevaný, keď dcéra neje? Kto je druhý? Kto je najmenej?“ (Odhaľuje koalície a hierarchiu).
- Časové rozdiely: „Je to teraz lepšie alebo horšie ako pred tým, než otec stratil prácu?“ (Spája symptóm s kontextom udalostí).
- Hypotetické otázky: „Ak by sa dcéra zajtra zázračne uzdravila, čo by sa stalo s manželstvom vašich rodičov?“ (Odhaľuje funkciu symptómu v budúcnosti).

4. Otázka ako intervencia

V tradičnej diagnostike sa terapeut pýtal, aby získal informácie a potom urobil intervenciu. V Milánskom modeli sa samotná otázka stala intervenciou.

- Tým, že terapeut položí otázku: „Myslíte si, že synove výbuchy hnevu slúžia na to, aby sa rodičia prestali hádať a spojili sa proti nemu?“, vkladá do systému novú myšlienku (preformátovanie).
- Rodina odchádza zo sedenia a premýšľa o otázkach, ktoré narušili ich obvyklé videnie sveta. Terapeut už nie je len „vyšetrovateľ“, ale „**narušiteľ**“ (perturbátor) stereotypov.

V systemickej terapii sa koncept „**narušenia**“ („perturbace“) používa na označenie zásahu, ktorý preruší existujúci vzorec správania alebo interakcie, čím sa otvára priestor pre nové možnosti riešenia (Ludewig, 1992). Nemecké preklady Maturanovho pôvodného konceptu nie sú úplne presné a po prvý pohľad môže pojem „narušenie“ evokovať niečo nezdvorilé alebo

rušivé, hoci v terapeutickej praxi ide o cieleňy a významný zásah (Maturana & Varela, 1987; von Foerster, 2003).

Príkladom je spoločenstvo mravcov: ak mravec sleduje iného mravca k zdroju potravy, vzniká dlhý reťazec. Ak sa však hlava reťazca stretne s jeho koncom, vznikne **začarovaný kruh**, v ktorom mravci nedosiahnu potravu. Terapia vo forme narušenia by znamenala umiestniť prekážku, ktorá prerušuje reťazec a núti mravca hľadať novú cestu (Ludewig, 1992; Simon, 2006).

Ďalším ilustratívnym príkladom je **nespavosť**. Muž trpiaci pretržitým spánkom sa každý večer kontroloval na hodinkách, čo zhoršovalo jeho stres a nespavosť. Jednoduchá intervencia – otočenie budíka tak, aby ho nevidel – **prerušila začarovaný vzorec** a symptóm zmizol, pričom efekt pretrvával aj dva roky (Ludewig, 1992; de Shazer et al., 2007; Franklin et al., 2012).

Dôležité je, že význam narušenia je **určený reakciou klienta**. Ak systém na intervenciu nereaguje, nenastáva terapeutické narušenie. Ludewig (1992) preto odporúča chápať narušenie ako zmenu v reakcii systému na podnet terapeuta. Narušenie môže vzniknúť aj prostredníctvom **kritického skúmania zavedených presvedčení**. Nové podnety a myšlienky často nevykazujú priame kritické napadnutie starých konceptov, no ich svetlo spôsobuje, že pôvodné názory sa ukazujú ako menej relevantné. Takto vznikajú nové perspektívy a možné varianty budúcnosti (Seikkula et al., 2003).

Cieľom terapie ako narušovania je teda **otvoriť systém pre nové možnosti správania a myslenia** ekonomickým a účinným spôsobom, bez nutnosti liekov, rozsiahleho výcviku alebo dlhodobého „dozrievajúceho“ procesu (de Shazer et al., 2007; Franklin et al., 2012; von Schlippe & Schweitzer, 2016).

▪ **Neutralita: od princípu „držania strany všetkým“ k neutralite terapeuta**

Koncept „**držania strany všetkým**“ označuje schopnosť terapeuta zaujať rovnako prijímajúci postoj ku všetkým členom rodiny. Ide o schopnosť rozpoznať a uznať prínos každého člena systému, ako aj porozumieť ambivalentným vzťahom tým, že sa terapeut dokáže identifikovať s rôznymi, aj protichodnými perspektívami. Tento prístup vytvára základ pre **neutralitu**, ktorá sa stala jedným z kľúčových princípov systemickej a najmä Milánskej terapie (Selvini Palazzoli et al., 1980; Barbetta, 2019; von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Neutralita v systemickom poradenstve plní dve základné funkcie. Po prvé, umožňuje, aby terapeut bol všetkými účastníkmi vnímaný ako kompetentný a dôveryhodný odborník. Po druhé, chráni terapeuta pred tým, aby bol vtiahnutý do existujúcich rodinných koalícií a vzťahových vzorcov. Neutrálneho terapeuta sa nezameriava primárne na hľadanie úmyslu alebo viny, ale na skúmanie **účinkov správania v rámci systému**. Ak po terapeutickej intervencii nie je rodine zrejmé, na ktorej strane terapeut „stál“, aké riešenie uprednostňoval alebo aký je jeho osobný postoj k problému, možno hovoriť o zachovaní neutrality (Barbetta, 2019).

Neutralita je však často nesprávne interpretovaná. Neznamená absenciu vlastného názoru ani hodnotového rámca. Podľa Cecchina (1988) ide skôr o to, že terapeut **neprezentuje svoj názor ako normatívnu pravdu alebo záväznú doktrínu**. Terapeut môže svoj pohľad vyjadriť, no zároveň jasne komunikuje, že tento pohľad nemusí byť pre klienta užitočný alebo prijateľný. Týmto spôsobom je možné neutralitu opätovne nadobudnúť aj po explicitnom vyjadrení postoja (Anderson, 2012; McNamee, 2015).

Rovnako dôležité je zdôrazniť, že neutralita neznamená emocionálnu chladnosť či odstup. Rané podoby Milánskeho modelu boli často charakterizované neosobným štýlom, ktorý je dnes hodnotený kriticky. Výskumy poukazujú na to, že aj v systemickej terapii je vytváranie vreleho a empatickeho terapeutického vzťahu základným predpokladom spolupráce (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009; Blow & Sprenkle, 2001). Terapeut preto môže a má prejavovať

autentický záujem o jednotlivých členov rodiny. Práve tento záujem umožňuje objaviť význam aj správania, ktoré je na prvý pohľad ťažko akceptovateľné.

Neutralita je v systemickej terapii a poradenstve chápaná ako **špecifický profesionálny postoj**, nie ako univerzálny spôsob správania použiteľný vo všetkých životných situáciách. Ak by systemickí odborníci uplatňovali neutralitu bez ohľadu na kontext, mohlo by ísť o prejav profesionálnej deformácie, ktorý by bol z hľadiska odbornej praxe problematický (Cecchin, 1988; Nichols & Davis, 2020). Neutralita má svoje opodstatnenie predovšetkým v špecializovaných terapeutických a poradenských kontextoch, kde umožňuje udržiavať reflexívnu metapozíciu a zabraňuje terapeutovi vstupovať do existujúcich vzťahových koalícií v systéme (Schlippe & Schweitzer, 2006).

Tento postoj však nie je vhodný pre všetky oblasti profesionálneho ani osobného života. Neutralita nie je primeraná v bežných medziľudských vzťahoch, ako sú vzťahy s vlastnými deťmi, partnerské alebo kolegiálne vzťahy, kde je prirodzene očakávaná emocionálna angažovanosť a jasné hodnotové stanovisko (Hoffman, 1996). Rovnako nie je vhodná ani v profesionálnych situáciách, v ktorých je potrebné uplatniť **starostlivosť, ochranu alebo sociálnu kontrolu**, napríklad v oblasti sociálnej práce alebo pri riešení ohrozenia jednotlivca.

Osobitne citlivou oblasťou, v ktorej je neutralita systemicky spochybňovaná, je **sexuálne zneužívanie**. V takýchto prípadoch je nevyhnutné zaujať jednoznačný etický postoj a uprednostniť ochranu obetí pred zachovávaním striktnej neutrality (Collmann et al., 1993). Neutralita preto nemá byť chápaná ani ako všeobecný morálny, ani ako politický postoj, ale ako **kontextovo viazaný profesionálny nástroj** (Seikkula & Olson, 2003; von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Aj v rámci samotného systemického poradenstva existujú situácie, v ktorých je vedomé opustenie neutrality opodstatnené. Ide najmä o prípady, kde by jej rigidné uplatňovanie mohlo viesť k eticky neutrálneho dôsledkom alebo k udržiavaniu škodlivých interakčných vzorcov. Kľúčovou kompetenciou systemického terapeuta je preto schopnosť rozlišovať, kedy neutralita podporuje terapeutický proces a kedy je potrebné zaujať jasné odborné stanovisko (Hoffman, 1996; Anderson, 2012; Gergen, 2015).

Typy neutrality v systemickom poradenstve a terapii

V systemickom prístupe je možné rozlišovať viacero foriem neutrality, ktoré sa vzťahujú na rôzne roviny terapeutického procesu. Tieto podoby neutrality pomáhajú terapeutovi udržať si reflexívnu pozíciu, predchádzať zapojeniu do konfliktov a podporovať otvorenosť poradenského rozhovoru (Cecchin, 1988; Barbeta, 2019; von Schlippe & Schweitzer, 2016; Nichols & Davis, 2020).

1. Neutralita vo vzťahu k osobám

Neutralita vo vzťahu k osobám znamená, že nie je zrejmé, ku ktorému členovi systému má terapeut bližšie alebo koho stanovisko uprednostňuje. Tento postoj pomáha predchádzať zapleteniu terapeuta do existujúcich konfliktov a koalícií medzi členmi rodiny. Zároveň umožňuje udržať si produktívny vnútorný odstup od jednotlivcov a sústrediť hlavnú pozornosť na vzťahy, interakcie a procesy, teda na „to, čo je medzi“ členmi systému, a nie na jednotlivcov samotných.

2. Neutralita vo vzťahu k problému alebo symptómom

Neutralita vo vzťahu k problému znamená, že terapeut explicitne nehodnotí symptóm alebo problém ako „dobrý“ či „zlý“ a nevyjadruje sa jednoznačne k tomu, či by mal byť odstránený alebo zachovaný. Nie je zrejmé, ako terapeut hodnotí správanie a udalosti, ktoré sú v rodinnom systéme vnímané ako problematické, napríklad útek dospievajúceho z domu,

zásahy starých rodičov do výchovy, neprítomnosť jedného z rodičov, závislostné správanie či porušenie zákona.

Voči problémom je v systemickom poradenstve uplatňovaný **rešpektujúco-ambivalentný postoj**, ktorý na jednej strane uznáva utrpenie a záťaž spojenú s problémom, a na druhej strane zohľadňuje jeho možnú funkciu pri udržiavaní stability a sebaorganizácie systému. Takýto postoj chráni terapeuta pred nadmerne direktívnymi a kontextovo necitlivými intervenciami a pred zjednodušeným morálnym hodnotením situácií.

3. Neutralita vo vzťahu k ideám a interpretáciám

Neutralita vo vzťahu k ideám znamená, že terapeut neuprednostňuje konkrétne vysvetlenia problémov, návrhy riešení, hodnoty alebo normy, ktoré sa v priebehu rozhovoru objavujú. Zostáva otvorený, aký postoj terapeut zaujíma k rôznym životným štýlom, rodinným usporiadaniam alebo hodnotovým orientáciám, napríklad k otázkam samostatnosti dospelých detí, domácich pravidiel či partnerskej intimity.

Týmto spôsobom zostáva poradenský proces **otvorený alternatívnym a potenciálne vhodnejším riešeniam**, než aké by terapeut vnucoval z vlastnej perspektívy. Zároveň sa tým predchádza vzniku symetricky eskalujúcich konfliktov o „správne“ vysvetlenie problému alebo o „najlepšiu“ spôsob starostlivosti, ktoré by mohli brániť terapeutickú spoluprácu.

6.1.3 Fázy milánskeho modelu terapie

Milánsky model systemickej rodinnej terapie vznikol v 70. rokoch 20. storočia v rámci práce tzv. milánskeho tímu (M. Selvini Palazzoliová, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata). Model predstavuje vysoko štruktúrovaný spôsob vedenia terapeutického procesu, ktorý je založený na princípoch systémovej teórie, cirkulárnej kauzality a kybernetiky druhého rádu. Pre milánsky prístup je typický dôraz na **hypotetizovanie, cirkularitu a neutralitu terapeuta**, ako aj na **tímovú spoluprácu a reflexiu terapeutického procesu** (Cecchin, 1988; Nichols & Davis, 2020).

Príprava (pre-session)

Príprava je fáza, ktorá prebieha bez prítomnosti rodiny. Terapeut alebo terapeutický tím v nej zhromažďuje dostupné informácie o rodinnom systéme (napr. dôvod vyhľadania terapie, základné údaje o rodine, predchádzajúce intervencie) a na ich základe formuluje **pracovné systémové hypotézy**. Hypotézy sa zameriavajú na vzťahové vzorce, komunikačné sekvencie a možné funkcie symptómu v systéme, nie na individuálnu psychopatológiu. Majú dočasný a flexibilný charakter a slúžia ako orientačný rámec pre vedenie rozhovoru (Carr, 2019).

Sedenie (session)

Počas terapeutického sedenia sa pôvodné hypotézy overujú, modifikujú alebo opúšťajú prostredníctvom rozhovoru s rodinou. Základnou technikou sú **cirkulárne otázky**, ktoré umožňujú skúmať vzájomné vzťahy medzi členmi rodiny, rozdiely v ich perspektívach a opakujúce sa interakčné vzorce. Terapeut sa sústreďuje predovšetkým na procesy v systéme (ako rodina funguje), nie na obsah problémov (čo sa stalo). Dôležitým princípom tejto fázy je **neutralita terapeuta**, ktorá znamená vyhýbanie sa hodnoteniu, moralizovaniu a vytváraniu aliancií s jednotlivými členmi rodiny (von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Medzisedenie (inter-session break)

Medzisedenie predstavuje krátku, zámerne vytvorenú prestávku počas sedenia. Terapeut alebo terapeutický tím v tejto fáze reflektuje priebeh rozhovoru, analyzuje pozorované interakcie a reviduje pôvodné hypotézy. Charakteristickým znakom milánskeho prístupu je tímová diskusia, často realizovaná za jednosmerným zrkadlom alebo prostredníctvom

videoprenosu. Cieľom je dosiahnuť odstup, zahrnúť viacero pohľadov a pripraviť cieleňú intervenciu, ktorá naruší rigidné vzorce fungovania systému (von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Intervencia

Intervencia nadväzuje na medzisedenie a je terapeutickou odpoveďou na pozorované procesy v rodinnom systéme. Môže mať podobu **pozitívnej konotácie**, spätnoväzbového komentára alebo konkrétnej direktívy či rituálu. Pozitívna konotácia spočíva v prerámovaní symptómu alebo problematického správania ako funkčného prvku systému, ktorý prispieva k udržiavaniu rovnováhy alebo vzťahovej stability. Intervencie sú formulované tak, aby podporovali zmenu pohľadu na problém a stimulovali nové spôsoby interakcie (Carr, 2019; Nichols & Davis, 2020).

Záverečné sedenie (post-session)

Záverečné sedenie je reflexívnou fázou, ktorá prebieha po odchode rodiny. Terapeutický tím hodnotí priebeh sedenia, reakcie rodiny na intervenciu a vlastné terapeutické postupy. Zaznamenávajú sa kľúčové pozorovania a formulujú sa nové alebo upravené hypotézy pre ďalšie stretnutia. Táto fáza podporuje kontinuitu terapeutickej práce a systematickú sebareflexiu (Carr, 2019; Nichols & Davis, 2020).

6.1.4 Vývoj a vplyv

Postupom času sa členovia milánskeho tímu začali rozchádzať vo svojich prioritách. Luigi Boscolo a Gianfranco Cecchin sa priklonili k viac kolaboratívnej, menej direktívnej podobe terapie, zameranej na „systemické kladenie otázok“. Mara Selvini Palazzoli a jej kolegyňa Giuliana Prata si udržali niektoré strategické prvky, vrátane paradoxných intervencií. Napriek týmto rozdielom mal milánsky prístup hlboký vplyv na oblasť rodinnej terapie a inšpiroval ďalšie vývojové prúdy v systémovej a postmodernej terapii (Boscolo & Bertrando, 2008; Campbell, Draper, & Huffington, 2014; Dallos & Draper, 2015), napríklad:

- **Reflektujúce tímy:** Tom Andersen a ďalší rozvinuli myšlienku viacnásobných perspektív tým, že pozorovatelia otvorene zdieľajú svoje postrehy s rodinou rešpektujúcim, dialógovým spôsobom.
- **Naratívna terapia:** Michael White a David Epston čerpali zo systémových princípov a zdôraznili, ako si rodiny konštruujú realitu prostredníctvom príbehov s cieľom pomôcť im „prepísať“ vlastné príbehy.
- **Kolaboratívne jazykové systémy:** Harlene Anderson a Harry Goolishian obmedzili dôraz na terapeuta ako experta a kládli dôraz na spoločný dialóg a proces spoluvytvárania významov.

Milánska systemická rodinná terapia je kľúčovým modelom v rámci rodinnej terapie. Spája skoršie strategické a štrukturálne prístupy s konštruktivistickými a postmodernými vplyvmi. Jej základné princípy – hypotetizovanie, cirkulárne kladenie otázok, neutralita a pozitívna konotácia – nabádajú terapeutov aj rodiny na hľadanie alternatívnych vysvetlení problematických prejavov a podporujú vzťahovú zmenu (Tomm, 2013; Vetere & Dallos, 2018). Vďaka vnímaniu rodiny ako komplexného systému, ktorý symptómy spoluvytvára a udržiava, milánsky prístup neostáva len pri riešení aktuálnych problémov, ale mení aj samotný spôsob, akým rodina komunikuje a vníma sama seba.

Tento prístup si stále udržuje svoju hodnotu v súčasnej praxi, kde systémovo orientovaní terapeuti čerpajú z myšlienok milánskeho tímu, aby vo vzťahoch podporili empatiu, zvedavosť

a prispôsobivosť. Tým prispievajú k formovaniu odolnejších a viac súdržných vzťahových vzorcov v rodinách.

6.1.5 Praktické príklady

Anorexia u adolescenta:

- **Kontext:** 16-ročné dievča s výrazným obmedzovaním stravy prichádza na terapiu s ustarostenými rodičmi. Rodina už vyskúšala viacero zásahov, ktoré sa však primárne zameriavali na správanie dcéry.
- **Intervencia:** Pomocou cirkulárnych otázok terapeut zisťuje, ako matka, otec a súrodenci vnímajú vzájomne svoje presvedčenia ohľadom anorexie. Následne predstaví pozitívnu konotáciu, keď anorexické správanie opíše ako dcérin pokus poukázať na hlbší nesúlad rodičov, pričom ich tým paradoxne spája v spoločnej starosti o jej zdravie.
- **Výsledok:** Rodine je pridelený rituál: každý večer si matka, otec a dcéra vzájomne porozprávajú o jednom pozitívnom momente zo svojho dňa, pričom sa sústreďujú na vzájomné počúvanie namiesto okamžitého riešenia problémov. Postupne sa pozornosť rodiny presúva od „napravenia“ dcérineho jedenia k zlepšeniu emočného prepojenia a zmierneniu rodičovského konfliktu, čo ovplyvňuje dcérinu vôľu jesť a jej sebaúctu.

Konflikt medzi rodičmi a 12-ročným synom:

- **Kontext:** Manželský pár prichádza s 12-ročným synom do terapie kvôli agresívnym prejavom správania doma. Rodičia sa navzájom obviňujú z nedostatočnej disciplíny a syn má pocit, že mu nik nerozumie.
- **Intervencia:** Počas sedenia terapeut žiada každého z rodičov, aby opísal, ako druhý rodič vníma synovo správanie. Odhaľujú sa tak skryté obavy z toho, kto z nich je „zlý“ rodič. Terapeut zostáva neutrálny a potvrdzuje platnosť názorov oboch strán bez toho, aby sa prikláňal na jednu stranu. Následne zadá úlohu, v ktorej má syn viesť „rozhovor“ s každým z rodičov o spomienke z ich detstva, keď oni sami čelili frustrácii a ako ju zvládli.
- **Výsledok:** Syn začne vnímať svojich rodičov aj ako deti, ktoré tiež v minulosti zápasili s vlastnými emóciami, a rodičia zasa objavajú, že rozdiely v ich prístupe môžu súvisieť s ich vlastnou výchovou. Vzájomné interakcie v rodine sú menej konfrontačné, keďže sa postupne zvyšuje empatia a rodina si vytvára nový spoločný základ na komunikáciu o frustrácii.

Otázky:

1. *Aký bol hlavný prínos Milánskej školy pre systemickú terapiu?*
2. *Vysvetlite princípy: hypotetizovanie, cirkularita a neutralita.*
3. *Ako sa menila rola terapeuta od kybernetiky prvého k druhému rádu?*
4. *Aký význam má tímová reflexia v Milánskom modeli?*
5. *Ako by vyzerala praktická aplikácia cirkulárnych otázok?*
6. *V čom spočíva rozdiel medzi tradičnými a systemickými intervenciami?*

7 Krátka terapia zameraná na riešenie

7.1 Stručná história terapie zameranej na riešenia (SFBT)

Terapia zameraná na riešenia (Solution-Focused Brief Therapy – SFBT) vznikla v 80. rokoch 20. storočia najmä vďaka práci Stevea de Shazera a Insoo Kim Berg. Ich prístup nadviazal na výskumy Watzlawicka, Weaklanda a Fische (1974), ktorí poukázali na to, že pokusy o riešenie problému môžu paradoxne problém udržiavať alebo posilňovať. Zároveň spochybnili presvedčenie, že pre terapeutickú zmenu je vždy nevyhnutné podrobne poznať pôvod problému (Gingerich & Peterson, 2013).

Základným východiskom SFBT je predpoklad, že **riešenie nemusí priamo súvisieť s problémom**, že **klient je expertom na svoj vlastný život** a že **zmena môže nastať aj bez analýzy príčin ťažkostí** (Berg & Dolan, 2001; Kim, 2008; Trepper et al., 2012). Tento prístup sa opiera o niekoľko praktických zásad: (1) ak niečo funguje, (2) netreba to meniť; (3) ak niečo prináša úžitok, má sa v tom pokračovať; (4) ak určitý postup nefunguje, je vhodné skúsiť niečo iné (de Shazer, 1985).

De Shazer a Berg identifikovali tri typy terapeutického správania, ktoré výrazne podporujú orientáciu klientov na riešenia, zdroje a zmenu. Ide najmä o **otázky zamerané na preferovanú budúcnosť** (napr. „Čo by ste chceli namiesto problému?“ alebo „Čo je už teraz lepšie?“), **otázky zamerané na konkrétne detaily úspechu** („Ako presne sa vám to podarilo?“ „Čo ste urobili inak?“) a **verbálne posilňovanie** prostredníctvom komplimentov a otázok zameraných na kompetencie klienta („Ako ste to dokázali?“ „Kde ste na to prišli?“), (de Shazer et al., 2007; Trepper et al., 2012; Franklin et al., 2017).

K rozvoju SFBT významne prispel aj Milton H. Erickson, ktorý zdôrazňoval orientáciu na cieľ a kompetencie klienta. Svojich študentov viedol k tomu, aby začínali od „konca príbehu“ – teda od želaného výsledku – a až následne uvažovali o tom, čo mu predchádzalo. V podobnom duchu SFBT vychádza z klientom definovaného cieľa a sústreďuje sa na možnosti konania a zmeny, ktoré klient už má k dispozícii, namiesto prispôbovania terapie diagnostickým kategóriám (Rossi, 1980; Kim, 2008; Franklin et al., 2012).

7.2 Predpoklady SFBT so zameraním na riešenia

Terapia zameraná na riešenia (SFBT) vychádza z viacerých praktických predpokladov, ktoré terapeutom poskytujú nový spôsob nazerania na klienta a jeho ťažkosti. Kľúčovým východiskom je odmietnutie pojmu rezistencia, keďže ten implicitne predpokladá nechotu klienta meniť sa a stavia terapeuta mimo terapeutického systému (de Shazer, 1984). SFBT namiesto toho zdôrazňuje kooperatívny vzťah, v ktorom terapeut pracuje s klientovými zdrojmi, silnými stránkami, jazykom a významami, ktoré klient používa.

Zmena je v SFBT chápaná ako nepretržitý proces, zatiaľ čo stabilita sa považuje skôr za ilúziu. Otázkou preto nie je, či k zmene dôjde, ale kedy a ako. Terapeut podporuje klienta v vytváraní pozitívnych sebanaplňujúcich sa očakávaní, pričom platí, že hovorenie o zmene zvyšuje pravdepodobnosť jej uskutočnenia. Zameranie na úspechy v minulosti, prítomnosti a budúcnosti má priaznivejší efekt než podrobné rozoberanie zlyhaní.

Zásadným princípom SFBT je práca s výnimkami z problému – situáciami, v ktorých sa problém nevyskytuje alebo sa objavuje v menšej miere. Keď si klient začne všimnúť malé zmeny, posilňuje sa jeho očakávanie ďalšieho zlepšenia (tzv. efekt snehovej gule). Často sa ukazuje, že zárodoky riešenia sú už prítomné v klientovom správaní, no zostávajú nepovšimnuté. Skúmanie výnimiek a hypotetických riešení napomáha určovať smer ďalšieho postupu.

Keďže klient je expertom na svoj život, riešenia, ku ktorým dospeje sám, sú pre neho zmysluplné, rýchlo dostupné a udržateľné. SFBT vychádza z nepatologizujúceho pohľadu na

človeka: ťažkosti sú bežnou súčasťou života a môžu sa stať chronickými v závislosti od spôsobu, akým na ne reaguje klient a jeho okolie (Watzlawick et al., 1974).

Walter a Peller (2000) uvádzajú tri základné otázky zamerané na úspech: *Ako ste to dokázali? Ako ste sa rozhodli to urobiť? Ako sa vám to podarilo zvládnuť?* Tieto otázky podporujú vnímanie kompetencie, zodpovednosti a aktívnej úlohy klienta v procese zmeny. Základným predpokladom SFBT je, že **žiadny problém nie je prítomný stále v rovnakej miere** a že na jeho riešenie nie je potrebné detailne poznať jeho príčiny. Terapeut skúma, čo klient robí inak v čase, keď problém ustupuje, a klient sám definuje cieľ terapie. Tento cieľ by mal byť opísaný konkrétne a pozorovateľne, ako „videozáznam“ každodenného života po dosiahnutí želananej zmeny.

V literatúre zameranej na riešenia sa často hovorí o cieľoch terapie v množnom čísle. Z praktického hľadiska je však vhodnejšie hovoriť o jednom hlavnom terapeutickom ciele, pretože klient spravidla sleduje jednu želanú zmenu. Existuje síce viacero možných ciest, ako sa k tomuto cieľu priblížiť, no samotný cieľ zostáva jednotný. Skúsenosti ukazujú, že ak je klient opakovane dotazovaný na „ciele“, má tendenciu opisovať skôr prostriedky alebo stratégie, než samotný želaný stav. Ak sa niektorý z týchto prostriedkov ukáže ako nerealizovateľný, terapia môže uviaznuť, pokiaľ sa pozornosť nevráti k cieľu.

Albert Einstein poukázal na to, že teórie ovplyvňujú to, čo pozorujeme. Realita nie je objektívne daná, ale je spoluutváraná pozorovateľom. V terapii to znamená, že terapeut sa aktívne podieľa na spoluvytváraní terapeuticko reality. Psychoanalyticky orientovaný terapeut bude pravdepodobne vnímať nevyriešené konflikty alebo deficity, zatiaľ čo terapeut zameraný na riešenia sa sústreďuje na možnosti zmeny a zdroje klienta. Nie je možné, aby terapeut pracoval bez teórie. V SFBT je však terapeut chápaný ako spoluautor príbehu, ktorý klientovi pomáha prepisovať problémovo nasýtené naratívy. De Shazer (1984) prirovnáva terapeuta a klienta k hráčom tenisu stojacim na tej istej strane siete – terapeut nie je vzdialeným pozorovateľom, ale aktívnym účastníkom procesu.

Z pohľadu SFBT neexistujú definitívne vysvetlenia reality. Každú situáciu možno interpretovať viacerými spôsobmi, pričom žiadny z nich nemá výhradné postavenie „pravdy“. Preto by sa terapeuti nemali príliš pevne viazať na vlastné modely a preferované vysvetlenia. Ako varuje Émile-Auguste Chartier a jeho známy výrok: „Nič nie je nebezpečnejšie než jediná myšlienka, ak je to jediná, ktorú máme“.

7.3 Možné vysvetlenia a dôkazy účinku SFBT

To cez aké faktory pôsobí SFBT na klienta sa opiera Prvá hypotéza vychádza z bioinformačnej teórie emócií. Podľa tejto teórie je zmena emocionálnych reakcií na určité udalosti podmienená zmenou asociačných sietí, ktoré tieto reakcie vytvárajú. Emocionálne prežívanie je zakotvené v pamäťových štruktúrach, pričom kľúčovú úlohu v nich zohrávajú reakčné kódy – teda naučené spôsoby správania a reagovania (Bannink, 2010; Franklin et al., 2017).

Z tohto pohľadu sa zmena správania javí ako najefektívnejší spôsob, ako ovplyvniť emocionálne prežívanie. Keďže existujúce poznatky nemožno jednoducho „vymazať“, je potrebné ich rozšíriť o nové skúsenosti. SFBT preto pracuje s princípom kontrakondicionovania (kontrapodmieňovania), pri ktorom si klient osvojuje nové behaviorálne tendencie v reakcii na známe podnety. Prakticky sa to realizuje prostredníctvom domácich úloh, ako sú napríklad inštrukcie typu „*správajte sa, akoby ste už dosiahli svoj cieľ*“ alebo „*urobte niečo inak*“. Tým sa vytvárajú nové spojenia medzi situáciami a reakciami, čo môže viesť k zmene emocionálnych vzorcov (Franklin et al., 2017; Gingerich & Peterson, 2013).

Druhá hypotéza sa opiera o poznatky neurobiológie, najmä o výskum funkčnej špecializácie mozgových hemisfér (Siegel, 1999). Pravá hemisféra sa primárne podieľa na spracovaní neverbálnych aspektov komunikácie, ako sú obrazy, telesné vnemy a základné emócie. Je kľúčová pre porozumenie metaforám, paradoxom a humoru. Aktivuje sa napríklad

pri čítaní beletrie či poézie. Ľavá hemisféra je zameraná na verbálne a analytické spracovanie informácií, logické vzťahy príčiny a následku a lineárne usporiadanie udalostí. Bežná jazyková komunikácia je preto prevažne doménou ľavej hemisféry. Niektorí autori poukazujú na to, že pravá hemisféra poskytuje holistickejší pohľad na kontext, zatiaľ čo ľavá hemisféra má tendenciu informácie fragmentovať. Obrazne povedané, ľavá hemisféra „vidí stromy“, kým pravá „vidí les“. Výskumy naznačujú, že väčšina pravákov preferuje pri počúvaní hudby ľavé ucho, ktoré je prepojené s pravou hemisférou, čo súvisí s celostným prežívaním hudby. U profesionálnych hudobníkov sa tento vzorec často obracia, keďže hudbu spracúvajú analytickejšim spôsobom (Bannink, 2010).

Práca v duchu SFBT, ktorá intenzívne využíva imagináciu, mentálnu skúšku správania a hypotetické otázky, stimuluje najmä neverbálne a celostné funkcie pravej hemisféry. Účinnosť terapie zameranej na riešenia by tak mohla byť aspoň čiastočne vysvetlená tým, že aktivuje obe hemisféry mozgu a prepája analytické aj imaginatívne procesy.

V oblasti terapie zameranej na riešenia (SFBT) postupne pribúda počet výskumov zameraných na výsledky terapie. Pri hodnotení účinnosti psychoterapie je však dôležité nesledovať len zmenu na štandardizovaných meraniach, ale aj to, či klient považuje terapiu za užitočnú vo svojom každodennom živote. Kazdin (2017) preto zdôrazňuje pojem *klinická relevantnosť*, podľa ktorého by mal byť klient tým, kto posudzuje praktický prínos liečby. Prvé štúdie o účinnosti SFBT realizovali de Shazer (1991), de Jong a Berg (2013) či Miller, Hubble a Duncan (1996). Tieto výskumy však mali podobu jednoskupinových pre-post dizajnov bez kontrolnej skupiny, a preto neposkytujú dostatočne silný dôkaz o kauzálnej účinnosti terapie. Gingerich a Eisengart (2000) analyzovali 15 výsledkových štúdií SFBT a rozlíšili metodologicky kvalitnejšie a menej presné výskumy. Jedna z kvalitnejších štúdií ukázala, že SFBT dosahuje porovnateľné výsledky ako interpersonálna psychoterapia u študentov s depesiou. Väčšina týchto štúdií však pracovala s malými výskumnými súbormi a bola realizovaná autormi, ktorí sa k SFBT otvorene hlásili (Walter & Peller, 2000; Trepper et al., 2012).

Významným príspevkom je metaanalýza Stamsa a kol. (2006), ktorá zahŕňala 21 medzinárodných štúdií a celkovo 1 421 klientov. Výsledky ukázali, že SFBT nedosahuje vyšší efekt než problémovo orientované terapie, avšak prináša pozitívne zmeny v kratšom čase a vo väčšej miere podporuje pocit autonómie klienta v porovnaní s tradičnými formami psychoterapie.

Súčasný výskum poskytuje presvedčivé dôkazy o účinnosti (SFBT) naprieč rôznymi populáciami a oblasťami problémov. Rozsiahla meta-analýza Vermeulen-Oskam et al. (2024), zahŕňajúca 72 primárnych štúdií a 489 efektových veľkostí, preukázala veľký celkový účinok SFBT na psychosociálne výsledky, pričom účinnosť bola výraznejšia v neklinických vzorkách než v klinických populáciách. Autori zároveň identifikovali viaceré moderátory efektu, ako typ vzorky, forma intervencie a druh kontrolnej skupiny, čo poukazuje na kontextovo podmienenú účinnosť SFBT. Silné účinky boli zaznamenané najmä v párovej a skupinovej práci, ako aj pri výsledkoch súvisiacich s dosahovaním cieľov a vzťahovým fungovaním (Vermeulen-Oskam et al., 2024). Tieto zistenia podporuje aj umbrella review Žak a Pękala (2025), ktorá syntetizovala dôkazy z 25 systematických prehľadov a 15 meta-analýz. Autori konštatujú, že SFBT vykazuje konzistentne pozitívne účinky bez preukázanej škodlivosti, pričom vysoká miera dôvery v dôkazy bola identifikovaná najmä pri práci s dospelými v oblasti depresie, celkového duševného zdravia a pokroku smerom k terapeutickým cieľom (Žak & Pękala, 2024). Spolu tieto prehľadové práce potvrdzujú SFBT ako empiricky podložený, efektívny a flexibilný terapeutický prístup, ktorého účinnosť je však vhodné interpretovať s ohľadom na charakter klienta, kontext intervencie a metodologické rozdiely medzi štúdiami.

7.4 SFBT v kontexte iných psychoterapeutických prístupov: kognitívno-behaviorálna a problémovo orientovaná terapia

Medzi SFBT a problémovo orientovanými prístupmi existujú výrazné rozdiely. Problémovo orientovaná psychoterapia sa sústreďuje na **detailné skúmanie problémov**, životnej histórie klienta a jeho rodinného zázemia, zhromažďovanie údajov, diagnostiku stanovenú terapeutom, tvorbu cieľov a liečebného plánu, realizáciu intervencií klientom a následné hodnotenie terapie. Terapeut v tomto prístupe vystupuje v **vedúcej roli experta**, ktorý klientovi poskytuje odporúčania (Norcross & Lambert, 2019; Kazantzis et al., 2018).

V SFBT terapeut po úvodnom nadviazaní kontaktu a vysvetlení štruktúry sedenia kladie otázky typu: „*Čo vás sem privádza?*“ alebo „*Čo by malo byť výsledkom týchto stretnutí?*“. Klient môže odpovedať opisom problému alebo rovno formulovať cieľ. Spolu s terapeutom sa následne vytvára **jasne definovaný cieľ**, pričom klient opisuje, čo bude v jeho živote iné po vyriešení problému (De Jong & Berg, 2013; Franklin et al., 2017).

Často sa využíva „**záračná otázka**“, ktorá klienta vyzýva predstaviť si, ako by spozoroval, že problém bol vyriešený, a čo by robil inak. Dôraz sa kladie na prítomnosť želaného správania, nie na absenciu neželaných stavov. Ak klient napríklad povie, že by už nebol depresívny, terapeut sa pýta, čím by bol namiesto toho. Súčasťou práce na ciele je aj skúmanie prvých krokov, ktoré by klient mohol urobiť, aby sa k tomuto stavu priblížil, a ako by spoznal, že terapia už nie je potrebná (de Shazer et al., 2007; Kim, 2008).

V úvodnom rozhovore terapeut hodnotí motiváciu klienta a typ terapeutického vzťahu: návštevník, sťažovateľ alebo zákazník. Návštevník prichádza na podnet iných a nepociťuje osobnú potrebu zmeny; terapeut sa preto zameriava na očakávania okolia a mieru klientovej spolupráce. Sťažovateľ síce trpí, ale zatiaľ nevníma seba ako súčasť riešenia; terapeut uznáva jeho ťažkosti a navrhuje pozorovanie situácií, v ktorých je problém slabší alebo sa už objavujú náznaky zmeny. Zákazník vníma svoju úlohu v probléme aj riešení a je pripravený meniť správanie, preto dostáva konkrétne behaviorálne úlohy (Berg & De Jong, 2013; Trepper et al., 2010).

Dôležitou súčasťou SFBT je skúmanie **výnimiek**, teda situácií, keď problém nebol prítomný alebo bol menej výrazný. Tým sa aktivujú klientove existujúce zdroje a kompetencie namiesto toho, aby terapeut vytváral nové postupy. Zmeny a pokrok sa sledujú pomocou **škálovacích otázok**, ktoré zároveň posilňujú motiváciu a sebadôveru klienta.

Každé sedenie sa uzatvára **spätnou väzbou**, ktorá obsahuje ocenenie toho, čo klient už robí dobre, a prípadné návrhy ďalších krokov. Priebežne sa hodnotí, ako blízko je klient k dosiahnutiu cieľa, a rozhovor sa zameriava na to, čo je ešte potrebné urobiť, aby mohla byť terapia ukončená. Postoj terapeuta v SFBT je charakterizovaný ako „**vedenie o krok pozadu**“ a postoj *nevedenia*, v ktorom terapeut rešpektuje klientovu expertízu na vlastný život (Anderson, 2012; De Jong & Berg, 2013).

V istých kontextoch je možné chápať SFBT aj ako **špecifickú formu kognitívno-behaviorálnej terapie** (Bannink, 2010). V SFBT sa uplatňujú rovnaké princípy učenia, konkrétne klasické a operantné podmieňovanie, ktoré sú základom tradičnej problémovo orientovanej behaviorálnej terapie. Obe formy terapie sledujú podobný terapeutický proces, rozdiel však spočíva v zameraní behaviorálnej analýzy: zatiaľ čo problémovo orientovaná terapia analyzuje problémové správanie, SFBT sa sústreďuje na spomínané **výnimky**, teda situácie, v ktorých sa problém nevyskytuje alebo je menej výrazný (Bannink, 2015; Kim & Franklin, 2015).

SFBT systematicky využíva princípy **operantného podmieňovania**. Terapeut posilňuje rozhovor o želanom správaní aj jeho realizáciu prostredníctvom pozitívneho posilňovania, zatiaľ čo nežiaduce správanie nie je podporované tým, že mu terapeut venuje minimálnu pozornosť (frustratívne neodmeňovanie). Tento prístup je v kontraste s terapeutickými

postupmi, ktoré neúmyselne posilňujú problémové správanie tým, že mu venujú nadmernú pozornosť (Kazantzis et al., 2018; Franklin et al., 2017).

Zároveň SFBT pracuje aj s princípmi **klasického podmieňovania**, napríklad prostredníctvom domácich úloh typu „urob niečo inak“ alebo „správaj sa, akoby sa zázrak už stal“, čo možno chápať ako formu kontrapodmieňovania. Tieto postupy sú známe aj z iných kognitívno-behaviorálnych prístupov (Beck, 1995; Hofmann et al., 2019).

Kým problémovo orientovaná behaviorálna terapia sa zameriava predovšetkým na redukovanie problémového správania, riešeniami orientovaná behaviorálna terapia kladie dôraz na rozvíjanie správania, ktoré si klient želá. Významný rozdiel spočíva aj v roli terapeuta: v tradičnej behaviorálnej terapii terapeut vystupuje ako expert, ktorý navrhuje konkrétne modifikačné postupy, zatiaľ čo v SFBT je **klient považovaný za experta na vlastnú zmenu** – už v minulosti totiž preukázal schopnosť meniť svoje správanie, čo sa prejavuje v existencii výnimiek (de Shazer et al., 2007; Bannink, 2015; Kim & Franklin, 2015).

Postoj terapeuta v SFBT je charakterizovaný ako „leading from one step behind“ spolu s prístupom „not knowing“. Ako uvádza de Shazer (1985), terapia v istom zmysle „nič nepridáva“ – terapeut klientovi nehovorí, čo má robiť inak, ani ho neučí nové techniky. Intervencie sú minimálne zasahujúce, no napriek tomu majú často výrazný účinok (Anderson, 2012; De Jong & Berg, 2013).

7.5 Techniky, proces a metodológia SFBT

Krátka terapia zameraná na riešenia vychádza z viac než tridsiatich rokov teoretického rozvoja, klinickej praxe a empirického výskumu (napr. de Shazer et al., 1986; Berg & Miller, 1992; Berg, 1994; De Jong & Berg, 2013). SFBT sa v mnohých aspektoch výrazne odlišuje od tradičných terapeutických prístupov. Ide o **model orientovaný na kompetencie**, ktorý zámerne obmedzuje dôraz na minulé zlyhania a problémy a namiesto toho sa sústreďuje na silné stránky klientov a ich predchádzajúce úspechy.

Základným východiskom je práca s tým, ako klient rozumie svojej situácii alebo ťažkosti a čo by chcel mať vo svojom živote inak. Terapia sa opiera o nasledujúce základné princípy:

- SFBT je zameraná na **budovanie riešení**, nie na detailné analyzovanie a riešenie problémov.
- Terapeutická pozornosť sa sústreďuje predovšetkým na **klientovu preferovanú budúcnosť**, nie na minulé problémy alebo aktuálne konflikty.
- Klienti sú podporovaní v tom, aby **zvyšovali výskyt správania**, ktoré je pre nich už v súčasnosti užitočné.
- Žiadny problém nie je prítomný neustále. Vždy existujú **výnimky**, teda situácie, keď by sa problém mohol objaviť, ale neobjavil sa. Tieto výnimky môžu klient a terapeut využívať na **spoluvytváranie riešení**.
- Terapeuti pomáhajú klientom nachádzať **alternatívy k nežiaducim vzorcom správania, myslenia a interakcie**, ktoré sú už súčasťou klientovho repertoáru, prípadne ich možno spoločne vytvoriť v terapeutickom rozhovore.
- Na rozdiel od prístupov zameraných na nácvik zručností alebo behaviorálnu modifikáciu tento model vychádza z predpokladu, že **riešenia a efektívne spôsoby správania už u klientov existujú**.
- Zdôrazňuje sa presvedčenie, že **malé zmeny môžu viesť k výrazným a významným posunom**.
- Riešenia, ktoré klienti vytvárajú, **nemusia byť priamo prepojené s problémom**, ako ho definuje klient alebo terapeut.

- Komunikačné zručnosti, ktoré terapeut potrebuje na to, aby klienta pozýval k tvorbe riešení, sú **odlišné od zručností používaných pri diagnostikovaní a liečbe problémov**.

Terapeutický proces v Solution-Focused Brief Therapy

Krátka terapia zameraná na riešenia (SFBT) uplatňuje rovnaký terapeutický postup bez ohľadu na to, s akým problémom klient do terapie prichádza. Ide o prístup, ktorý sa sústreďuje predovšetkým na **proces zmeny**, a nie na diagnostiku a liečbu problémov. Z tohto dôvodu pracuje so **jazykom zmeny** namiesto jazyka patológie (Franklin et al., 2017; Kim & Franklin, 2015).

Typické otázky používané v SFBT sú koncipované tak, aby vytvárali terapeutický proces založený na pozornom načúvaní klientovým slovám a významom – najmä tým, ktoré sa týkajú toho, čo je pre klienta dôležité, čo si želá dosiahnuť a aké úspechy už v minulosti zažil. Terapeut následne formuluje ďalšiu otázku tak, že sa vedome viaže na klientove kľúčové výrazy, pojmy a formulácie. Klient odpovedá zo svojho vlastného rámca porozumenia a terapeut na tieto odpovede opäť nadväzuje ďalšími otázkami (De Jong & Berg, 2013; Bannink, 2015).

Prostredníctvom tohto cyklického procesu **počúvania – prepájania – odpovedania** dochádza k spoločnej konštrukcii nových alebo modifikovaných významov, ktoré postupne smerujú k vytváraniu riešení. Výskumníci v oblasti komunikácie McGee, Del Vento a Bavelas (2005) tento proces opisujú ako vytváranie nového spoločného porozumenia medzi terapeutom a klientom. Otázky, ktoré implicitne predpokladajú klientovu kompetentnosť a odbornosť vo vlastnom živote, iniciujú rozhovor, v ktorom sa klient postupne objavuje a konštruuje ako osoba disponujúca schopnosťami a pozitívnymi kvalitami, ktoré podporujú tvorbu uspokojivejšieho života (Bavelas et al., 2013; Strong et al., 2015). Konkrétne príklady tohto terapeutického procesu sú ilustrované v nasledujúcich častiach prostredníctvom typických otázok používaných v SFBT.

Metódy zamerané na riešenia

Metódy zamerané na riešenia predstavujú špecifické spôsoby, ktorými terapeut zapája klienta do rozhovoru orientovaného na zmenu, teda do dialógu o možných budúcich alternatívach. Takéto rozhovory sa sústreďujú na hľadanie príležitostí k posunu a rozvoju, nie na analýzu údajne nemenných obrazov minulých udalostí. Stretnutia v rámci SFBT smerujú klienta k vytváraniu riešení namiesto detailného skúmania problému. Klient a terapeut spoločne konštruujú žiaducu budúcnosť, v ktorej sa problematická situácia nevyskytuje (Lee, 2013; Franklin et al., 2017).

Tento proces spolukonštrukcie má jazykový charakter – terapeut a klient prostredníctvom komunikácie vytvárajú nový koncept. Význam tohto konceptu, teda klientovej preferovanej budúcnosti, nemožno jednoducho odvodiť z jeho reprezentácie. Hypotetický budúci stav totiž ešte neexistuje v reálnom zmysle slova. Podľa reprezentacionistických teórií významu nadobúdajú tvrdenia význam prostredníctvom toho, čo reprezentujú (Russell, 2010). V prípade budúcnosti však objekt reprezentácie v čase výpovede ešte neexistuje, čo by viedlo k paradoxnému záveru, že výroky o budúcnosti sú bez významu. Prax však ukazuje opak – diskusia o budúcich stavoch je zrozumiteľná a zmysluplná (De Jong & Berg, 2013).

Z toho vyplýva, že pojem preferovanej budúcnosti neodvodzuje svoj význam z reprezentácie, ale zo svojho použitia. Je významný preto, že má normatívnu funkciu – používa sa s cieľom iniciovať následné konanie. Bez ohľadu na konkrétny obsah preferovanej budúcnosti jej formulovanie naznačuje určité kroky, ideálne také, ktoré vedú k žiaducim zmenám. Hoci konanie nie je nevyhnutne podmienené existenciou konceptov, v prípade terapeutických klientov spontánne a nereflektované konanie často vedie k neželaným

výsledkom. Ich správanie, založené na nepreskúmaných predstavách, môže problémy udržiavať alebo prehĺbovať. Preto je potrebné, aby si klienti vytvárali nové koncepty – nové predstavy o tom, čo je možné –, ktoré umožnia vznik nových foriem konania a podporia ďalšie učenie. Terapeut v tomto procese pozorne načúva a kladie otázky (De Shazer et al., 2007; Franklin et al., 2017).

V SFBT sa využívajú najmä otázky zamerané na riešenia, výnimky, ciele, škálovanie a vzťahy, ktoré klientovi pomáhajú definovať preferovanú realitu (Lee, 2013). Tieto otázky cielene aktivujú klientove zdroje a potenciál (De Jong & Berg, 2013), keďže vytvárajú priestor na sebahodnotenie klienta a jeho situácie.

Terapeutické stretnutia v SFBT majú skôr kolegiálny než hierarchický charakter a sú založené na spolupráci, nie na konfrontácii, hoci terapeut vedie proces „o krok pozadu“ (Trepper et al., 2014). Terapeuti vychádzajú z predpokladu, že väčšina ľudí disponuje schopnosťami potrebnými na dosiahnutie zmeny a že každý už v minulosti vyriešil viaceré problémy. V niektorých prípadoch možno tieto riešenia opakovane využívať bez potreby vytvárať úplne nové stratégie. Ak takéto riešenia nie sú zjavné, predpokladá sa, že každý problém obsahuje výnimky, ktoré možno identifikovať a zužitkovať.

Otázky predstavujú hlavný komunikačný nástroj SFBT terapeutov; priama konfrontácia alebo spochybňovanie klienta sa využíva len minimálne (Trepper et al., 2014). Terapeuti sa spravidla vyhýbajú interpretáciám klientových odpovedí a rešpektujú klientovu konštrukciu reality. Pri zaznamenaní pokroku terapeut posilňuje rozhovor prostredníctvom komplimentov, buď priamym ocenením, alebo otázkami, ktoré klienta vedú k sebaopovzbudeniu, napríklad: „Ako hodnotíte tento úspech?“ (Trepper et al., 2014).

Medzi kľúčové aktívne zložky SFBT patria:

- kooperatívny terapeutický vzťah s klientom,
- tvorba riešení namiesto analýzy problémov,
- stanovovanie merateľných a dosiahnuteľných cieľov,
- orientácia na budúcnosť,
- škálovanie pokroku s cieľom zachytiť klientovo hodnotenie zmeny,
- zameranie sa na výnimky z problémového správania.

Zmena pred prvým sedením (Pre-session change)

V počiatočnej fáze terapeutického procesu terapeut pomáha klientovi uvedomiť si zmeny, ktoré sa už v jeho živote objavili. Tento prístup vychádza z predpokladu, že iniciátorom zmeny je samotný klient, nie terapeut, a že zmena je kontinuálnym procesom, ktorý môžu klienti aktívne využívať. Terapeut preto kladie otázku typu: „Aké zmeny ste si všimli, ktoré nastali alebo sa začali objavovať od chvíle, keď ste sa objednali na toto sedenie?“ (de Shazer et al., 2007; Trepper et al., 2014). Takto formulovaná otázka implicitne naznačuje, že zmena prebieha neustále a že žiadny problém nie je prítomný nepretržite. Terapeut pracujúci v rámci SFBT týmto spôsobom vytvára priestor na skúmanie toho, či sa zmena už nezačala uskutočňovať.

Odpovede klientov na túto otázku sa spravidla pohybujú v niekoľkých základných rovinách. Nasledujúci príklad ilustruje využitie otázky zameranej na zmenu pred prvým sedením v terapeutickom rozhovore:

T: Čo sa zlepšilo od chvíle, keď ste sa rozhodli prísť sem?

K: Začala som uvažovať o tom, že by som mohla svoj život zlepšiť.

T: Začali ste si myslieť, že by sa veci mohli zlepšiť – ako sa vám to podarilo?

K: Rozprávala som sa s partnerom a uvedomila som si, že by som to aspoň mohla skúsiť.

T: Čo ďalšie ste urobili, aby ste začali uvažovať o zlepšení?

K: Opäť som začala športovať a častejšie som sa stretávala so sestrou.

V niektorých prípadoch klient uvedie, že sa od objednania na sedenie nič nezmenilo. V takomto prípade nie je veľký priestor na ďalšie skúmanie a terapeut zvyčajne plynule prejde k inej otázke, napríklad: „Ako vám dnes môžem byť nápomocný?“ (Trepper et al., 2014). Častejšie sa však stáva, že klient identifikuje aspoň malé zlepšenia. Takáto odpoveď signalizuje terapeutovi príležitosť zamerať sa na podrobnosti toho, čo sa zmenilo, a predovšetkým na to, aké konkrétne kroky klient podnikol, aby k týmto zmenám došlo (Franklin et al., 2017; De Jong & Berg, 2013).

Môže sa však stať aj to, že klient uvedie, že sa situácia od objednania na terapiu ešte zhoršila. V takom prípade sa terapeut vedome vyhýba analýze problému a otázkam typu „V čom spočíva problém?“ alebo „Prečo sa to stalo?“. Namiesto toho sa zameriava na zvládanie situácie a kladie otázky smerujúce k tomu, ako klient dané obdobie prekonal. Tento postup vychádza z ďalšieho dôležitého predpokladu SFBT: ak klient dokázal prísť na sedenie, musel urobiť aspoň niečo, aby to zvládol. Bez ohľadu na mieru zhoršenia situácie klient preukázal schopnosť pokračovať a vytrvať.

Ideálnym scenárom je, keď klient dokáže identifikovať aspoň čiastočné zlepšenie. V takom prípade sa začína tzv. „rozhovor o riešení“, v ktorom terapeut systematicky zisťuje čo najviac detailov s cieľom identifikovať správanie a stratégie, ktoré sa klientovi už osvedčili ako užitočné (Franklin et al., 2017; Trepper et al., 2014).

Riešenia ako ciele

V rámci solution-focused brief therapy (SFBT) terapeuti očakávajú, že klienti budú formulovať **konkrétne a dosiahnuteľné ciele**. Klienti tieto ciele vyjadrujú ako **riešenia**, nie ako neprítomnosť problému (de Shazer et al., 2007). Terapeuti pritom nepredpokladajú priamu súvislosť medzi problémom a riešením. Klienti sú schopní vytvárať riešenia aj bez podrobného porozumenia samotnému problému. Klient je povzbudzovaný, aby svoje ciele formuloval čo najjednoduchšie a čo najkonkrétnejšie, pričom sa kladie dôraz na bohaté a detailné opisy. Zásadné je, že terapeut vyzýva klienta, aby ciele formuloval **afirmatívne**, teda aby opisoval to, čo si želá, a nie to, čomu sa chce vyhnúť (Trepper et al., 2014).

Ak klient definuje svoj cieľ ako odstránenie problému, stále nie je jasné, čo presne je cieľom terapie. Situáciu si možno predstaviť prostredníctvom metafory taxíka: ak by sa vodič opýtal klienta „Kam by ste chceli ísť?“ a odpoveď by znela „Nechcem ísť do centra mesta“, je síce zrejmé, kam klient nechce smerovať, avšak takáto odpoveď neposkytuje informáciu o cieľovej destinácii. Na terapeutické účely je preto potrebné hľadať opisy **želaného stavu**. Klienti niekedy predpokladajú, že odstránenie problému samo osebe predstavuje želaný stav, avšak tento predpoklad je analogický s uvedeným príkladom – nehovorí, kam sa chce klient dostať (de Shazer et al., 2007; Lee, 2013).

Nasledujúci príklad ilustruje proces vyjednávania terapeutického cieľa:

T: Aké sú vaše očakávania od našej spoločnej práce?

K: Mám veľké problémy v súkromnom živote, takže dúfam, že sa týchto problémov zbavím.

T: Čo by ste chceli mať namiesto týchto problémov?

K: Chcem tieto problémy odstrániť, preto dúfam, že ich tu budeme môcť rozoberať.

T: Podľa čoho by ste spoznali, že rozhovor tu bol pre vás užitočný?

K: Ak by bol môj život lepší.

T: Ako by ste spoznali, že je váš život lepší než predtým?

K: Ak by som mala pokojný a stabilný vzťah s partnerom, vedela by som, že sa môj život

zlepšil.

T: *Takže chcete pokojný a stabilný vzťah s partnerom. Ako by k tomu mohol dnešný rozhovor prispieť?*

K: *Chcem vedieť, v čom je medzi nami problém.*

T: *Ak by ste to vedeli, aký rozdiel by to urobilo?*

K: *Potom by som mohla premýšľať o tom, čo zmeniť.*

T: *Takže by ste chceli vedieť, čo zmeniť?*

K: *Áno.*

T: *Ako by ste si na konci dnešného rozhovoru všimli, že to už viete?*

K: *Ak by som mala aspoň tri nápady, ktoré by som mohla vyskúšať.*

T: *Takže by ste chceli mať aspoň tri konkrétne nápady, čo zmeniť, aby ste dosiahli pokojný a stabilný vzťah s partnerom. Je to to, s čím ste dnes prišli?*

K: *Áno.*

Zázračná otázka

Pravdepodobne najznámejšou technikou vychádzajúcou zo SFBT je „**zázračná otázka**“, presnejšie otázka na zázrak. Niektorí klienti majú ťažkosti s formulovaním terapeutického cieľa, pretože sa príliš ponárajú do rozhovoru orientovaného na problém. Zázračná otázka v takýchto prípadoch predstavuje účinný nástroj, ktorý pomáha tento problém prekonať a zároveň funguje ako mentálne „návčičné pole“, umožňujúce klientovi prežiť želaný výsledok aspoň v predstavách (Trepper et al., 2014).

Zázračná otázka umožňuje klientovi odpútať sa od problémami presýtenej prítomnosti alebo minulosti a vytvoriť obraz budúcnosti, v ktorej sa problém už nevyskytuje. Hlavným cieľom tejto intervencie je identifikovať **malé, konkrétne a pozorovateľné zmeny**, ktoré môžu mať významný vplyv na klientov život (de Shazer, 1985). V terapeutickom rozhovore ide o výrazný posun, keďže využíva prvok „zázraku“ ako prostriedok na dosiahnutie svojho terapeutického účelu. Berg a Dolan uvádzajú, že zázračná otázka môže mať napríklad nasledujúcu podobu:

„Teraz sa vás opýtam trochu zvláštnu otázku [pauza]. Táto zvláštna otázka znie nasledovne: [pauza] Po našom rozhovore sa vrátite späť do svojej práce (domov, do školy) a budete robiť všetko, čo je potrebné počas zvyšku dňa – napríklad sa postaráte o deti, uvaríte večeru, budete sledovať televíziu, kúpať deti a podobne. Príde čas ísť spať. V celej domácnosti je ticho a vy pokojne spíte. Uprostred noci sa stane zázrak a problém, ktorý vás dnes priviedol ku mne, je vyriešený. Keďže sa to však udeje počas vášho spánku, nemáte žiadny spôsob, ako by ste sa o tomto nočnom zázraku dozvedeli [pauza]. Keď sa teda zajtra ráno zobudíte, aká malá zmena by vás mohla priviesť k myšlienke: „Wow, niečo sa muselo stať – problém je preč!“ (Berg & Dolan, 2001, s. 7)

Zázračná otázka však nie je jedinou metódou SFBT, ktorá slúži na vyvolanie živých a konkrétnych opisov želaného stavu. Existuje napríklad „**otázka sna**“ (Dream question; Greene et al., 1998) alebo „**otázka nočnej mory**“ (Nightmare question; Reuss, 1997), pričom každá z nich plní odlišný terapeutický účel. Odpovede, ktoré klienti poskytujú na zázračnú otázku, je vo väčšine prípadov možné považovať za terapeutické ciele (Trepper et al., 2014). Zázračnú otázku možno využívať v individuálnej terapii, párovej terapii, rodinnej terapii aj v skupinovom formáte.

Škálovanie pokroku

Ďalšou kľúčovou technikou v solution-focused brief therapy (SFBT) je **škálovacia otázka**. Tento typ otázok predstavuje dôležitý nástroj, pretože klientovi umožňuje hodnotiť vlastný pokrok v terapii. Škálovacie otázky vyzývajú klienta, aby svoju aktuálnu situáciu umiestnil na číselnú škálu, najčastejšie od 1 do 10 (De Jong & Berg, 2013), kde hodnota 10 spravidla označuje najlepší možný stav a 1 alebo 0 najhoršie obdobie. Ide o jednoduchý, no účinný spôsob, ako klient môže vyjadriť, kde sa nachádza vzhľadom na terapeutický cieľ a ako vníma vlastný postup. Škálovanie možno využívať na rôzne účely – niektoré otázky sa zameriavajú na hodnotenie samotného pokroku, iné na mieru dôvery klienta v možnosť zmeny. Príkladmi takýchto otázok sú:

- „Na škále od 1 do 10, kde 1 predstavuje najhoršiu podobu problému a 10 ideálny výsledok, kde by ste sa momentálne umiestnili?“
- „Na škále od 1 do 10, kde 1 znamená, že neveríte v možnosť zmeny, a 10 znamená úplné odhodlanie situáciu zmeniť, kde by ste sa ohodnotili? A aké číslo by vám na tej istej škále dala vaša manželka?“

Škálovacie otázky sú významné aj tým, že vytvárajú **rámec terapeutického sedenia** a dávajú štruktúru hodnoteniu klientovho pokroku. Terapeut môže klienta požiadať, aby na škále ohodnotil svoj stav v čase objednania sa na terapiu, svoj aktuálny stav, ako aj hypotetický stav po „zázraku“ – zvyčajne na škále od 0 do 10 alebo od 1 do 10 (de Shazer et al., 2007). Dôležité je uvedomiť si, že samotná škálovacia otázka ešte neprináša terapeutickú hodnotu. Jej význam spočíva v tom, ako sa s odpoveďou ďalej pracuje. Ak by terapeut položil otázku „Kde sa teraz nachádzate?“ a s odpoveďou by ďalej nepracoval, terapeutický efekt by bol minimálny.

Cieľom škálovania je otvoriť **priestor orientovaný na riešenia**, ktorý umožňuje pokračovať v smere charakteristickom pre SFBT. Klient môže napríklad uviesť, že deň po zázraku by predstavoval hodnotu 10. Terapeut sa následne môže opýtať: „A kde by ste sa umiestnili dnes?“ Ak klient odpovie: „Asi na trojke,“ terapeut to nevníma ako problém, ale nadviaže otázkou: „A čo spôsobuje, že je to trojka a nie ešte menej?“ Takýmto spôsobom sa pozornosť opäť presúva na to, čo už funguje, namiesto toho, čo nefunguje.

V nasledujúcich sedeniach sa škálovacie otázky používajú na **monitorovanie pokroku v čase**. Tento prístup zároveň ilustruje, ako SFBT chápe rolu terapeuta – klient je považovaný za experta na vlastný život a terapeut nemá za úlohu hodnotiť ani posudzovať jeho pokrok. Ak klient verí, že urobil výrazný posun, terapeut nemá dôvod toto presvedčenie spochybňovať. Terapeut vystupuje skôr ako partner než ako autoritatívny líder. Terapeutický vzťah sa pritom rozvíja postupne počas celého procesu a netvorí samostatnú fázu. Tento partnerský a rovnostársky charakter podporuje klienta v hľadaní ďalších možností posunu vpred; používané metódy sú len konkrétnymi prejavmi tohto spolupracujúceho postoja (Lee, 2013; De Jong & Berg, 2013).

Pri škálovaní aktuálneho stavu má terapeut k dispozícii obmedzený počet možných reakcií, čo opäť podčiarkuje rámcujúcu funkciu škálovacích otázok. Jednou z možností je, že klient označí svoj stav ako 10 z 10. V takom prípade môže byť terapeutický proces ukončený a terapeut môže sedenie uzavrieť otázkami typu: „O čom by ste sa ešte chceli porozprávať?“ alebo „Čo ste sa naučili po tom, čo ste dosiahli svoj cieľ?“

Častejšou odpoveďou však býva, že klient sa umiestni na nižšiu hodnotu než tú, ktorá reprezentuje deň po zázraku. V takomto prípade sa terapia môže uberať dvoma smermi. Prvým je zameranie sa na klientove zdroje, napríklad otázkou: „Čo spôsobuje, že je to práve toto číslo a nie nižšie?“ Táto otázka klienta vedie k uvedomeniu si toho, čo už v jeho živote funguje a čo prispieva k tomu, že situácia nie je horšia. Terapeut následne zisťuje, čo konkrétne klient urobil,

aby sa na tomto mieste nachádzal. Cieľom je identifikovať konkrétne správanie, ktoré prináša pozitívne výsledky, čím sa zvyšuje pravdepodobnosť jeho opakovania ((Trepper et al., 2014)).

Druhým možným smerom je otázka zameraná na **malý krok vpred**, napríklad: „Čo by ste si všimli vo svojom živote, keby ste sa posunuli o jedno číslo vyššie?“ Ak klient uvádza hodnotu 3, terapeut sa môže opýtať: „Čo by bolo iné, keby ste boli na štvorke?“ Táto otázka pomáha klientovi identifikovať drobné, ale pozorovateľné znaky pokroku. Tento prístup odráža základný predpoklad SFBT, že bez schopnosti pomenovať konkrétne prejavy zlepšenia nie je možné hovoriť o pokroku. Ak nevieme, ako by klient zmenu rozpoznal, nemôžeme vedieť, že nastala (de Shazer et al., 2007; Franklin et al., 2017).

Tento predpoklad má silné filozofické pozadie, najmä v myšlienkach Ludwiga Wittgensteina, ktorý tvrdil, že „vnútorný proces potrebuje vonkajšie kritériá“ (Zidek, 2023). Vplyv tohto postoja je možné sledovať v celom prístupe SFBT. Terapeuti klientov opakovane vyzývajú, aby vnútorné prežívanie opisovali prostredníctvom vonkajších, pozorovateľných znakov. Dôvod je praktický: ak klient neskôr nadobudne pocit, že neurobil žiadny pokrok, na základe čoho to posudzuje? Stačí na to pocit? Bežne sa v každodennom živote pýtame sami seba, ako sa cítíme, a odpoveď odvodzujeme práve z pocitov. SFBT však tento intuitívny proces dopĺňa o požiadavku, aby boli pocity prepojené s konkrétnymi, zmyslovo uchopiteľnými prejavmi v správaní a živote klienta. V tomto konkrétnom prípade je však porovnanie nevyhnutné. Ako si mám znovu vyvolať pocit, ktorý som mal minule? Robím to prostredníctvom pamäti? A ak áno, v akej podobe sa tento pocit objaví – ide o samotný prežitok, alebo skôr o jeho slovný opis? A ako môžem vedieť, že som si ho vybavil presne? Ak by som ho znovu prežil ako pocit, akým spôsobom by som ho potom porovnal s tým, čo prežívam teraz? Kde by som aktuálny pocit „umiestnil“? Prežíval by som súčasný pocit a zároveň ten minulý, vybavený z pamäti? A čo by bolo výsledkom takéhoto porovnania – opäť pocit? V tom prípade by išlo o porovnávanie pocitu uloženého v pamäti s pocitom aktuálneho stavu, čo pôsobí ako veľmi ťažko realizovateľný, ak nie nemožný proces.

Posledným typom odpovede na škálovaciu otázku je situácia, keď klient uvedie, že sa nachádza na úplne najnižšom stupni škály – napríklad na hodnote jedna alebo nula, v závislosti od použitej škály. V takomto prípade vstupuje do hry tzv. **copingová otázka**. Keď klienti opisujú, že situácia je pre nich v najhoršom možnom bode, terapeut pracujúci v prístupe SFBT sa napriek tomu snaží udržať rozhovor orientovaný na riešenia. Hoci sa to môže javiť ako nemožné, existuje spôsob, ako to dosiahnuť, a tým je práve copingová otázka. Tá môže mať podobu napríklad: „A ako to momentálne zvládáte?“ Klient potom začne opisovať, čo konkrétne robí a akým spôsobom sa so situáciou vyrovnáva, aj keď je problém veľmi vážny (Trepper et al., 2014; Franklin et al., 2017).

V niektorých prípadoch môže klient odpovedať, že situáciu nezvláda nijako a že sa veci stále zhoršujú. Ani v takomto prípade však terapeut v SFBT neopúšťa riešením orientovaný smer rozhovoru. Aj keď sa to opäť môže zdať takmer nemožné, existuje ďalšia varianta copingovej otázky, napríklad: „A čo robíte preto, aby sa to aspoň nezhoršovalo ešte rýchlejšie?“ Aj keby klient odpovedal: „Nerobím nič,“ terapeut môže pokračovať otázkou: „Ako je potom možné, že ste dokázali prísť na toto sedenie?“

Všetky uvedené otázky sú silne závislé od kontextu konkrétneho rozhovoru a situácie klienta. Nejde o rigidný postup, ktorý by každý terapeut aplikoval v každom prípade rovnakým spôsobom, ale o flexibilný repertoár intervencií, z ktorých terapeut vyberá podľa aktuálneho priebehu terapie (Lee, 2013; Trepper et al., 2014).

Otázky na výnimky

Terapeut pracujúci v prístupe SFBT venuje podstatnú časť sedenia pozornému počúvaniu, pričom sa zameriava na zachytávanie náznakov riešení, výnimiek a cieľov, ktoré klient spontánne vyjadruje. Keď sa takéto momenty objavajú, terapeut na ne nadväzuje ďalšími

otázkami s cieľom rozvinúť ich do konkrétnejších detailov (Trepper et al., 2014). Tento spôsob práce si vyžaduje odlišný súbor zručností než tie, ktoré sú typické pre terapeutické modely orientované na problém.

Otázky na výnimky sa zameriavajú na situácie, v ktorých problém buď úplne chýba, má menšiu intenzitu, alebo je zvládaný spôsobom, ktorý klient považuje za prijateľný (De Shazer, 1985). Terapeut pritom vychádza z predpokladu, že vzorce problémového správania nie sú nemenné a že existujú obdobia, keď problém „funguje najlepšie“, respektíve má najmenší vplyv. Cieľom otázok na výnimky je tieto momenty identifikovať a podrobnejšie preskúmať, aby ich klient mohol ďalej využívať. Takéto otázky narúšajú rigidný rámec, v ktorom je problém vnímaný ako trvalý a všadeprítomný. Medzi typické príklady otázok na výnimky patria napríklad:

- *Kedy ste naposledy tento problém nemali?*
- *Kedy ste očakávali, že problém nastane, ale nestalo sa to?*
- *Kedy ste si mysleli, že stratíte kontrolu, no nakoniec sa tak nestalo?*
- *Čím sa tieto situácie líšili od ostatných?*

Výnimky predstavujú jeden zo základných pilierov SFBT. To, čo tento prístup odlišuje od problémovo orientovaných terapií, je dôsledné zameranie terapeuta na hľadanie znakov predchádzajúcich riešení, výnimiek a cieľov, namiesto analýzy príčin alebo mechanizmov udržiavajúcich problém (De Shazer et al., 2007). Napríklad klientka môže uviesť, že jej partnerský vzťah sa neustále zhoršuje a že už spolu s manželom nekomunikujú tak ako kedysi. Intuitívnym krokom by bolo pýtať sa, čo nefunguje alebo kde je problém – čo však nie je typickým postupom SFBT.

Naopak, terapeut v SFBT načúva „konštruktívnym uchom“ a vyhľadáva v klientovom rozprávaní momenty, ktoré môžu viesť k riešeniam. Otázka typu: „Spomenuli ste, že ste sa kedysi dokázali rozprávať. Kedy to bolo naposledy?“ už však striktné vzaté nie je otázkou na výnimku, keďže sa nepýta na absenciu problému. Ide o príklad novšieho vývoja v rámci SFBT (McKergow, 2020), kde sa dôraz presúva od výnimiek k tzv. **inštanciam preferovanej budúcnosti**, ktoré sa už čiastočne uskutočňujú. Tento prístup umožňuje klientovi sústrediť sa na želaný stav bez toho, aby bol vtiahnutý do analýzy problému.

Takto formulované otázky podnecujú klienta, aby sa zamyslel nad obdobím, keď veci fungovali lepšie. Terapeut následne rozvíja rozhovor podrobným skúmaním týchto situácií, pýta sa na konkrétne kroky, správanie a podmienky, ktoré k nim prispeli. Hoci sa zmysel takéhoto detailného skúmania nemusí na prvý pohľad javiť zrejmy, východiskovým predpokladom SFBT je, že klienti si vytvárajú riešenia tým, že rozpoznávajú to, čo už funguje, a uvedomujú si vlastné zdroje a kompetencie, namiesto zamerania sa na nedostatky a zlyhania. V uvedenom príklade môže klient identifikovať viacero prvkov, ktoré v minulosti prispeli k lepšiemu fungovaniu vzťahu, čím sa otvára priestor pre nové možnosti a experimentovanie so zmenou (Lee, 2013; Franklin et al., 2017).

Nasledujúci dialóg ilustruje prácu s otázkami zameranými na výnimky:

C: Potrebujem byť voči nemu sebavedomejšia.

T: Kedy ste naposledy cítili, že ste s ním dokázali komunikovať sebavedomo?

C: To bolo už dávno.

T: Ako sa vám vtedy podarilo byť sebavedomá?

C: Pripravila som sa. Spísala som si, čo chcem povedať, a povedala som to bez ospravedlňovania sa.

T: Čo ešte ste urobili?

C: Stretli sme sa na neutrálnej pôde.

T: Kde to bolo?

C: V reštaurácii, ktorú nepoznal.

T: Takže ste si pripravili, čo chcete povedať, a zvolili ste miesto, ktoré pre neho nebolo známe.

C: Áno.

T: Ako by to mohlo byť pre vás užitočné aj teraz?

Otázky zamerané na zvládanie (Coping questions)

Otázky zamerané na zvládanie predstavujú ďalšiu metódu SFBT, ktorá už bola vyššie spomínaná ako súčasť riešení orientovaného prístupu. Keď klient uvádza, že situácia je náročná, terapeut sa môže opýtať napríklad: „Ako sa s tým vyrovnávate?“ (Trepper et al., 2014). Takáto otázka umožňuje udržať konverzáciu na úrovni klientových zdrojov a silných stránok. Cieľom týchto otázok je pomôcť klientovi uvedomiť si, kedy a ako sa mu darí zvládať problém, a pochopiť, aké konkrétne kroky k tomu podniká (Lee, 2013). Zároveň tieto otázky menia rámec klientovej reality, keď predpokladá, že nemá kontrolu nad svojimi problémami (Berg & Steiner, 2003).

Typické príklady otázok zameraných na zvládanie sú:

- „Ako ste dokázali pokračovať napriek všetkým prekážkam, ktorým ste čelili?“
- „Ako sa vám darí vstať napriek tomu, že ste tak depresívny/depresívna?“

Predpokladom tejto otázky je, že klient musel niečo urobiť, aby sa vôbec dostal na terapeutické sedenie, teda že už nejakým spôsobom pokročil alebo situáciu zvládol. Otázka na zvládanie sa môže formulovať rôznymi spôsobmi, no v jadre vždy skúma, čo klient robí a ako sa dokáže vyrovnávať s náročnou situáciou. Ak klient odpovie negatívne, otázka môže byť preformulovaná napríklad: „Čo robíte, aby sa situácia ešte nezhoršila?“

Otázky zamerané na zvládanie sú neoddeliteľnou súčasťou repertoáru SFBT, najmä ak klient hovorí, že situácia je najhoršia. Ich účel je udržať konverzáciu smerovanú k riešeniam a zamerať sa na to, čo už funguje, namiesto toho, čo nefunguje (de Shazer et al., 2007; Trepper et al., 2014).

Existuje jemný rozdiel medzi použitím slov „zvládanie“ (coping) a „riadenie“ (managing) v otázkach terapeuta. Verzia s „riadením“ sa používa hlavne vtedy, keď klient nie je v najhoršej fáze a terapeut chce zistiť, čo klient robí, aby niečo dosiahol alebo udržal súčasný stav. Naopak, otázka o zvládaní sa používa vždy, keď klient čelí problémom alebo sa jeho situácia zhoršuje a jej cieľom je preskúmať zdroje a silné stránky, ktoré klient využíva.

Otázky o vzťahoch (Relationship questions)

Otázky o vzťahoch žiadajú klienta, aby si predstavil, ako by na neho reagovali jeho blízki alebo významní ľudia v jeho živote, keby dosahoval svoje ciele alebo vykazoval pokroky (De Jong & Berg, 2013). Predpokladá sa pri nich, že problémy majú vzťahový charakter – ľudia nie sú izolovaní jednotlivci, ale sú súčasťou zložitej siete vzťahov. Takéto otázky preto nevytvárajú len kontext k definovaniu problému, ale zároveň poskytujú rámec pre stanovenie cieľov a sledovanie drobných známk pokroku. Okrem toho obohacujú opis cieľov, pretože pomáhajú klientovi identifikovať rôzne znaky, ktoré môžu slúžiť ako indikátory skutočného pokroku. Príklady otázok o vzťahoch sú:

- „Kto by si ako prvý všimol zmeny vo vašom správaní?“

- „Čo by si vaši priatelia všimli, keby ste sa cítili pohodlnejšie v novom prostredí na škole?“
- „Ako by vaša matka ohodnotila vašu motiváciu robiť niečo iné a užitočné na stupnici od 1 do 10?“

Otázky o vzťahoch často prepájajú reťazec interakcií (Iveson, Ratner a kol., 2012). Terapeut pri týchto otázkach povzbudzuje klienta, aby skúmal, ako by iní reagovali na konkrétne udalosti a aké ďalšie reakcie by tieto udalosti vyvolali u klienta a iných osôb.

Úlohy a experimenty (Tasks and experiments)

V SFBT sa bežne využívajú úlohy, ktoré majú pomôcť klientovi všimnúť si riešenia vo svojom každodennom živote. Takéto úlohy môžu mať rôzne podoby:

- Ak klient dokáže identifikovať výnimočné správanie voči problému, je požiadany, aby „robil viac toho, čo funguje“
- Klientom, ktorí sa sústreďia na vnímanú stabilitu svojho problémového vzorca a nedokážu identifikovať žiadne výnimky, je pridelená pozorovacia úloha: „Od dnešného dňa do nasledujúceho stretnutia sledujte, čo sa vo vašom (živote, manželstve, rodine alebo vzťahu) deje a čo chcete, aby pokračovalo“
- Úloha „urob niečo iné“ („Od dnešného dňa do nasledujúceho stretnutia urob niečo iné a povedz mi, čo sa stalo“) a úloha predpovedania, ktorá žiada klienta predpovedať svoje správanie napríklad hodením mince („Ak padne hlava, robíš to, čo bežne; ak padne znak, predstav si, že nastal zázračný deň“)

Úlohy by mali vychádzať z toho, čo klient už robí, napríklad zo situácií, kedy sa problém nevyskytuje (výnimky) (Trepper et al., 2014). Predpokladá sa, že klienti pravdepodobnejšie vykonajú niečo, s čím už majú skúsenosti. Klient môže dokonca sám navrhnúť domácu úlohu, čím sa zvyšuje pravdepodobnosť jej úspešného dokončenia.

Novší vývoj SFBT priniesol dôležitú zmenu: klienti už nie sú vyzývaní na vytváranie úloh, ale **experimentov** (McKergow, 2020). Hlavný rozdiel je v tom, že úloha je aktivita na dosiahnutie želaného výsledku, zatiaľ čo experiment je aktivita, ktorú klient navrhuje s cieľom niečo sa naučiť. Podporou klienta pri formulovaní experimentov terapeut implicitne komunikuje princíp experimentu: „Skúsme niečo, aby sme zistili, či je naša hypotéza správna.“ Výhodou je, že klient k aktivite pristupuje s vedomím, že nemusí viesť k očakávanému výsledku – hlavný cieľ je učenie a nové zistenia. Takto sa minimalizuje sklamanie, pretože pozornosť nie je sústredená na konkrétny výsledok, ale na získanie poznania.

7.5.1 Druhé a nasledujúce stretnutie

Keď terapia pokračuje ďalšími sedeniami, na riešenie orientovaný prístup zvyčajne začína tým, že terapeut sa pýta klienta, čo sa od posledného stretnutia zlepšilo. Typickou otázkou je „Čo je lepšie?“ alebo „Čo sa od posledného stretnutia zmenilo k lepšiemu, aj len trochu?“ Takéto zisťovanie zmien je kľúčovým krokom, ktorý pomáha klientovi všimnúť si progres.

Terapeut ďalej podporuje klienta v uvedomení si vzťahu medzi jeho vlastnými činnosťami a dosiahnutými zmenami. Typické otázky môžu byť napríklad: „Ako sa ti podarilo to dosiahnuť?“ alebo „Čo konkrétne si urobil/a, aby si toho dosiahol/a?“ Nie je nezvyčajné, že klienti nesplnia zadané úlohy alebo neprinesú významné zlepšenie. Terapeut takúto situáciu nevníma ako „dobrú“ alebo „zlú“, ale ako cennú spätnú väzbu na pokračovanie v konštrukcii

riešení spolu s klientom (Lee, 2013). Odpovede klienta sa nesúdia ani neanalyzujú z iného dôvodu; slúžia len ako informácia pre ďalší priebeh terapie. Kľúčové je, aby terapeut zostal trpezlivý a vytrvalý, pretože klienti potrebujú experimentovať, aby našli, čo im funguje. Ak klient nezaznamená žiadnu zmenu, môže to znamenať, že úlohy alebo ciele nie sú pre neho relevantné; inak by ho motivovali konať. Terapeut pokračuje v ponúkaní možností a povzbudzuje klienta, aby vyskúšal niečo nové, pričom ho nevníma ako odolného alebo „problémového“, ale hľadá spôsoby spolupráce (Lee, 2013).

Terapeut sa musí zdržať priamych návrhov riešení. Namiesto toho sa sústreďí na terapeutický dialóg, ktorý klientovi umožňuje objaviť, čo mu v jeho jedinečnom živote funguje. Bežná otázka „Ako sa máš?“ by sama o sebe neumožnila na riešenie orientovaný rozhovor. Preto je štandardným začiatkom otázka „Čo je lepšie?“ – cielene sa zisťuje zlepšenie, nie všeobecný stav klienta. Takto sa klientovi umožňuje popísať všetko, čo považuje za zlepšené, bez toho, aby sa rozhovor odklonil k problémom (Lee, 2013; Franklin et al., 2017).

Typy odpovedí sú podobné tým, ktoré už boli spomenuté:

- Ak klient hlási zlepšenia, terapeut sa sústreďí na identifikovanie konkrétneho správania, ktoré k týmto zmenám prispelo.
- Ak klient nezaznamená žiadny progres, terapeut môže pokračovať v sedení alebo použiť coping otázku, aby odhalil, čo už v živote klienta funguje.
- Ak klient hovorí, že sa situácia zhoršuje, použije sa odlišná forma coping otázky, napríklad: „*Čo robíš, aby sa veci nezhoršovali ešte rýchlejšie?*“

V ďalších sedeniach je možné využiť aj **škálu pokroku**, kde sa klient hodnotí podľa stupnice, pričom 10 stále reprezentuje stav „deň po zázraku“ (de Shazer et al., 2007). Terapeut potom môže skúmať, čo bolo iné, keď sa číslo zlepšilo, a získať podrobnejšie informácie o konkrétnych krokoch alebo faktoroch, ktoré prispeli k vyššiemu skóre.

7.6 Kazuistika

Klient je 50-ročný učiteľ na strednej škole. Na terapiu bol odoslaný svojím praktickým lekárom pre ťažkosti, ako sú skoré ranné prebúdzanie, búšenie srdca, panické ataky, záchvaty plaču (vrátane výskytu počas vyučovania) a zvýšený krvný tlak. Už osem týždňov je práceneschopný a samotná predstava návratu do školy u neho vyvoláva výrazné telesné reakcie, napríklad nevoľnosť. Počas pobytu doma sa jeho stav zhoršil: plačlivé epizódy sa stali častejšími a telesné symptómy sa prehĺbili. Počas terapie neužíva žiadne psychofarmaká.

Ako možnú príčinu svojich ťažkostí klient uvádza samovraždu kolegu v predchádzajúcom roku. Táto udalosť ho silno zasiahla, pričom mal pocit, že v jej spracovávaní zostal sám, čo u neho vyvoláva aj pocity hnevu. Zároveň je vystavený ďalším záťažiam: doma sa stará o vážne chorého otca, ktorý si vyžaduje intenzívnu opateru. Klient tiež opisuje, že iný kolega trpí psychickými problémami a často chýba v práci, čo viedlo k navýšeniu jeho vlastného pracovného úväzku. Klient má obavy, že aj tento kolega by mohol spáchať samovraždu. Vzťahy medzi učiteľmi sa celkovo zhoršili a pracovná atmosféra je napätá.

Formulácia cieľa: Na otázku „Čo by malo byť na konci terapie dosiahnuté, aby ste mohli povedať, že bola pre vás užitočná?“ klient odpovedá, že by sa chcel opäť vrátiť k vyučovaniu a vychádzať dobre so svojimi kolegami. Želá si, aby bol počas hodín uvoľnený, aby si mohol s humorom robiť žarty so žiakmi a cítil sa v triede príjemne. Terapeutický vzťah je hodnotený ako **vzťah typu zákazník** – klient je motivovaný k zmene vlastného správania. Terapeut oceňuje klienta za to, že vyhľadal odbornú pomoc, ako aj za jasnú a konkrétnu formuláciu cieľa. Klient je následne požiadaný, aby zvážil, či by chcel pokračovať v terapii, a ak áno, kedy.

Druhé sedenie, ktoré sa uskutočnilo o dva týždne neskôr, začína škálovacou otázkou zameranou na aktuálny stav klienta (10 = cíti sa úplne dobre a jeho cieľ je dosiahnutý; 0 = obdobie, keď mu bolo najhoršie). Klient sa hodnotí známku 4, zatiaľ čo pri prvom stretnutí uvádzal hodnotu 1. Popisuje, že sa cíti veselší, je aktívnejší, navštívil koncert, lepšie spí a cíti sa komfortnejšie medzi ľuďmi. Panické ataky sa vyskytujú menej často. Na otázku, aké hodnotenie by mu podľa jeho názoru dala manželka, odpovedá, že pravdepodobne tiež 4. Keď je požiadaný, aby vysvetlil, ako sa mu podarilo posunúť sa z hodnoty 1 na 4 v tak krátkom čase, uvádza, že prvé sedenie mu pomohlo sústrediť sa na to, kam sa chce dostať, a v dôsledku toho začal podnikat' konkrétne kroky a aktivity. O návrate do školy zatiaľ nechce premýšľať a vyhýba sa akémukoľvek kontaktu so školským prostredím.

Po ocenení rýchleho pokroku a pozitívnych krokov terapeut kladie otázku: „Ako by vyzerala päťka?“ Klient odpovedá, že by už bol aspoň v čiastočnom kontakte s kolegami (hoci zatiaľ sa na to necíti pripravený) a jeho telesné ťažkosti by ďalej ustupovali. Ako domácu úlohu dostáva návrh premýšľať o tom, čo ďalšie by mu pomohlo dosiahnuť úroveň 5, a opýtať sa blízkych osôb, ako by si jeho správanie pri tejto úrovni predstavovali. Zároveň má pozorovať situácie, ktoré už teraz „pripomínajú päťku“, a všímať si, čo v týchto chvíľach robí inak alebo čo sa zmenilo.

Tretie sedenie, uskutočnené po troch týždňoch, sa začína otázkou: „Čo je lepšie?“ Klient uvádza, že telesné príznaky sa ďalej zmiernili. Jednému z kolegov poslal e-mail s ospravedlnením za predchádzajúcu podráždenú reakciu a dostal pozitívnu odpoveď. Riaditeľovi školy oznámil, že by sa chcel opäť zaradiť do rozvrhu, spočiatku však len s polovičným úväzkom. Na otázku, ako veľmi je presvedčený, že svoj cieľ dosiahne, odpovedá hodnotením 7–8. Uvádza, že sa cíti oddychutejší a potešili ho priateľské reakcie okolia. Zároveň sa rozhodol udržiavať väčší odstup od kolegu s psychickými problémami. Po ocenení dosiahnutých zmien je sedenie ukončené.

Na klientovu žiadosť sa **po troch mesiacoch** uskutoční následné (follow-up) stretnutie. Na otázku „Čo je lepšie?“ klient odpovedá, že sa vrátil do školy a návrat ho teší. Kolegovia aj žiaci ho prijali veľmi srdečne. Telesné ťažkosti takmer úplne vymizli, opäť sa cíti aktívny a už sa nadmerne nezaobera samovraždou kolegu. Dokonca začal pravidelne behať. Pri hodnotení pokroku si teraz dáva známku 9. Na otázku, aké hodnotenie by mu dala manželka, odpovedá 8. Domnieva sa, že rovnakú známku by mu dali aj riaditeľ a žiaci, pretože je zjavné, že je veselší, dokáže sa opäť smiať a vtipkovať.

Terapeut sa následne pýta, čo by musel robiť, aby sa vrátil späť na úroveň 4 alebo dokonca 1 (prevencia relapsu). Klient odpovedá, že by sa musel znovu hádať s kolegami, nadmerne pracovať nadčas a klásť na seba aj na žiakov príliš vysoké nároky. S úsmevom a uvoľnene, opretý v kresle, dodáva, že tentoraz už nedovolí, aby to zašlo tak ďaleko. Po pochvalách a gratuláciách zo strany terapeuta za spôsob, akým si znovu usporiadal svoj život, je terapia ukončená. Terapeut sa ešte pýta, ako plánuje tento úspech osláviť. Klient sa rozhodne pozvať svoju manželku na slávnostnú večeru pri sviečkach.

7.7 Zhrnutie a záver

Na riešenie orientovaní poradcovia a terapeuti kladú väčší dôraz na hľadanie riešení než na podrobnú analýzu toho, ako alebo prečo problém vznikol. V centre ich pozornosti stojí to, čo je možné urobiť teraz a v blízkej budúcnosti, aby sa situácia klienta zlepšila. Práve tento postoj robí riešením orientovanú prax široko aplikovateľnou naprieč rôznymi typmi problémov a kontextov (Kim & Franklin, 2015; Lee, 2013).

Keďže sa riešením orientovaný prístup sústreďuje na identifikáciu toho, čo už funguje, a na konkrétne kroky vedúce k zmene, terapia môže byť často časovo úsporná a krátkodobá. Dôraz na akciu a malé, dosiahnuteľné zmeny umožňuje klientom rýchlejšie zaznamenať pokrok, čo podporuje ich motiváciu a pocit kompetencie. Tento charakter robí riešením

orientovanú terapiu obzvlášť vhodnou pre klientov v súčasnej, dynamickej spoločnosti, kde je čas obmedzený a očakáva sa praktická a efektívna pomoc (Franklin et al., 2017).

Riešením orientovaná terapia sa úspešne uplatňuje pri širokom spektre ťažkostí, medzi ktoré patria napríklad závislosti od alkoholu a drog, depresívne ťažkosti, problémy v partnerských vzťahoch, rozchody, poruchy príjmu potravy, zvládanie hnevu, komunikačné problémy či krízové intervencie. Jej flexibilita a dôraz na klientove zdroje umožňujú prispôbiť intervencie individuálnym potrebám a cieľom klienta (De Jong & Berg, 2013).

Okrem rozmanitosti problémových oblastí sa riešením orientovaný prístup osvedčil aj pri práci s rôznymi cieľovými skupinami. Efektívne sa využíva v práci s deťmi, dospelými, rodinami, párami, ako aj s klientmi v mandátnej terapii, kde je motivácia k zmene často nižšia. Prístup založený na spolupráci, rešpekte a zdôrazňovaní silných stránok klienta umožňuje vytvoriť pracovný terapeutický vzťah aj v náročnejších podmienkach (Franklin et al., 2017; Lee, 2013).

Silné stránky

Jednou z hlavných výhod riešením orientovaného prístupu je jeho kolaboratívny charakter. Terapeut a klient vystupujú ako partneri, pričom klient je považovaný za experta na svoj vlastný život. Tento spôsob spolupráce podporuje aktívne zapojenie klienta do terapeutického procesu a posilňuje jeho zodpovednosť za dosahovanie zmien.

Ďalšou silnou stránkou je dôraz na kompetencie, schopnosti a zdroje klienta. Namiesto zamerania sa na deficity a zlyhania terapeut systematicky vyhľadáva a rozvíja to, čo klientovi už funguje. Takýto prístup posilňuje sebadôveru klienta, podporuje pocit kontroly nad situáciou a prispieva k rýchlejšiemu dosahovaniu želaných cieľov.

Riešením orientovaná terapia je zároveň známa svojou časovou efektívnosťou. Vďaka orientácii na konkrétne ciele a praktické kroky môže byť terapia krátkodobá, čo je výhodné najmä v kontextoch s obmedzeným časom alebo zdrojmi, ako sú poradenské centrá, školské prostredia či krízové služby.

Slabé stránky

Napriek viacerým výhodám môže byť riešením orientovaný prístup vnímaný ako príliš jednoduchý alebo povrchný, najmä klientmi, ktorí očakávajú hlbšiu analýzu problémov, emócií alebo minulých skúseností. Klienti so silnou potrebou porozumieť príčinám svojich ťažkostí alebo so záujmom o introspektívnu, analytickú terapiu môžu tento prístup odmietat' ako nedostatočný. Ďalším obmedzením je, že riešením orientovaný prístup nemusí vždy dostatočne reflektovať komplexné alebo dlhodobé pretrvávajúce problémy, najmä ak si vyžadujú rozsiahlu prácu s traumou, hlbokými vzťahovými vzorcami alebo psychodynamickými procesmi. V takýchto prípadoch môže byť potrebné doplniť riešením orientovanú prácu o iné terapeutické prístupy, aby boli klientove potreby naplnené komplexnejšie.

Na riešenie orientovaný prístup predstavuje pre poradcov a terapeutov ucelený rámec, ktorý umožňuje identifikovať, aktivovať a systematicky využívať existujúce zdroje klienta, ako sú jeho silné stránky, sociálne opory, osobné stratégie zvládania a individuálne predstavy o tom, ako môže dôjsť k zmene. Namiesto detailnej analýzy problémov sa tento prístup sústreďuje na podporu toho, čo už v klientovom živote funguje, a na rozvíjanie možností, ktoré vedú k želanému smerovaniu.

Základným cieľom riešením orientovaného poradenstva je presmerovanie klientovej pozornosti od problémovo orientovaného uvažovania k uvažovaniu zameranému na riešenia a budúcnosť. Tento posun však nemusí byť jednoduchý, najmä u klientov, ktorí s danými ťažkosťami žijú dlhodobo a ktorých identita alebo životný príbeh je s problémom úzko prepojený. V takýchto prípadoch si terapeutická práca vyžaduje trpezlivosť, citlivé vedenie rozhovoru a postupné vytváranie priestoru pre alternatívne pohľady.

Techniky ako zázračná otázka a otázky zamerané na výnimky zohrávajú v tomto procese kľúčovú úlohu. Pomáhajú klientom predstavovať si preferovanú budúcnosť, rozpoznávať momenty, keď problém nemal úplnú kontrolu nad ich životom, a objavovať konkrétne kroky, ktoré môžu viesť k zmene. Tieto intervencie podporujú tvorivé myslenie, posilňujú nádej a umožňujú klientom aktívne sa podieľať na budovaní realistických a dosiahnuteľných riešení.

Celkovo možno konštatovať, že riešením orientovaný prístup ponúka praktický, flexibilný a posilňujúci spôsob práce, ktorý je kompatibilný s požiadavkami súčasnej poradenskej praxe a zároveň rešpektuje jedinečnosť každého klienta a jeho životného kontextu.

Otázky:

1. *Aké sú základné predpoklady SFBT?*
2. *V čom sa SFBT líši od problémovo orientovaných prístupov?*
3. *Ako funguje „zázračná otázka“ a aký má cieľ?*
4. *Prečo sa v SFBT nekladie dôraz na analýzu minulosti?*
5. *Aké mechanizmy môžu vysvetľovať účinnosť SFBT?*
6. *Ako by ste aplikovali škálovacie otázky v praxi?*

8 Naratívny prístup v systemickej terapii

„*To, ako sa pozeráme, určuje to, čo vidíme.*“ (M.F. Hoyt)

Naratívne prístupy k terapii si v posledných rokoch získali významné postavenie v oblasti rodinnej terapie, a to najmä vďaka priekopníckej práci Michaela Whitea. White, samostatne aj v spolupráci s Davidom Epstonom, zohral kľúčovú úlohu pri rozvoji naratívnej terapie ako terapeutického prístupu (Epston & White, 1989; White & Epston, 1992; White, 1995; Epston, 1989). Na základe ich zásadných prác začali ďalší odborníci rozvíjať a aplikovať naratívnu terapiu v klinickej praxi, diskutovať o jej mieste v širšom kontexte rodinnej terapie a integrovať jej princípy do bežných prístupov v oblasti duševného zdravia (Freedman & Combs, 1996; Zimmerman & Dickerson, 1996; McLeod, 1996; Angus & McLeod, 2004).

Naratívni terapeuti pracujú so širokým spektrom klientov a problémov, ktoré sú v tradičnej psychiatrii a klinickej psychológii považované za obzvlášť náročné na liečbu. Patria sem napríklad poruchy správania v detstve, delikvencia, šikanovanie, mentálna anorexia, zneužívanie detí, partnerské konflikty, reakcie na stratu a smútenie, adaptácia na ochorenie AIDS či schizofrénia (Epston & White, 1989; White, 1995; Morgan, 2000; Payne, 2006).

V rámci naratívnej terapie sa však tieto ťažkosti nechápu ako vnútorné, podstatné alebo nemenné vlastnosti jednotlivcov či vzťahov. Naopak, diagnostické označenia sú vnímané ako súčasť širšieho patologizujúceho diskurzu v oblasti duševného zdravia, ktorý problémy skôr udržiava, než by ich riešil. Mocenské praktiky spojené s používaním takýchto nálepiek často zvyšujú záťaž ľudí, ktorí už aj tak čelia náročným životným situáciám.

Michael White, inšpirovaný prácami Michela Foucaulta (napr. Foucault, 1984), označuje proces aplikovania psychiatrických diagnóz a redukovania ľudí výlučne na tieto diagnostické kategórie ako „totalizujúce techniky“. Z naratívnej perspektívy sa ľudské problémy chápu ako dôsledok dominantných, utláčajúcich príbehov, ktoré formujú a ovládajú život človeka. Problémy vznikajú vtedy, keď príbehy, ktorými ľudia rozprávajú o svojom živote – či už sami, alebo prostredníctvom druhých – nie sú v súlade s ich skutočnou, prežívanou skúsenosťou. Často existujú významné aspekty životnej skúsenosti, ktoré sú v rozpore s dominantným naratívom (Morgan, 2000; Payne, 2006).

Terapeutická práca v naratívnom rámci preto spočíva vo vytváraní priestoru pre vznik alternatívnych príbehov, ktoré boli doposiaľ potláčané alebo marginalizované dominantným problémovým naratívom. Tieto alternatívne príbehy sú zvyčajne pre klientov prijateľnejšie, lepšie zodpovedajú ich prežívanej skúsenosti a rozširujú možnosti, ako môžu aktívne ovplyvňovať a riadiť vlastný život.

Základným predpokladom naratívneho prístupu je presvedčenie, že naratívy nie sú len odrazom alebo opisom identity, života či problémov. Naopak, naratívy tieto identity, životy a problémy aktívne vytvárajú (Bruner, 1990). Z tohto pohľadu má terapeutické „prepísanie“ osobných príbehov potenciál meniť samotné problémy, identity aj životné trajektórie klientov, keďže osobné naratívy sú konštitutívnou súčasťou identity (White & Epston, 1990; Angus & McLeod, 2004).

8.1 Kľúčové koncepty naratívnej terapie

Myšlienky týchto a ďalších autorov viedli k formulovaniu základných pojmov naratívnej terapie, ktoré môžeme zhrnúť do štyroch oblastí: **jazyk, poznanie, moc a ja (self)** (Freedman & Combs, 1996; White, 1995). Nižšie je uvedený stručný prehľad každého z nich.

Jazyk

Jazyk nie je len prostriedkom na opis našich myšlienok, pocitov a životných skúseností. Predstavuje súčasť **komplexnej sociálnej interakcie**, v ktorej sa významy neustále vytvárajú. Slová, ktoré používame, ovplyvňujú spôsob, akým premýšľame a prežívame realitu, a tým aj to, ako o svete hovoríme. Spôsob vyjadrovania teda významne formuje možnosti nášho bytia vo svete – záleží nielen na tom, čo hovoríme, ale aj ako to hovoríme.

Poznanie

Z naratívneho hľadiska poznanie nevzniká ako niečo hotové a objektívne, ale je aktívne vytvárané ľuďmi. Tento postmoderný pohľad vychádza z predpokladu, že existuje viacero právd a že to, čo jeden človek považuje za pravdivé a zmysluplné, nemusí platiť pre iného. V terapii to znamená, že klienti sú expertmi na vlastné životy, zatiaľ čo terapeut nie je autoritou nad ich problémami.

Moc

Naratívna terapia kladie veľký dôraz na pomoc ľuďom oslobodiť sa od dominantných kultúrnych diskurzov a noriem, ktoré nemusia zodpovedať ich osobnej situácii. Tento proces prebieha prostredníctvom odhaľovania a sponchybnovania „príbehov pravdy“, ktoré predpisujú, ako by mali ľudia žiť, správať sa a hodnotiť sami seba.

Ja (self)

Ja nie je v naratívnej terapii chápané ako vnútorná, stabilná entita, ale skôr ako proces, ktorý vzniká vo vzťahoch medzi ľuďmi. To, čo robíme, má význam, no zároveň nemáme úplnú kontrolu nad okolnosťami svojho života. Hoci sa aktívne podieľame na tom, kým sa stávame, nemôžeme si svoju identitu jednoducho slobodne zvoliť. Tento pohľad zdôrazňuje vplyv kontextu a životných podmienok, ale zároveň ponecháva jednotlivcovi určitý priestor pre voľbu a osobnú zodpovednosť.

Tieto štyri koncepty – jazyk, poznanie, moc a ja – tvoria teoretický základ naratívnej terapie a opakovane sa objavujú v jej praktických postupoch a intervenciách.

8.2 Zdravie verzus dysfunkcia

Vzhľadom na napätie medzi vonkajšími kontextmi, ktoré formujú život ľudí, a ich schopnosťou konať a ovplyvňovať vlastný život, sa vynára otázka: ako sa človek stáva „zdravým“? Naratívna perspektíva ponúka alternatívu k tradičnému západnému chápaniu človeka ako bytosti, ktorá má plnú racionálnu kontrolu nad sebou aj nad svetom.

Podľa Dreweryovej a Winsladea (1997) ľudia väčšinou „nejako fungujú“, snažia sa porozumieť svojmu životu v podmienkach neistoty, zložitosti a neustále sa meniacej reality. Robia rozhodnutia a konajú, aj keď nemajú úplne jasno. Zdraví ľudia sa odlišujú tým, že dokážu rozpoznávať a sledovať preferované identity a spôsoby života a zároveň majú schopnosť odpustiť si, keď sa ich životný príbeh posunie od bežného zmätku k zlyhaniu či dysfunkcii.

Dysfunkcia je v naratívnej terapii chápaná ako príbeh presýtený problémom, ktorý je oddelený od osoby samotnej. Nejde teda o to, že človek je problémom – problém je problém. Z naratívneho hľadiska problémy nevznikajú izolovane v jednotlivcovi, ale sú vytvárané v sociálnom, kultúrnom a politickom kontexte a sprostredkované prostredníctvom jazyka. Týmto spôsobom formujú ľudské skúsenosti a sebarozumenie (Morgan, 2000; White, 1995).

Keď sa problémové príbehy v živote ľudí posilnia, môže sa objaviť pocit, že ich život je riadený vonkajšími silami a že nad ním strácajú kontrolu. Práve vtedy ľudia často vyhľadajú terapiu. Ich pozornosť sa sústreďuje na to, čo nefunguje, a ich rozprávanie sa stáva dominantne problémovo orientovaným. Takéto príbehy výrazne zužujú perspektívu – potláčajú nádej, pozitívne významy a alternatívne možnosti zmeny. V dôsledku toho sa môže zmena javiť ako nemožná, aj keď sa človek opakovanne snaží situáciu zvládnuť.

Zároveň je dôležité zdôrazniť, že naratívny prístup nezbavuje ľudí osobnej a morálnej zodpovednosti. Hoci kladie dôraz na sociálne a vzťahové podmienky života, ľudia zostávajú spoluvtvorcami vlastných aj cudzích „svetov“ a nesú zodpovednosť za to, ako sa na ich vytváraní podieľajú (Drewery & Winslade, 1997; White, 1995).

8.3 Proces zmeny a terapeutické prostredie v naratívnej terapii

Ako dochádza k zmene? Z naratívneho pohľadu predovšetkým **prepísaním životných príbehov**. Spôsob, akým ľudia hovoria o svojich skúsenostiach, a témy, ktoré si vyberajú, predstavujú základné nástroje, pomocou ktorých si vytvárajú význam a porozumenie svojmu svetu. Tieto spôsoby porozumenia sú zároveň otvorené zmene – ak sa zmení jazyk, môže sa zmeniť aj spôsob, akým ľudia organizujú a prežívajú svoj život (White & Epston, 1990; Morgan, 2000).

Jazyk usmerňuje pozornosť terapeuta aj klienta, ovplyvňuje ich porozumenie, prežívanie aj konanie. Preto má jazyk v terapii zásadný význam pre proces zmeny. Úlohou terapeuta je pracovať s jazykom vedome a citlivo a aktívne si všímať príbehy, ktoré by klienti uprednostňovali, keďže máme tendenciu nachádzať to, na čo sa zameriavame.

Keď terapeut jasne oddeľuje problémový príbeh od osoby a jej preferovaných skúseností a používa jazyk, ktorý to podporuje, vytvára sa priestor na orientáciu rozhovoru smerom k zdrojom, silným stránkam, nádejam a budúcim možnostiam. Postupne sa tak stáva zrozumiteľným aj spôsob, akým problém obmedzuje tieto oblasti života (Morgan, 2000).

Zmena však nebýva jednoduchá. Naratívna terapia sa vyhýba pojmom ako „rezistencia“ či „popieranie“, a to aj v komunikácii medzi odborníkmi. Takéto pojmy totiž predpokladajú, že terapeut vie o klientovi viac než on sám, a presúvajú zodpovednosť za vzťahové ťažkosti jednostranne na klienta. Namiesto toho sa v naratívnej terapii dôraz kladie na spoločné skúmanie prekážok alebo narušení vo vzťahu, čo odráža presvedčenie, že terapeutický vzťah je obojsmerný (Payne, 2006; Angus & McLeod, 2004). Spoločná reflexia diskurzov, ktoré formujú pozície terapeuta a klienta vo vzťahu k sebe navzájom aj ku kultúrnemu kontextu, vytvára podmienky pre terapeutické prostredie, v ktorom je klient rešpektovaný ako **spoluautor preferovaného životného príbehu** (Morgan, 2000).

Základom kolaboratívneho terapeutického prostredia je rešpektujúci postoj a optimistická zvedavosť. Terapeut nevystupuje ani ako expert, ani ako neutrálny pozorovateľ, ale zaujíma bádateľskú, skúmajúcu pozíciu, ktorej cieľom je porozumieť klientovej skúsenosti. Klient je v tomto procese rovnocenným partnerom, ktorý disponuje jedinečným, lokálnym poznaním o svojom živote. Toto poznanie však môže byť spočiatku ťažko dostupné – podobne ako artefakt ukrytý pod vrstvami pôdy. Terapeut a klient ho spoločne postupne „odkrývajú“, pomenúvajú a dávajú mu význam (White & Epston, 1990; Payne, 2006).

Neoddeliteľnou súčasťou terapeutického prostredia je citlivosť voči kultúrnemu kontextu každého človeka. Kultúra určuje, aké pozície zaujímate vo vzťahu k iným ľuďom – prostredníctvom jazyka, vzhľadu, miesta, kde žijeme, či sociálnych vzťahov. Ešte skôr, než niečo povieme, už stelesňujeme svoje spoločenské postavenie, ktoré zároveň vytvára určitý rámec pre pozíciu druhej osoby. Dôležitou úlohou terapeuta je rozpoznávať a reflektovať mocenské nerovnosti alebo skúsenosti bezmocnosti, ktoré vstupujú do terapeutického vzťahu, a pomáhať ich dekodovať a oslabovať. Medzi zjavné faktory nerovnováhy patrí napríklad to, že klient prichádza do terapeutovho pracovného priestoru a platí za služby, alebo vekový rozdiel

medzi dospelým terapeutom a dieťaťom. Ďalšími faktormi môžu byť rasa, etnicita, rod, sexuálna orientácia, spiritualita či socioekonomický status. Bez ohľadu na tieto rozdiely všetci klienti potrebujú od terapeuta rešpektujúci, citlivý a partnerský prístup, ktorý vytvára bezpečný priestor pre spoluprácu a zmenu (Morgan, 2000; Combs & Freedman, 2012).

8.4 Terapeutický proces v naratívnej terapii

Mnoho ľudí vstupuje do poradenstva alebo terapie s cieľom pomáhať druhým, čo viedlo k označeniu týchto profesií ako „pomáhajúce profesie“ – poradci, terapeuti, sociálni pracovníci a podobne (Corey, 2017; Egan, 2021). Napriek tomu však Winslade, Crocket a Monk (1997) upozorňujú na dôležitú opatnosť: Túžba „pomáhať“ môže paradoxne uškodiť terapeutickému vzťahu. Keď sa terapeut príliš sústreďí na vlastnú pozíciu moci alebo potrebu byť potrebný, môže prehliadať možnosti, ako klientovi skutočne umožniť využiť jeho vlastné schopnosti a talenty. Terapeut sa tak môže vidieť ako jediná kompetentná osoba, zatiaľ čo klient sa stáva pasívnym a slabým (White, 2007). V naratívnej terapii je preto kľúčové skutočne veriť v schopnosti klienta a umožniť mu aktívnu účasť na konštrukcii terapeutického procesu. Terapeut a klient sú spoluautormi príbehu, kde byť autorom znamená mať právo hovoriť vlastnými slovami a za seba (Epston & White, 1992; Combs & Freedman, 2012).

Pre klienta to znamená postupne rásť v uvedomovaní si vlastnej moci a schopností nielen v terapii, ale aj vo svojom živote mimo kancelárie terapeuta. Pre terapeuta to znamená využívať svoju odbornú autoritu spôsobom, ktorý podporuje klientove preferencie a jeho aktívnu rolu v vlastnom živote, bez toho, aby sa vzdal svojej profesionálnej kompetencie (Morgan, 2000).

Tak ako mapa slúži len ako pomôcka pri orientácii a nenahrádza skutočné územie, ani terapeutická orientácia nie je náhradou za živú terapeutickú skúsenosť. Poskytuje smerovanie, nie pevný návod. Skutočný priebeh terapie vždy formujú konkrétni ľudia, ktorí sa na nej zúčastňujú, a preto nikdy neprebíha dvakrát rovnako. Nasledujúci prehľad je teda len orientačným rámcom terapeutického procesu (White & Epston, 1990; Payne, 2006).

8.4.1 Hodnotenie a diagnostika

Keďže jazyk významne ovplyvňuje myslenie aj konanie ľudí, v naratívnej terapii sa s pojmami ako hodnotenie či diagnostika pracuje opatrne. Tieto termíny totiž prirodzene umiestňujú odborníka do pozície moci a uprednostňujú profesionálne „pravdy“ pred poznáním klientov o vlastnom živote. To je v rozpore s naratívnym presvedčením, že klienti sú expertmi na svoje životy a mali by mať pozíciu prvých autorov vlastného príbehu.

Diagnostické nálepky sa zvyčajne zameriavajú na deficit, nie na silné stránky, a môžu výrazne posilniť dominantný problémový príbeh o osobe (Madigan, 2011; Payne, 2006). Keď si klienti tieto označenia internalizujú, paradoxne to môže udržiavať problém, ktorý má terapia riešiť. Identita sa redukuje na diagnózu („som ADHD“, „je anorektička“) a ďalšie významné aspekty osoby – napríklad schopnosť niekedy problém zvládnuť – zostávajú v úzadí. Silné zameranie na problém zároveň zužuje pohľad na to, čo funguje, a obmedzuje predstavivosť možných zmien k lepšiemu. To však neznamená, že sa hodnotenie alebo problémový príbeh v naratívnej terapii ignorujú. Namiesto deficitného prístupu terapeut využíva pozorné počúvanie a pozorovanie na podporu vzniku alternatívneho príbehu (Morgan, 2000; Freedman & Combs, 2016). Na rozdiel od prístupov, ktoré sa snažia presne „zrkadliť“ klientovo rozprávanie, naratívny terapeut aktívne vyhladáva skryté významy, medzery v príbehu a náznaky protichodných rozprávání.

Príkladom takéhoto prístupu je škála SMART, ktorú vytvoril Nylund (2000) pri práci s deťmi s diagnózou ADHD. Jej cieľom je identifikovať silné stránky a schopnosti dieťaťa, ktoré bývajú v tradičných symptomatických hodnoteniach prehliadané. Takýto širší pohľad pomáha vytvárať odstup medzi klientom a problémom a otvára priestor pre rozpoznanie toho, čo funguje, a pre rozvoj preferovaných životných príbehov (Nylund, 2000; White, 2007).

8.4.2 Ciele a fázy naratívnej terapie

Cieľom naratívnej terapie nie je nájsť „riešenie“ v tradičnom zmysle, ale pomôcť klientom získať späť autoritu nad vlastným životným príbehom. Ako uvádzajú Drewery a Winslade (1997): cieľom je umožniť klientom hovoriť zo subjektívnej perspektívy, a nie byť pasívne ovládanými udalosťami.

Problémy môžu človeku odobrať pocit schopnosti a kontroly („ja to dokážem“) a nechať ho bezmocného, akoby vystaveného nehybným silám. Klienti často rozprávajú **príbehy presýtené problémom**, v ktorých sú pasívnymi prijímateľmi okolností, nie aktívnymi účastníkmi. Úlohou terapeuta je hľadať **alternatívne príbehy**, ktoré klientov oslobodzujú a umožňujú im hovoriť vlastným hlasom a pracovať na problémoch, ktoré sami identifikujú.

Naratívna terapia má svoje jednotlivé fázy, ktoré na seba prirodzene nadväzujú a vytvárajú rámec pre spolupracujúci proces medzi terapeutom a klientom. Už pred prvou konzultáciou môže profesionálne vyhlásenie terapeuta nastaviť tón celej spolupráce. Jazyk takéhoto vyhlásenia sa vyhýba pozícii experta a autority, keďže cieľom je vytvoriť horizontálny, partnerský vzťah. Terapeut sa zameriava na skúmanie klientových schopností, zdrojov a talentov, aby ich bolo možné využiť pri riešení problémov, namiesto toho, aby vystupoval ako ten, kto „vie viac“.

Prvé sedenie sa zvyčajne začína neformálnou konverzáciou a budovaním vzťahu so všetkými účastníkmi. Postupne sa mapuje vývoj problému a jeho vplyv na klienta i jeho okolie. Dôležitým prvkom je externalizácia problému, teda snaha oddeliť problém od identity klienta, aby sa mohol naučiť vnímať rozdiel medzi svojím životom a samotným problémom. Záver sedenia smeruje k symbolickému zjednoteniu terapeuta a klienta „proti“ problému. Spoločne diskutujú o tom, či budú pokračovať v doterajšom, problémom presýtenom príbehu, alebo sa začnú zameriavať na skúmanie alternatívnych príbehov. Medzi jednotlivými stretnutiami môže klient sledovať účinky problémového príbehu vo svojom každodennom živote a zároveň si všímať momenty, ktoré sú od jeho vplyvu oslobodené (Monk, 1997; White, 2007).

Druhé a nasledujúce sedenia sa zameriavajú na to, čo sa udialo od posledného stretnutia, vrátane širšieho kontextu predchádzajúcich udalostí. Cieľom je identifikovať aj jemné zmeny vo vzťahu klienta k problému. Každá, aj drobná zmena môže byť vnímaná buď ako prejav sily dominantného, problémového príbehu, alebo ako náznak formovania nového, preferovaného príbehu. Rovnako ako sa mapuje história problémového príbehu, systematicky sa mapuje aj história preferovaného príbehu. Terapeut pritom prejavuje vytrvalosť a zvedavosť, keďže klienti majú tendenciu výnimky z problémového príbehu prehliadať, zľahčovať alebo im neprípisovať význam. Gerald Monk (1997) prirovnal tento proces k rozkurovaniu ohňa. Najskôr sa zapália malé prútiky – drobné pozitívne momenty v živote klienta. Terapeut ich identifikuje, pomenúva a upriamuje na ne klientovu pozornosť. Postupne pridáva ďalšie „prútiky“, teda ďalšie významné skúsenosti a udalosti podporujúce preferovaný príbeh, až kým oheň – nový príbeh o sebe samom – nezačne žiť vlastným životom (Freedman & Combs, 2016; White, 2007).

V záverečných fázach terapie je dôležité počítať s tým, že návrat problémového príbehu je bežný jav a klient na túto možnosť musí byť pripravený. Užitočné môže byť zapojenie širšieho publika, napríklad dokumentovanie zmien a ich zdieľanie s ľuďmi, ktorí môžu klienta podporiť v udržiavaní preferovaného príbehu. Klient môže byť dokonca pozvaný do pozície konzultanta, čím sa uznáva jeho status prvého autora vlastného preferovaného príbehu, namiesto toho, aby bol vnímaný ako bezradná či závislá osoba. Ukončenie terapie nastáva vtedy, keď klient čoraz viac žije v preferovanom príbehu, ktorý už nie je presýtený problémom. Zároveň môže zostať otvorená možnosť občasných konzultácií pre prípady, keď „oheň“ nového príbehu dočasne slabne.

8.4.3 Techniky v naratívnej terapii

Naratívna terapia nie je presný súbor pravidiel ani techník, ale skôr odlišný spôsob myslenia a videnia sveta. Napriek tomu existujú postupy, ktoré sú s naratívnym prístupom často spájané. Ide o prístupy a techniky, ktoré pomáhajú klientom objaviť nové spôsoby vzťahu k sebe a svojim problémom, pričom zoznam nie je vyčerpávajúci.

Terapeuti používajú základné poradenské zručnosti – počúvanie, reflektovanie, sumarizovanie, parafrázovanie – no často s iným cieľom. Otázky napríklad slúžia nielen na získanie informácií, ale aj na vytváranie skúseností preferovanej reality, čo môže mať samo o sebe terapeutický účinok. Rozprávanie príbehu klientom umožňuje stať sa publikom vlastného života a otvára cestu k novému vzťahu k sebe a k svojim príbehom (Drewery & Winslade, 1997; Combs & Freedman, 2019).

Externalizujúce rozhovory

Jedným zo spôsobov, ako si ľudia môžu vytvoriť nový a odlišný vzťah k sebe samým a k príbehom svojho života, je externalizácia problémov. Externalizácia sa usiluje oddeliť identitu človeka od problémov, pre ktoré vyhľadáva pomoc. Ide o spôsob vnímania a rozprávania, ktorý vyjadruje a zároveň podporuje rešpekt voči ľuďom, ktorí zápasia o vytvorenie takých vzťahov k svojim problémom, aké by si želali mať (Roth & Epston, 1996).

Aby terapeuti začali uvažovať externalizujúcim spôsobom, Morgan (2000) navrhuje predstaviť si problém ako „vec“, ktorá sa nachádza niekde v miestnosti – napríklad sedí klientovi na pleci alebo je položená na samostatnej stoličke. Rozhovor o probléme sa začína pozorným počúvaním toho, ako klient opisuje svoje skúsenosti. Klient môže hovoriť o tom, že sa cíti osamelý a depresívny. Terapeut sa potom môže opýtať: „Ako dlho už Osamelosť ovplyvňuje váš život?“ Premena sloviess či prídavných mien na podstatné mená pomáha oddeliť problém od osoby, rovnako ako použitie určitého člena „ten/tá/to“ pred pomenovaným problémom. Napríklad: „Ako ADHD ovplyvňuje vaše dieťa?“ alebo „Kam Dlhodobé hádky posunuli váš vzťah?“ Pri práci s deťmi môžu byť užitočné aj hravejšie formy externalizácie, ako je pomenovanie problému vlastným menom alebo jeho nakreslenie (Carey & Russell, 2002; Morgan, 2000; Nylund, 2000). Terapeut sa môže pýtať: „Kedy je pán Neposedko najsilnejší?“ alebo „Čo sa deje, keď šéfuje pani Rozkazovačná?“

Externalizácia môže mať silný účinok na terapeuta aj klienta. Terapeutovi pomáha zachovať si postoj rešpektu a vnímavosť voči klientovým schopnostiam zvládať bežné ľudské ťažkosti. Zároveň ponúka spôsob, ako sa k klientovi pripojiť a pozorne ho počúvať bez toho, aby sa potvrdzovali obmedzujúce alebo patologizujúce opisy jeho identity (Freeman & Combs, 1997). Pre klienta znamená odstúpenie od problému a jeho oddelenie od vlastnej osoby zmenu v postavení voči problému a môže obnoviť pocit osobnej kompetencie a vplyvu. Otvára sa tak priestor pre nádej a pre skúmanie vlastných schopností zmiernovať dopady problému (Carey & Russell, 2002; White, 2006).

Ako zdôrazňujú Michael White a David Epston (1990), externalizácia neznamená zbavenie sa osobnej zodpovednosti. Carey a Russell (2002) poukazujú na to, že externalizácia neoddeľuje ľudí od ich činov ani od reálnych dôsledkov týchto činov. Kľúčovým prvkom externalizujúcich rozhovorov je podrobné skúmanie konkrétnych dopadov externalizovaného problému na život človeka aj na životy tých, ktorých sa problém dotýka. Práve dôkladné pomenovanie týchto účinkov umožňuje ľuďom zaujať voči problému postoj a následne spolu s druhými pracovať na zmiernení jeho vplyvu a oslabovaní jeho moci.

Mapovanie vplyvu problému

Mapovanie vplyvu externalizovaného problému predstavuje dôležitú fázu naratívnej práce, v ktorej sa podrobne skúmajú konkrétne účinky problému na život človeka. Cieľom je získať jemne diferencované, mnohvrstevné porozumenie histórii problému, jeho vývoju a

tomu, akým spôsobom zasahoval – a stále zasahuje – do života jednotlivca, jeho rodiny i širšieho sociálneho kontextu (Freeman et al., 2015; White, 2007). Nejde len o pomenovanie negatívnych dôsledkov, ale aj o identifikáciu prípadných „sekundárnych ziskov“ alebo paradoxných pozitívnych efektov, ktoré mohli prispieť k jeho udržiavaniu. Súčasťou mapovania je aj reflexia minulých a aktuálnych nákladov problému, ako aj predstava jeho pravdepodobnej budúcnosti, ak by dominantný príbeh pokračoval nezmeneným smerom (Freeman a kol., 1997).

Terapeut sa pri mapovaní zameriava na rozsah, hĺbku a intenzitu vplyvu problému (Winslade & Monk, 1999). Skúma sa, kedy sa problém prvýkrát objavil a ako sa postupne etabloval v živote klienta. Otázky môžu smerovať k tomu, ako vyzeral život pred jeho nástupom, v ktorých obdobiach bol problém najsilnejší a kedy naopak jeho vplyv slabol. Terapeut sa môže pýtať: „Kedy ste si problém prvýkrát všimli?“, „Ako sa váš život líšil predtým, než doň vstúpil problém?“, „V ktorých situáciách má problém najväčšiu moc?“ alebo „Kedy sa zdá, že jeho vplyv slabne?“ Dôležité je tiež skúmať, akú časť života problém ovplyvňuje – či zasahuje pracovnú oblasť, partnerské vzťahy, rodičovstvo, sebahodnotenie alebo voľný čas – a kde je jeho prítomnosť najvýraznejšia a kde naopak minimálna.

Mapovanie môže nadobudnúť aj konkrétnejšiu, vizuálnu podobu, najmä pri práci s deťmi alebo klientmi, ktorým vyhovuje názorné spracovanie. Problém môže byť znázornený kresbou, ktorá vyjadruje jeho „veľkosť“ v živote dieťaťa. Je možné pracovať so zlomkami či percentami na vyjadrenie miery jeho vplyvu, vytvoriť koláčový graf oblastí, do ktorých problém zasahuje, a tieto oblasti farebne odlíšiť, alebo zakresľovať intenzitu problému v čase pomocou jednoduchej časovej osi či grafu (Morgan, 2000). Takéto postupy pomáhajú klientovi vizualizovať rozsah problému, čo často vedie k väčšiemu odstupu a jasnejšiemu uvedomeniu si toho, že problém neovláda celý jeho život (Combs & Freedman, 2019; Drewery & Winslade, 1997).

Dôležitým aspektom mapovania je aj rozšírenie perspektívy na vzťahový a sociálny kontext. Terapeut môže skúmať, ako problém ovplyvnil rodinnú atmosféru, komunikáciu medzi partnermi, vzťahy so súrodencami či postavenie klienta v širšej komunite. Zároveň sa otvára priestor na úvahy o budúcnosti: „Ak by problém pokračoval rovnakým tempom a rovnakým spôsobom, kam by vás to mohlo priviesť o rok či o päť rokov?“ Takéto otázky nepôsobia ako hrozba, ale ako pozvanie k reflexii smerovania vlastného príbehu.

Mapovanie vplyvu problému tak neslúži iba na jeho „diagnostikovanie“, ale najmä na vytvorenie podrobnej mapy jeho pôsobenia. Táto mapa sa následne stáva východiskom pre ďalšiu terapeutickú prácu – pre hľadanie trhlín v jeho vplyve, pre identifikáciu výnimiek a pre postupné posilňovanie preferovaného príbehu, v ktorom problém už nezaujíma dominantné postavenie.

Otázky „landscape-of-action“ a „landscape-of-consciousness“

Vychádzajúc z metafory „krajiny“, ktorú predstavil Jerome Bruner (1986), sa Michael White spolu s Davidom Epstonom (1990) zamerali na dve vzájomne prepojené roviny príbehov – krajinu konania (landscape of action) a krajinu vedomia či významu (landscape of consciousness/meaning). Významné životné príbehy sa totiž netvoria iba na úrovni toho, čo ľudia robia, ale aj na úrovni toho, aký význam svojim činom pripisujú, ako o nich premýšľajú a ako ich začleňujú do obrazu o sebe samých.

Otázky krajiny konania smerujú k tomu, čo klient urobil – alebo aspoň zvažoval urobiť – napriek očakávaniam, ktoré by vyplývali z dominantného problémového príbehu. Zameriavajú sa na konkrétne skutky, rozhodnutia, kroky či mikrokroky, ktoré naznačujú oslabenie vplyvu problému. Terapeut sa môže opýtať: „Čo ste urobili, aby ste prekabátili Hnev?“ alebo „Ako sa vám podarilo zastaviť Úzkosť práve v tej chvíli?“ Takéto otázky

zvýrazňujú momenty, keď klient nekonal podľa „scenára“ problému, ale prejavil iniciatívu, odvahu či tvorivosť.

Naopak, otázky krajiny vedomia pomáhajú klientovi reflektovať vlastnú agentnosť – teda to, ako rozmýšľal, čo zvažoval, aké hodnoty alebo presvedčenia stáli za jeho konaním. Môžu znieť napríklad: „Čo vám tento krok hovorí o vás samých?“ alebo „Čo vás viedlo k tomu, že ste sa rozhodli konať práve takto?“ Tieto otázky presúvajú pozornosť od samotného činu k jeho významu a k obrazu identity, ktorý sa za ním skrýva.

Spoločne oba typy otázok napomáhajú odhaľovať klientove hodnoty, záväzky, presvedčenia, túžby, zámery i kompetencie. Umožňujú zhromažďovať a usporadúvať tzv. jedinečné výsledky (unique outcomes), teda situácie, ktoré sa vymykajú dominantnému problémovému príbehu (McKenzie & Monk, 1997). Tieto „iskrivé momenty“ sa môžu objaviť kedykoľvek a spočiatku môžu pôsobiť nenápadne alebo bezvýznamne. Ako uvádzajú Winslade a Monk (1999), terapeut by mal byť citlivý najmä na:

- konkrétne činy,
- myšlienky,
- úmysly konať,
- chvíle, keď sa zdá, že problém nemá takú silu,
- oblasti života, ktoré zostávajú problémom nedotknuté,
- osobitné schopnosti,
- poznatky o tom, ako problém prekonať,
- reakcie druhých, ktoré nie sú ovplyvnené problémom,
- vzťahy, ktoré odolávajú presvedčeniam a tlaku problému.

Keď terapeut zachytí takúto výnimku, nadväzuje otázkami o konaní a osobnej účasti klienta na jej vzniku. Jemné, no vytrvalé rozvíjanie detailov o tom, ako sa klientovi podarilo konať proti smeru problému, posilňuje jeho skúsenosť seba samého ako aktéra vlastného života. McKenzie a Monk (1997) uvádzajú príklady otázok, ktoré tento proces podporujú: „Ako ste sa pripravili na ten ďalší krok?“, „Čo vám v poslednom období dodalo energiu urobiť taký pokrok?“, „Čo o vás hovorí to, že ste dokázali uvažovať o návrate do školy, aj keď sa vám svet obrátil naruby?“, „Čo to naznačuje o tom, čo od svojho života chcete?“

Odpovedaním na tieto otázky ľudia v podstate začínajú rozprávať nové príbehy o sebe. Postupne sa presúvajú z pozície postavy uväznenej v problémovom naratíve do pozície autora alternatívneho príbehu. V tomto procese sa mení nielen ich opis minulosti, ale aj vnímanie prítomnosti a predstava budúcnosti – a práve tu sa začína formovať preferovaný príbeh identity.

Terapeutické dokumentovanie

Jedným zo spôsobov, ako posilniť a „zahustiť“ nový, alternatívny príbeh klienta, je jeho vedomé dokumentovanie. Hoci terapeut priebežne zaznamenáva vývoj terapie formou poznámok, naratívny prístup ponúka aj širšie možnosti vytvárania terapeutických dokumentov, ktoré môžu novému príbehu dodať konkrétnosť a hmatateľnosť. Keď klient vidí svoj pokrok „na papieri“, na obrazovke alebo v podobe symbolického ocenenia, jeho nový príbeh sa stáva reálnejším a pevnejším. Dokumentácia môže mať podobu audio- alebo videonahrávok, kresieb, vyhlásení, certifikátov, ocenení, listov či iných tvorivých výstupov podľa možností a predstavivosti terapeuta i klienta (Freedman & Combs, 1996; McKenzie & Monk, 1997). Dokumenty sa často vytvárajú v spolupráci s klientom; niektoré zostávajú súkromné, iné sú určené na zdieľanie s vybraným publikom.

Zaznamenávanie poznámok

To, čo sa terapeut rozhodne zapísať, má význam, pretože – ako uvádzajú McKenzie a Monk (1997) – tomu, čo je zapísané, sa spravidla pripisuje väčšia váha. Z tohto dôvodu sa neodporúča sústreďovať sa na podrobné opisy symptómov a problémov. Freedman a Combs (1996) navrhujú rozdeliť si stranu poznámok na dve časti: na ľavej strane zaznamenávať aspekty problémového príbehu (s použitím externalizujúceho jazyka) a na pravej strane rozvíjajúci sa alternatívny príbeh. Jedinečné momenty či výnimky je možné označiť napríklad hviezdíčkou. Mimoriadne užitočné je zapisovať doslovné výroky klienta, ktoré môžu neskôr poslúžiť pri písaní terapeutických listov.

Naratívni terapeuti si zvyčajne vyžadujú súhlas s písaním poznámok počas sedenia, vysvetlia svoj spôsob práce a priebežne si overujú presnosť zápisu (Morgan, 2000; Winslade & Monk, 1999). Mnohí z nich považujú poznámky za vlastníctvo klienta a umožňujú mu vziať si ich domov; prípadne si terapeut ponechá kópiu. Takéto poznámky môžu medzi sedením slúžiť ako pripomienka dôležitých myšlienok, objavov a posunov.

Listy

Podľa prieskumov medzi klientmi môže dobre napísaný terapeutický list predstavovať účinok troch až piatich kvalitných sedení (Nylund & Thomas, 1994; White, 1995). Listy majú osobitý štýl a zvyčajne obsahujú: záznam z jedného alebo viacerých stretnutí vrátane externalizovaného opisu problému a jeho dopadov; pomenovanie klientových schopností a zdrojov, ktoré sa počas rozhovoru ukázali; uznanie úsilia a zápasu s problémom; a rozlíšenie medzi problémovým príbehom a rozvíjajúcim sa preferovaným príbehom (McKenzie & Monk, 1997). Takýto list môže klientovi umožniť opakovane sa vracieť k svojim úspechom a vidieť ich v širšom kontexte vlastného rastu.

Certifikáty a ocenenia

Certifikáty a symbolické ocenenia môžu slúžiť na vyznačenie významných míľnikov – napríklad bodu obratu alebo momentu oslavy (Morgan, 2000). Môžu formálne potvrdiť oslobodenie sa od starého problémového príbehu či posilnenie nového smerovania. Ich hodnota spočíva v tom, že predstavujú viditeľný dôkaz zmeny, ku ktorému sa možno opakovane vracieť.

Video a audio nahrávky

Hravejšou formou dokumentácie, najmä pri práci s mladšími klientmi, je vytváranie videonahrávok alebo audiozáznamov. Mladí ľudia sa môžu nahrávať napríklad v úlohe reportérov, ktorí informujú o novonadobudnutých schopnostiach, poznatkoch či víťazstvách nad problémom. Opakované prehrávanie týchto nahrávok môže slúžiť ako posilnenie v obdobiach, keď sa problém pokúša znovu získať vplyv. So súhlasom klienta môžu tieto nahrávky poslúžiť aj ako „konzultačný“ materiál pre iných mladých ľudí zápasiacich s podobnými ťažkosťami (McKenzie & Monk, 1997). Takýto krok vysielá silné posolstvo: klient nie je bezmocnou obeťou, ale človekom so skúsenosťami, znalosťami a kompetenciami, ktoré môžu byť prínosom pre druhých.

Terapeutické dokumenty poskytujú klientom konkrétne oporné body – akési orientačné značky na ceste zmeny. Ak sú zdieľané s vybraným publikom, môžu posilniť aj sociálne uznanie nového príbehu. Ako uvádza Morgan (2000), zatiaľ čo detaily rozhovoru sa môžu časom vytrátiť z pamäti, terapeutické dokumenty sa dajú čítať, počúvať či prezerat' opakovane. Každé takéto opätovné stretnutie s dokumentom predstavuje nové rozprávanie alternatívneho príbehu – a tým otvára ďalšie možnosti jeho rozvoja a upevnenia.

Rozširovanie publika

Ďalším spôsobom, ako upevniť a znovu rozprávať nový, preferovaný príbeh, je zdieľať ho so širším publikom. Rodina, priatelia, spolužiaci či kolegovia boli často dlhodobo svedkami problémom presýteného príbehu klienta. Práve títo ľudia sa však môžu stať aj významnými podporovateľmi jeho nového smerovania. Prítomnosť a uznanie širšieho publika totiž určitým spôsobom potvrdzuje zmeny, ktoré klient uskutočňuje, a legitimizuje nový opis identity, podľa ktorého začína žiť (Morgan, 2006). Ako zdôraznil Monk (1997), aby sa klient mohol úspešne vzdialiť od identity ponúkanej problémovým príbehom, je potrebné „získať publikum“, ktoré bude svedkom zrodu jeho nového sebaopisu.

Možností, ako rozšíriť publikum, je viacero. Jednou z nich je požiadať klienta, aby si predstavil človeka zo svojho života, ktorého si váži a ktorý by bol zo zmien najmenej prekvapený. Často ide o člena rodiny, blízkeho priateľa alebo učiteľa. Predstava, čo by tento človek povedal alebo ako by reagoval na prebiehajúce zmeny, môže klientovi pomôcť uvedomiť si význam a dosah vlastného úsilia. Klient má zároveň možnosť o svojich posunoch s týmto človekom reálne komunikovať alebo ich „ukázať“ prostredníctvom konkrétneho správania (Freedman & Combs, 1996). Niekedy môže byť motivačné aj uvažovanie opačným smerom – kto by bol z týchto zmien najviac prekvapený? Túžba vyvrátiť skeptické očakávania môže posilniť odhodlanie zotrvať na novej trajektórii.

Konkrétnejšou formou rozširovania publika je napísanie listu alebo vyhlásenia určeného vybraným osobám. Spoločné spoluvytvorenie textu, ktorý opisuje nové vývinové kroky, úspechy či zmeny v postoji, a jeho následné zdieľanie môže mať výrazný účinok (Morgan, 2006). Napríklad študenti môžu zdokumentovať dôkazy o svojom pokroku a zaslať ich učiteľom či vedeniu školy. Takýto krok môže presmerovať pozornosť okolia od problémového označovania k podpore a uznaniu.

Podpora zo strany druhých je pritom kľúčová. Spôsob, akým o nás hovoria iní, významne ovplyvňuje to, ako vnímame sami seba a ako následne konáme. Ak majú druhí začať rozprávať nový príbeh o klientovi, musia ho najskôr počuť (Carr, 2019). Rozširovanie publika tak umožňuje, aby sa alternatívny príbeh neodohrával iba v terapeutickom mieste, ale aby sa stal súčasťou širšieho sociálneho sveta klienta. Tým sa zvyšuje pravdepodobnosť, že nový príbeh bude nielen rozprávaný, ale aj dlhodobo žitý.

8.4.4 Silné stránky a obmedzenia

Naratívny prístup v terapii predstavuje transparentný, spolupracujúci a do istej miery aj politicky citlivý spôsob práce s klientmi (napr. Hayward, 2003; Monk & Gehart, 2003). Nejde primárne o presne stanovenú sekvenciu krokov či súbor techník, ale skôr o perspektívu – o spôsob, akým terapeut vidí, počúva a premýšľa o klientoch a ich problémoch. Práve v tom spočíva jeho sila aj náročnosť zároveň. Jeho flexibilita umožňuje uplatnenie v rôznych prostrediach, s rozličnými populáciami a typmi ťažkostí. Zároveň však neposkytuje jasný, krok za krokom definovaný návod, ako „správne“ robiť naratívnu terapiu. Osvojenie si tohto spôsobu myslenia si vyžaduje čas, osobné úsilie a postupnú integráciu do vlastného terapeutického štýlu (McKenzie & Monk, 1997).

Naratívna terapia navyše často navonok nepôsobí ako tradičná terapia. Môže pripomínať bežný rozhovor, čo môže byť vnímané ako jej prednosť – vytvára prirodzené, menej formalizované prostredie. Na druhej strane to môže vyvolávať nedorozumenia. Napríklad učiteľ môže nadobudnúť dojem, že školský psychológ „len rozpráva“ so žiakom a neposkytuje skutočné poradenstvo. V takýchto prípadoch je niekedy potrebné kolegom vysvetľovať podstatu a hodnotu naratívneho prístupu, aby porozumeli, že aj rozhovor môže byť hlboko terapeutický.

Pokiaľ ide o výskumné overenie účinnosti, naratívna terapia zatiaľ disponuje obmedzeným množstvom empirických štúdií. Jedným z dôvodov je jej relatívna „mladosť“ – stále je v odborných publikáciách označovaná ako rozvíjajúci sa či evolučný prístup (napr. Goldenberg & Goldenberg, 2004). Ďalším, zásadnejším dôvodom môže byť napätie medzi predpokladmi empirického výskumu a filozofickými východiskami naratívnej terapie. Kým tradičný výskum často vychádza z predstavy objektívnej, merateľnej pravdy, naratívna terapia je ukotvená v sociálno-konstruktivistickom myslení, ktoré chápe realitu ako vytváranú prostredníctvom jazyka a vzťahov (Etchison & Kleist, 2000; Prochaska & Norcross, 2003).

Prehľad existujúcich štúdií však naznačuje povzbudivé výsledky. Etchison a Kleist (2000) konštatujú, že naratívne prístupy môžu byť užitočné pri práci s rôznorodými rodinnými problémami. Uvádzajú napríklad poruchy správania, domáce násilie, smútenie po úmrtí či rozvoďte, školské ťažkosti vrátane akademického zlyhávania, agresivitu medzi súrodencami, ADHD, konflikty medzi rodičmi a deťmi či poruchy príjmu potravy. Tieto zistenia naznačujú široký potenciál využitia naratívneho prístupu (Freedman & Combs, 2019; White & Epston, 1990; Monk et al., 2008).

Najnovšie štúdie efektívnosti naratívnej terapie naznačuje sľubné, hoci zatiaľ metodologicky obmedzené výsledky. Systematická prehľadová meta-analýza zistila, že naratívna terapia môže významne redukovať depresívne symptómy u dospelých s telesnými ochoreniami, pričom bol zaznamenaný signifikantný efekt intervencie (Hu et al., 2024). Podobne klinické štúdie v onkologickom kontexte poukazujú na zníženie úzkosti a depresie a na zvýšenie psychologickú odolnosť a self-efficacy v porovnaní so štandardnou starostlivosťou (Narrative therapy-based psychological intervention for oncology patients, 2025). Systematický prehľad experimentálnych štúdií realizovaných v rokoch 2006 – 2022 ukázal, že naratívna terapia môže mať pozitívne účinky v skupinových intervenciách u detí, adolescentov aj dospelých, najmä v oblasti psychosociálneho fungovania (Ekinci & Tokkaş, 2024). Na druhej strane, prehľad výskumov zameraných na poruchy príjmu potravy poukázal na obmedzenú kvantitatívnu evidenciu a nedostatok štandardizovaných meraní, pričom väčšina zistení vychádza z kvalitatívnych alebo klinických opisov (Conti et al., 2022). V oblasti ADHD existujú len ojedinelé kontrolované štúdie, pričom jedna randomizovaná kontrolovaná štúdia naznačila výrazný efekt intervencie, no celkovo je výskumná základňa zatiaľ malá a heterogénna (Ophir et al., 2025). Celkovo možno konštatovať, že naratívna terapia disponuje predbežnou empirickou podporou, avšak pre jej jednoznačné zaradenie medzi evidence-based prístupy je potrebný ďalší rigorózný výskum.

Zástanovia akejkoľvek terapeutické školy majú prirodzenú tendenciu vnímať jej silné stránky výraznejšie než jej limity (Hayward, 2003). V tomto smere nie je výnimkou ani Michael White (1995). Keď bol požiadaný, aby pomenoval obmedzenia naratívneho prístupu, nehovoril o teórii ako takej, ale o vlastných osobných limitoch. Poukázal na obmedzenia v oblasti jazyka, vnímania vzťahovej politiky, schopnosti vyjednávať osobné dilemy, na limity skúseností či na obmedzenú schopnosť rozpoznať všetky možnosti, ako vyjadriť hodnoty, ktoré otvárajú priestor pre nové možnosti. Tieto limity však nie sú výlučné – sú ľudské a zdieľané.

Pre všetkých pomáhajúcich profesionálov znamená prekročovanie vlastných obmedzení ochotu ich skúmať – prostredníctvom sebareflexie, štúdií, rozhovorov s kolegami aj klientmi. Uvedomovanie si vlastných limitov a otvorenosť voči klientom v otázke týchto hraníc môže paradoxne vytvárať priestor pre rast a posilňovať autentickosť terapeutického vzťahu.

8.5 Kazuistika

Nasledujúca kazuistika je adaptovaná z publikovaného klinického prípadu uvedeného v článku *Narrative Therapy with Intercultural Couples: A Case Study* (Kim, Prouty & Roberson, 2012). Pre potreby tejto kapitoly bol text preložený do slovenčiny a čiastočne skrátený.

Anne a Stephan prišli na terapiu so sťažnosťami na konflikty vo svojom vzťahu a na kultúrne rozdiely medzi nimi. Anna mala 29 rokov, pracovala ako fyzioterapeutka a mala magisterský titul. Jej rodičia pochádzali z Haiti a mali africký pôvod; do Spojených štátov sa presťahovali krátko pred jej narodením. Jej prvým jazykom bola kreolčina, angličtinu sa naučila ako druhý jazyk. Stephano mal tiež 29 rokov a narodil sa v Spojených štátoch. Mal dvojročné vysokoškolské vzdelanie a jeho jediným jazykom bola angličtina. Silno sa identifikoval ako taliansko-americký občan. Anne a Stephano boli spolu päť rokov a rok boli manželmi.

Pár sa rozhodol najskôr venovať sa konfliktom vo svojom vzťahu. Počas prvého terapeutického stretnutia Anne uviedla, že od začiatku manželstva sa medzi nimi čoraz častejšie opakuje ten istý spor. Najviac ju znepokojoval Stephanov spôsob komunikácie, ktorý vnímala ako tvrdý, neúctivý a agresívny. Nedávno ich hádka dokonca prerástla do vážneho konfliktu, pri ktorom musela zasahovať polícia. Stephano naopak tvrdil, že Anne reaguje príliš emotívne a pôsobí podľa neho slabo. Počas prvých dvoch terapeutických sedení terapeut pomáhal partnerom otvorene pomenovať ich obavy a pocity. Následne s nimi diskutoval aj o širších súvislostiach, ako sú jazyk, kultúra, náboženstvo či rodové roly, aby lepšie porozumel emocionálnym nuansám dominantného príbehu ich vzťahu.

Tretie sedenie: externalizačný rozhovor

Počas tretieho sedenia terapeut využil externalizačné otázky, aby pomohol páru uvedomiť si, aký vplyv majú ich problémy na každého z nich aj na ich vzťah. Anne a Stephano najskôr poukázali na rozdiely vo svojich pohľadoch, komunikačných štýloch a v rodinnom prostredí, z ktorého pochádzajú. Napríklad Anne uviedla, že Stephano vždy hovorí presne to, čo si myslí, bez ohľadu na to, ako sa pri tom ona cíti. Stephano naopak tvrdil, že Anne je príliš citlivá a emocionálne krehká. Zdôraznil tiež, že spôsob, akým komunikuje s Anne, je rovnaký ako ten, ktorý je bežný v jeho rodine, a preto ho považuje za primeraný. Anne však uviedla, že práve tento spôsob komunikácie bol jedným z dôvodov, prečo sa od Stephana začala postupne citovo vzdávať. Stephano súhlasil s tým, že ich kultúrne rozdiely často vyvolávajú hádky a nedorozumenia.

Terapeut následne požiadal partnerov, aby pomenovali hlavný problém vo vzťahu, čím chcel zúžiť zameranie terapie a presnejšie usmerniť ďalšie sedenia. Pár definoval „kultúrne rozdiely“ ako najnáročnejší aspekt, ktorý udržiava ich konflikt. Zhodli sa, že ide najmä o rozdielne komunikačné a interakčné štýly, ktoré potrebujú vo vzťahu lepšie zosúladiť. Terapeut preto kládol externalizačné otázky zamerané na to, ako podľa nich ich kultúrne podmienené spôsoby komunikácie a interakcie formovali ich životy a vzťahy.

Vďaka tomuto typu rozhovoru začali Anne a Stephano postupne vnímať, akým spôsobom ich kultúrne rozdiely ovplyvňujú ich vzťah, a zároveň sa u nich zmiernili negatívne pocity voči sebe navzájom. Keď každý z nich opisoval, ako sa v jeho živote formovali hodnoty a presvedčenia, externalizačný rozhovor podporil vzájomné porozumenie ich kultúrnych hodnôt a začal odhaľovať aj tzv. potlačené príbehy – alternatívne spôsoby myslenia a správania, ktoré by im umožnili zachovať si vlastné hodnoty a zároveň posilniť vzájomné prepojenie. Na konci sedenia pôsobil pár menej reaktívne a uviedol, že má pocit, akoby objavil viac možností, ako situáciu riešiť.

Štvrté sedenie: rozhovor o spomínaní (remembering conversation)

Terapeut začal ďalšie sedenie sériou otázok, ktoré mali Anne a Stephanovi pomôcť pochopiť, ako ich kultúra formovala ich osobnú identitu. Rozhovor o spomínaní bol usporiadaný okolo troch hlavných tém:

1. príspevok významných osôb k formovaniu identity jednotlivca,
2. príspevok každého partnera k životu toho druhého,
3. význam ich vzájomných príspevkov pre ich pocit identity.

V rámci tohto rozhovoru terapeut pomáhal Anne a Stephanovi uvedomiť si, ako významné osoby v ich živote ovplyvnili ich identitu, hodnoty a správanie, a zároveň sa oboznámiť s tým, ako sa identita, hodnoty a správanie partnera formovali v jeho kultúrnom prostredí. Používal otázky ako napríklad: „Kto sú dôležité osoby, ktoré ovplyvnili to, kým dnes ste?“ alebo „Ako vás a váš život formovala kultúra (napríklad rasa, rodina či náboženstvo, ktoré ste spomínali)?“ Terapeut ich vyzval, aby premýšľali o ľuďoch, ktorí výrazne ovplyvnili formovanie ich identity. Stephano uviedol, že najväčší vplyv mali na neho jeho rasa, rodina a Anne. Anne naopak zdôraznila význam svojej kultúry, matky a náboženstva. Toto cvičenie umožnilo partnerom znovu si pripomenúť proces formovania vlastnej identity aj to, kým sú v súčasnosti.

Terapeut pokračoval v rozhovore o spomínaní, aby páru pomohol lepšie si navzájom porozumieť. Stephano začal premýšľať nad tým, ako jeho komunikačný štýl ovplyvnila talianska kultúra. Opisoval, že členovia jeho rodiny majú tendenciu komunikovať veľmi expresívne, vášnivo, často zvýšeným hlasom a s výraznou gestikuláciou. Partneri hovorili aj o tom, ako sa tento štýl prejavoval v ich rozhovoroch – Anne sa pritom často cítila emocionálne preťažená alebo zranená.

Anne vysvetlila, že jej kultúra a náboženstvo ju naučili klásť rodinu na prvé miesto, pretože láska a úcta medzi členmi rodiny sú podľa nej základné hodnoty. Uviedla, že práve toto presvedčenie bolo dôvodom, prečo ju veľmi zraňovalo správanie, ktoré vnímala ako Stephanoovu neúctu. Podľa nej by rodina v haitskej kultúre mala predstavovať bezpečný a podporný priestor založený na spolupatričnosti a vzájomnom rešpekte (Menos, 2005). Stephanoov hlasný a agresívny spôsob vyjadrovania preto nevnímala ako prejav úcty. V dôsledku toho sa jeho silné verbálne a behaviorálne prejavy Anne sťažovali na prežívanie pocitu blízkosti a rešpektu v ich vzťahu.

Rozhovor o spomínaní tak poukázal na to, že Stephano a Anne si v rámci svojich kultúr osvojili odlišné interakčné štýly, čo v ich vzájomnej komunikácii viedlo k nesúladu. Počúvanie dominantného príbehu partnera podporilo väčšiu citlivosť voči jeho zámerom a interpretáciám. Anne a Stephano si postupne začali uvedomovať, že bude potrebné vedome spoluvytvoriť nový spôsob komunikácie, ktorý by zahŕňal ich základné spoločné hodnoty, umožňoval pocit bezpečia pre oboch partnerov a zároveň by pomohol novým spôsobom interpretovať niektoré predtým nesprávne pochopené prejavy energie v komunikácii. Na konci rozhovoru boli obaja menej reaktívni, pôsobili pokojnejšie a zároveň sa navzájom počúvali s väčšou zvedavosťou.

Vzájomná akulturácia

V tejto fáze párovej terapie si partneri často začínajú uvedomovať, aký vplyv má ich partner na ich budúci spôsob komunikácie. Počas rozhovoru o spomínaní terapeut pomáha obom partnerom rozpoznať, ako ich môže partner a jeho kultúra pozitívne ovplyvniť. Pri práci so Stephanom a Anne terapeut používal cirkulárne otázky spomínania, napríklad: „Čo si myslíte, že váš partner prežíva od chvíle, keď vstúpil do vášho života?“ alebo „Ako vás váš partner (a jeho kultúra) ovplyvnil a prispel k vášmu životu?“ Terapeut zároveň využíval aj priame otázky, napríklad: „Stali ste sa v tomto vzťahu iným človekom než predtým?“ a „Ktoré zmeny, ktoré vo vás nastali vďaka partnerovi, si najviac vážite?“

Anne a Stephano si postupne uvedomili, že sa už začali prispôsobovať kultúrnym hodnotám a správaniu svojho partnera, čím sa odhalil aj jeden z užitočných, dovtedy menej viditeľných príbehov ich vzťahu. Anne napríklad zistila, že odkedy žije so Stephanom, slová druhých na ňu pôsobia menej zraňujúco. Keď Stephano a jeho príbuzní komunikovali počas bežných rozhovorov veľmi expresívne a dôrazne, postupne pochopila, že ich tón a slová nemožno vždy brať doslovne. Ako si Anne zvykala na vášnivý a energický spôsob komunikácie v Stephanoovej talianskej rodine, naučila sa nebrať tieto prejavy ako urážlivé. Stephano naopak uviedol, že si osvojil nové zvyky, napríklad spoločné stolovanie alebo zdieľanie pohára s Anne. Podľa neho tieto správania odrážali hodnotu spolupatričnosti, ktorá je dôležitá v Anneinej kultúre. Zároveň si uvedomil, že prijal aj určitý vplyv Anneinej kultúry v oblasti spirituality.

Rozhovor o spomínaní tak páru umožnil uvedomiť si, ako sa ich rozdielne kultúry postupne prepájajú a stávajú súčasťou ich vzťahovej aj osobnej identity. Toto uvedomenie podporilo proces vzájomnej akulturácie v ich partnerskom vzťahu. Ich nová partnerská identita sa stala flexibilnejšou a otvorenejšou voči obom partnerom. Vďaka tejto zmene perspektívy sa konfliktne ladený vzťah postupne premenil na vzťah, v ktorom obaja dokázali otvorene vyjadrovať lásku a náklonnosť.

Na konci Anne aj Stephano slovné aj neverbálne vyjadrili vzájomné uznanie a vďačnosť za seba navzájom aj za ich spoločný život. Počas rozhovoru o spomínaní v rámci naratívnej terapie začali objavovať pozitívne vplyvy kultúrnych hodnôt partnera na vlastnú identitu. V dôsledku toho dokázali prijať nielen jeden druhého, ale aj svoje odlišné kultúrne hodnoty. V porovnaní s ich vyjadreniami na prvom terapeutickom sedení išlo o výraznú zmenu. Zatiaľ čo na začiatku sa sťažovali na kultúrne rozdiely, postupne začali vnímať partnera aj jeho kultúrne hodnoty ako niečo hodné úcty a rešpektu. Uvedomenie si ich vzájomného prínosu k formovaniu identity aj vzťahu prinieslo do ich partnerstva viac vďačnosti a pozitívnej atmosféry. Práve táto pozitívnosť a uznanie im pomohli znovu posilniť ich vzájomné puto a zvýšili ich sebadôveru aj motiváciu ďalej pracovať na zlepšovaní ich vzťahu.

Komentár a diskusia ku kazuistike

Každý partnerský vzťah prináša rôzne náročné situácie, no vzťahy medzi partnermi z odlišných kultúr môžu čeliť aj ďalším výzvam, napríklad procesom akulturácie, spoločenským tlakom či rozdielnym predstavám o rodových a rodinných rolách. Naratívna terapia sa ukazuje ako užitočný prístup, ktorý môže interkultúrnym párom pomôcť tieto výzvy zvládnuť efektívnejšie. Vzhľadom na rastúci počet takýchto párov je dôležité, aby terapeuti lepšie rozumeli špecifickej dynamike interkultúrnych vzťahov a využívali vhodné terapeutické prístupy.

Naratívna terapia poskytuje bezpečný priestor, v ktorom si partneri môžu uvedomiť, ako ich kultúra ovplyvňuje ich očakávania, hodnoty, správanie a interpretácie situácií. Externalizačný rozhovor pomáha oddeliť problém od identity človeka. V prípade Anne a Stephana tento prístup umožnil, aby prestali navzájom obviňovať svoje kultúrne rozdiely a začali sa sústrediť na to, ako môžu ich odlišné kultúrne skúsenosti pozitívne prispieť k ich vzťahu. Externalizačné a spomienkové rozhovory zároveň podporili proces vzájomnej akulturácie.

Vedome vytváraná partnerská identita, ktorá vychádza z kultúr oboch partnerov, umožňuje páru flexibilnejšie sa pohybovať medzi rôznymi hodnotami, tradíciami a spôsobmi riešenia problémov. To im pomáha účinnejšie zvládnuť budúce konflikty a vytvárať spoločnú identitu, ktorá zahŕňa viacero kultúrnych perspektív.

Autori však upozorňujú aj na obmedzenia tejto kazuistiky. Ide o opis jedného páru, ktorý slúži skôr ako klinický príklad než ako výskumný dôkaz, preto nie je možné výsledky zovšeobecňovať na všetky interkultúrne páry. Proces aj výsledky terapie sa môžu líšiť v

závislosti od konkrétneho páru, terapeuta či kultúrneho kontextu. Terapeuti by mali zároveň pred použitím tohto prístupu posúdiť prítomnosť domáceho násillia alebo zneužívania návykových látok, pretože v takých prípadoch nemusí byť tento model vhodný.

Budúci výskum by mal preto skúmať využitie naratívnej terapie u rôznych typov interkultúrnych párov a porovnať jej účinnosť aj s pármí z rovnakej kultúry, ktoré prežívajú podobnú mieru vzťahových problémov.

Otázky:

1. *Ako naratívna terapia chápe identitu klienta?*
2. *Čo znamená externalizácia problému a prečo je dôležitá?*
3. *Ako prebieha proces „re-authoringu“ (prepísania príbehu)?*
4. *Aký je rozdiel medzi dominantným a alternatívnym príbehom?*
5. *Aké sú silné stránky a limity naratívnej terapie?*
6. *Ako jazyk a kultúrne diskurzy ovplyvňujú vznik problémov?*

9 Zhrnutie a záver

Predložený učebný text ponúka študentom ucelený úvod do základných modelov systemickej terapie a zároveň ich vedie k osvojeniu si špecifického spôsobu uvažovania, ktorý je pre tento prístup charakteristický. Cieľom nebolo iba sprostredkovať jednotlivé teoretické koncepcie, ale predovšetkým podporiť porozumenie súvislostiam medzi nimi a ich praktickej využiteľnosti v práci s jednotlivcom, rodinou či širším sociálnym systémom.

Systemická terapia, ako je prezentovaná v tejto učebnici, zdôrazňuje význam vzťahov, kontextu a komunikácie pri porozumení ľudskému správaniu. Študenti sú vedení k tomu, aby opúšťali redukcionistické a lineárne vysvetlenia problémov a osvojovali si cirkulárne uvažovanie, ktoré umožňuje vnímať správanie ako súčasť širších interakčných vzorcov. Zároveň sa oboznamujú s tým, ako rôzne modely – od milánskej školy cez terapiu zameranú na riešenie až po naratívny prístup – ponúkajú odlišné, no vzájomne sa dopĺňajúce pohľady na proces zmeny.

Dôležitým didaktickým prvkom textu je prepojenie teórie s praktickými ukázkami. Kazuistiky, príklady a ilustračné situácie umožňujú študentom lepšie pochopiť, ako sa abstraktné koncepty uplatňujú v konkrétnej terapeutickej praxi. Takýto prístup podporuje nielen zapamätanie poznatkov, ale aj rozvoj schopnosti ich aplikácie v reálnych situáciách, čo je kľúčové pre budúcu odbornú prax.

Učebnica zároveň vedie študentov k reflexii vlastnej pozície v procese poznávania a pomáhajúcej praxe. V súlade s konštruktivistickými a postmodernými východiskami je zdôraznené, že terapeut nie je neutrálnym pozorovateľom, ale aktívnym účastníkom, ktorý spoluutvára významy a proces zmeny. Rozvoj tejto reflexivity je nevyhnutnou súčasťou profesionálnej prípravy a predstavuje dôležitý krok k eticky citlivej a zodpovednej praxi.

Z pedagogického hľadiska možno tento text vnímať ako východiskový rámec pre ďalšie štúdium systemickej terapie. Neponúka uzavretý súbor poznatkov, ale skôr orientačnú mapu, ktorá má študentom pomôcť zorientovať sa v rôznych prístupoch, porozumieť ich základným princípom a rozvíjať schopnosť ich kritického a flexibilného využívania. Očakáva sa, že študenti budú na tieto základy nadväzovať ďalším štúdiom, praktickým výcvikom a vlastnou skúsenosťou.

Systemické myslenie, ktoré je jadrom tejto učebnice, presahuje rámec psychoterapie a nachádza uplatnenie aj v pedagogike, sociálnej práci či zdravotníctve. Osvojenie si tohto spôsobu uvažovania preto predstavuje dôležitý prínos nielen pre budúcich terapeutov, ale pre všetkých odborníkov pracujúcich s ľuďmi.

Použitá literatura

- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8–24.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage.
- Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Sage.
- Bannink, F. (2015). 101 solution-focused questions for help with depression. W. W. Norton & Company.
- Bannink, F. P. (2010). 1001 solution-focused questions: Handbook for solution-focused interview. W. W. Norton & Company.
- Barbetta, P. (2019). Milan systemic family therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of couple and family therapy*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_240
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. University of Chicago Press.
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B., & Routledge, R. (2013). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Journal of Family Therapy*, 35(2), 98–122.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2018). *Family therapy: A systemic integration* (9th ed.). Pearson.
- Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions*. Norton.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. Norton.
- Berg, I. K., & Steiner, S. (2003). *Children's solution work*. Norton.
- Blow, A. J., & Sprenkle, D. H. (2001). Common factors across theories of marriage and family therapy: a modified Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 385–401. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb00333.x>
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Systemic therapy with individuals*. Routledge.
- Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to a systemic epistemology in family therapy. *Family Process*, 26(4), 405–415.
- Brown, J. (2015). Circular questioning in family therapy: A review. *Journal of Family Therapy*, 37(3), 301–322.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kaufmann, Trans.). Scribner.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism* (3rd ed.). Routledge.
- Campbell, D., Draper, R., & Huffington, C. (2014). *Teaching systemic thinking and practice*. Karnac.
- Carey, M., & Russell, S. (2002). Externalizing—commonly asked questions. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2. Retrieved from <http://www.dulwichcentre.com/au/externalising.htm>
- Carr, A. (2019). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice* (4th ed.). Wiley.
- Carr, A. (2019). *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (4th ed.). Routledge.
- Cecchin, G. (1988). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27(4), 405–413.
- Collmann, J., Fegert, J. M., & Keller, F. (1993). *Sexueller Missbrauch in Familien: Systemische Perspektiven und Interventionen*. Springer.
- Combs, G., & Freedman, J. (2012). *Narrative, poststructuralism, and therapy*. Routledge.
- Combs, G., & Freedman, J. (2019). *Narrative, postmodern, and social constructionist approaches in therapy*. Routledge.
- Conti, J., Heywood, L., Hay, P., Shrestha, R. M., & Perich, T. (2022). A systematic review of narrative therapy treatment outcomes for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 138.
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.
- Dallos, R., & Draper, R. (2015). *An introduction to family therapy: Systemic theory and practice* (4th ed.). Open University Press.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions* (4th ed.). Brooks/Cole.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11–25.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. W. W. Norton & Company.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2007). *More than miracles*. Routledge.
- Dell, P. F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21(1), 21–41. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1982.00021.x>
- Derrida, J. (1978). *Writing and difference*. University of Chicago Press.
- Drewery, M., & Winslade, J. (1997). *Therapeutic conversations: Developments in narrative practice*. Dulwich Centre Publications.

- Egan, G. (2021). *The skilled helper* (12th ed.). Cengage Learning.
- Ekinci, N., & Tokkaş, B. G. (2025). Psychological Counsellors' Mental Well-Being and Resilience Levels Predicting their Trauma Intervention Skills. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 15(76), 17–28. <https://doi.org/10.17066/tpdrd.1425534>
- Epston, D. (1989). *Playing with reality*. Dulwich Centre Newsletter.
- Epston, D., & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative & imagination*. Dulwich Centre Publications.
- Etchison, M., & Kleist, D. M. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. *The Family Journal*, 8(1), 61–66.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Fosnot, C. T. (2013). *Constructivism: Theory, perspectives, and practice* (2nd ed.). Teachers College Press.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1984). *The history of sexuality*. Vintage Books.
- Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J., & McCollum, E. E. (2012). *Solution-focused brief therapy*. Oxford University Press.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2017). Solution-focused brief therapy: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 16–30.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. Norton.
- Freedman, J., & Combs, G. (2016). *Narrative therapy* (2nd ed.). Norton.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems*. Norton.
- Gabbard, G. O. (2021). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (6th ed.). APA Publishing.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press.
- Gergen, K. J. (2015). *An Invitation to Social Construction*. Sage.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (2011). Formation and transformation of self: A social constructionist perspective. In L. J. S. Allen & C. T. Fosnot (Eds.), *Constructivist theories of learning* (pp. 35–52). Routledge.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477–498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6th ed.). Brooks/Cole.
- Goldenberg, I., Stanton, M., & Goldenberg, H. (2017). *Family Therapy: An Overview* (9th ed.). Cengage Learning.
- Greene, G. J., Lee, M.-Y., Mentzer, R. A., Pinnell, S. R., & Niles, D. (1998). Miracles, Dreams, and Empowerment: A Brief Therapy Practice Note. *Families in Society*, 79(4), 395–399. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.701>
- Guntern, G. (1980). The Copernican Revolution in Psychotherapy. *International Journal of Family Psychiatry*.
- Hays, S. (1996). *The cultural context of psychotherapy*. APA.
- Hayward, M. (2003). Critiques of narrative therapy: A personal response. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 24, 183–189.
- Hein, G. E. (2012). *Learning in the museum*. Routledge.
- Hoffman, L. (1996). *A reflexive stance for family therapy*. Basic Books.
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2019). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 14(5), 743–756.
- Hu, G., Han, B., Gains, H., & Jia, Y. (2024). Effectiveness of narrative therapy for depressive symptoms in adults with somatic disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(4), 100520. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100520>
- Iveson, C., Ratner, H., & George, E. (2012). *Solution-focused brief therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2018). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(2).
- Kazdin, A. E. (2017). *Behavior Modification in Applied Settings* (7th ed.). Waveland Press.
- Kim, H., Prouty, A. M., & Roberson, P. N. E. (2012). Narrative therapy with intercultural couples: A case study. *Journal of Family Psychotherapy*, 23(4), 273–286. <https://doi.org/10.1080/08975353.2012.735591>
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107–116.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2015). Solution-focused brief therapy in schools. *Children and Youth Services Review*, 55, 1–8.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Lee, M. Y. (2013). *Solution-focused brief therapy in practice: A practitioner's guide*. Routledge.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie*. Klett-Cotta.

- Ludewig, K. (2013). *Entwicklungen systemischer Therapie*. Carl-Auer.
- Ludewig, R. (2011). *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. Portál.
- Luhmann, N. (1971). *Soziale Systeme*. Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme*. Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford University Press.
- Lyotard, J.-F. (1979). *The postmodern condition: A report on knowledge*. University of Minnesota Press.
- Madigan, S. (2011). *Narrative therapy*. APA.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructivism and psychotherapy*. APA.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1972). *De máquinas y seres vivos*. Editorial Universitaria.
- Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *Irish Journal of Psychology*, 9(1), 25–82.
- Maturana, H. R. (1990). Biology of language. In Maturana & Varela (Eds.), *Autopoiesis and cognition*. Springer.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition*. Reidel.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1982). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Shambhala.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The Tree of Knowledge*. Shambhala.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Shambhala.
- McGee, D., Del Vento, A., & Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371–384.
- McKenzie, W., & Monk, G. (1997). Learning and teaching narrative ideas. In Monk et al. (Eds.), *Narrative therapy in practice* (pp. 82–117). Jossey-Bass.
- McKergow, M. (2020). SFBT 2.0: The next generation of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Solution Focused Practices*, 2(2), 18.
- McLeod, J. (1996). *Narrative and psychotherapy*. Sage.
- McNamee, S. (2015). *Relational responsibility* (2nd ed.). Routledge.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Sage.
- Menos, J. (2005). Haitian families. In McGoldrick et al. (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (3rd ed., pp. 127–137). Guilford Press.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1996). *Handbook of solution-focused brief therapy*. Jossey-Bass.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Moeller, A. J., Theiler, J. M., & WU, C. (2012). Goal Setting and Student Achievement. *The Modern Language Journal*, 96, 153–169. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4781.2011.01231.x>
- Monk, G. (1997). *A guide to narrative therapy*. Dulwich Centre Publications.
- Monk, G., & Gehart, D. R. (2003). Sociopolitical activist or conversational partner? *Family Process*, 42(1), 19–30.
- Monk, G., Winslade, J., Crocket, K., & Epston, D. (2019). *Narrative therapy in practice* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Dulwich Centre Publications.
- Morgan, A. (2006). The position of the therapist. In White & Morgan (Eds.), *Narrative therapy with children* (pp. 57–84). Dulwich Centre Publications.
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. Routledge.
- Neisser, U., & Fivush, R. (1994). *The remembering self*. Cambridge University Press.
- Nichols, M. P., & Davis, S. D. (2020). *Family therapy: Concepts and methods* (12th ed.). Pearson.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Nylund, D. (2000). SMART scale. *Journal of Narrative Practice*, 12(3), 45–59.
- Nylund, D., & Thomas, J. (1994). The economics of narrative. *Family Therapy Networker*, 18(6), 38–39.
- Ophir, Y., Rosenberg, H., Tikochinski, R., & Efrati, Y. (2025). Health side story. *Healthcare*, 13(11), 1247. <https://doi.org/10.3390/healthcare13111247>
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy*. Sage.
- Piaget, J. (1970). *Genetic epistemology*. Columbia University Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy* (5th ed.). Brooks/Cole.
- Reuss, N. H. (1997). The Nightmare Question. *Journal of Family Psychotherapy*, 8(4), 71–76. https://doi.org/10.1300/J085V08N04_06
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin.
- Rossi, E. L. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson*. Irvington.
- Roth, S., & Epston, D. (1996). Developing externalizing conversations. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), 5–12. <https://doi.org/10.1521/jsyt.1996.15.1.5>
- Russell, B. (2010). *The philosophy of logical atomism*. Routledge.

- Saussure, F. de. (1983). *Course in general linguistics* (R. Harris, Trans.). Duckworth.
- Schacter, D. L. (2012). *Psychology of memory* (3rd ed.). Worth Publishers.
- Schmidt, M. (2007). *Foundations of systemic psychotherapy*. Routledge.
- Schoeneborn, D., Kuhn, T. R., & Kärreman, D. (2019). The Communicative Constitution of Organization. *Organization Studies*, 40(4), 475–496.
- Seidl, D., & Becker, K. H. (2006). Organizations as Distinction Generating Systems. *Organization*, 13(1), 9–35.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). Open dialogues and anticipations. Karnac.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach. *Journal of Constructivist Psychology*, 16(3), 163–183.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing—circularity—neutrality. *Family Process*, 19(1), 3–12.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). Paradox and Counterparadox. Aronson.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities*. Sage.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. Guilford Press.
- Simon, F. B. (2006). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*. Carl-Auer.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. (2009). *Common factors in couple and family therapy*. Guilford Press.
- Stams, G. J. J. M., Deković, M., Buist, K. L., & de Vries, L. (2006). Efficacy of solution-focused brief therapy. ResearchGate.
- Stewart, J., & Zediker, K. S. (2014). *Communication: Making connections* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Strong, T., Pyle, N., & Sutherland, O. (2015). Constructing solutions in SFBT. *Journal of Systemic Therapies*, 34(3), 1–17.
- Thompson, E. (2007). *Mind in life*. Harvard University Press.
- Tomm, K. (2013). Interventive interviewing revisited. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(1), 1–15.
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E., & Nelson, T. (2010). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *JMFT*, 36(2), 133–139.
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E., & Nelson, T. (2012). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *JMFT*, 38(1), 31–43.
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E., & Nelson, T. (2014). *SFBT: 100 key points and techniques*. Norton.
- Varela, F. (1979). *Principles of Biological Autonomy*. North Holland.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. MIT Press.
- Vermeulen-Oskam, V., Franklin, C., van't Hof, L. P. M., et al. (2024). The Current Evidence of Solution-Focused Brief Therapy. *Clinical Psychology Review*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102512>
- von Bertalanffy, L. (2015). *General system theory*. Braziller.
- von Foerster, H. (1984). *Observing systems* (2nd ed.). Intersystems.
- von Foerster, H. (2003). *Understanding understanding*. Springer.
- von Glasersfeld, E. (1987). *Radical constructivism*. Falmer Press.
- von Glasersfeld, E. (2005). *Radical constructivism*. RoutledgeFalmer.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (2000). *Becoming solution-focused in brief therapy*. Brunner-Routledge.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate* (2nd ed.). Routledge.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Norton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives*. Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- White, M., & Epston, D. (1992). *Narrative means to therapeutic ends* (rev.). Norton.
- Wiener, N. (2019). *Cybernetics*. MIT Press.
- Winslade, J., & Monk, G. (1999). *Narrative counseling in schools*. Corwin Press.
- Winslade, J., Crockett, K., & Monk, G. (1997). *Narrative therapy in practice*. Jossey-Bass.
- Zak, A. M., & Pękala, K. (2025). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy. *Psychotherapy Research*, 35(7), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2406540>

Úvodné kapitoly do základných modelov systemickej terapie
Učebnica pre vysoké školy

Autor: Mgr. Ondrej Kalina, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
vo Vydavateľstve ŠafárikPress

Rok vydania: 2026

Počet strán: 87

Rozsah: 7,9 AH

Vydanie: prvé



DOI: <https://doi.org/10.33542/UKZ-0518-4>

ISBN 978-80-574-0518-4 (e-publikácia)