

KRITIKA TERAPEUTICKEJ PARADIGMY A DIAGNOSTICKEHO IMPERIALIZMU V SOCIÁLNEJ PRÁCI

BRANISLAV MALÍK

CRITICIQUE OF THERAPEUTIC PARADIGM AND DIAGNOSTIC IMPERIALISM IN SOCIAL WORK

BRANISLAV MALÍK

ABSTRAKT

V príspevku bude kritike podrobená tzv. terapeutická paradigma sociálnej práce a sprostredkovane aj zaužívané členenie dejín sociálnej práce na paradigmy. Budú uvádzané argumenty, ktorými zdôvodníme inkompatibilitu terapeutickú paradigmu s inherentným inkluzívnym nastavením sociálnej práce. V tejto kritike budeme vychádzať najmä z prác Michela Foucaulta, Ivana Illicha a Abigail Shrierovej.

Kľúčové slová: paradigma, terapeutická paradigma, sociálna práca, moc, diagnostický imperializmus, medicalizácia

ABSTRACT

The paper will provide a critique of the so-called therapeutic paradigm of social work and, indirectly, of the established division of the history of social work into paradigms. Arguments will be presented to justify the incompatibility of the therapeutic paradigm with the inherently inclusive setting of social work. In this critique, we will draw in particular on the work of Michel Foucault, Ivan Illich and Abigail Shrier.

Key words: paradigm, therapeutic paradigm, social work, power, diagnostic imperialism, medicalization

V prvom kroku pristúpime ku kritike používania termínu paradigma v sociálnej práci. Termín paradigma dnes zrejme netreba vysvetľovať. Nemá preto význam uviesť našu tému opätovným pripomenutím mena autora uvedeného termínu, ani diela, v ktorom tento termín promoval. Zdôrazníme preto len tie aspekty a údaje, ktoré sú s uvedeným termínom spájané, ktoré sú relevantné z hľadiska témy nášho príspevku. Paradigmy reprezentujú určité disciplinárne matrice, ktoré vedecké myslenie danej doby podriaďuje určitým záväzným pravidlám. V tomto

zmysle paradigma predstavuje určitý rámec predpokladov, vedeckých noriem, princípov a metód, s ktorými sa v danom čase identifikuje mienkotvorná časť vedeckého spoločenstva a ktoré akceptuje ako štandardný návod na formuláciu a riešenie vedeckých cieľov a úloh. Uvedený termín sa používa aj na artikuláciu dejín vedeckého myslenia na určité symptomatické úseky. Paradigmatický prístup k dejinám vedy je kladený k tradičnému lineárnemu chápaniu dejín vedeckého poznania, v rámci ktorého sa na jeho dejiny nazerá ako na kontinuitný a kumulatívny proces poznania. Dejiny vedeckého poznania sú tu prezentované ako určitá nezameniteľná následnosť určitých svojbytných, do seba uzavretých a na iné ich úseky neredukovateľných dejinných individualít. To znamená, že uvedený prístup predstavuje tieto dejiny ako diskretný proces. Zdôrazňuje sa tu moment ich nesúmerateľnosti, a teda aj diskontinuity procesu vedeckého poznávania. Z uvedeného pohľadu o danej poznávanej oblasti postupom času nevieme len stále viac a viac, ale zároveň aj inak a inak, ako sme na danú predmetnú oblasť nazerali doposiaľ. Dôležité sú tu aj okolnosti, resp. dôvody, prečo sa poznanie takýmto kvalitatívnym spôsobom láme, t. j. prečo sa mení jedna paradigma na inú. Tieto zmeny nie sú podľa Kuhna iniciované samotným rastom poznania a nie sú dôsledkom jeho imanentného vývinu, ale sú stimulované „zvonka“, kde impulz k zmene paradigmy vychádza zo sociálneho prostredia, prípadne z, v danej dobe sformovaného, vedeckého spoločenstva. K takejto zmene dochádza napríklad vtedy, ak mienkotvorná časť príslušného vedeckého spoločenstva presadí inú disciplinárnu maticu (iný spôsob výberu relevantného, inú pojmovú mapu, prostredníctvom ktorej sa začne k danej oblasti vedeckého záujmu pristupovať a pod.). Kuhnov význam spočíva v tom, že presmeroval pozornosť aj na spoločenský kontext, v ktorom sa veda vyvíja a ktorého zmeny a fluktuácie sa premietajú aj do vedeckého poznania.

Je nesporné, že aj sociálna práca sa vyvíja. Uvedené konštatovanie, okrem iného hovorí o tom, že podlieha určitým zmenám. Časť týchto zmien vykazuje štandardný priebeh a podlieha určitým špecifickým a čitateľným regularitám. Tie sa však po určitom časovom období môžu zmeniť a k slovu sa dostane iná ich konfigurácia, ktorá sociálnej práci udelí novú tvár. Za určitých okolností tieto zmeny vnášajú do vývoja sociálnej práce určitú štadiálnosť. Nie vždy sú však tieto prechody medzi nimi plynulé a súvislosť medzi jej predchádzajúcou a nasledujúcou etapou jasná a logicky rekonštruovateľná. Vtedy sa zvykne hovoriť o zmene paradigmy a následne aj o paradigmách sociálnej práce. Prebieha však vývoj sociálnej práce podľa uvedenej schémy? Je korektné v prípade jej genézy hovoriť o paradigmách? O paradigmách sa zvykne hovoriť vtedy a tam, kde dochádza k diskontinuite v historickom vývoji určitých vedných disciplín. Otázkou však je, či tento obraz korešponduje s reálnym procesom vývinu sociálnej práce ako vednej disciplíny. Na uvedenú otázku dávame v príspevku

zamietavú odpoveď.¹ Tým však nepopierame, že sociálna práca má svojbytné dejiny a prihlasujeme sa aj k tomu, že tieto dejiny nemajú vždy kontinuálny charakter. Faktory, ktoré do nej vnášajú ruptúry (diskontinuitu), sú však iného charakteru, ako sú faktory stojace v pozadí zmien vedeckých paradigiem. Paradigmy sa týkajú najmä organizácie a reorganizácie vedeckého poznania. Ak sa však pozrieme na „paradigmy“ tak, ako sú zvyčajne prezentované v sociálnej práci, tie sa netýkajú sociálnej práce ako vedného odboru, ale skôr jej praktického výkonu, t. j. sociálnej práce ako činnosti. Keďže termín paradigma bol pôvodne použitý pri konceptualizácii vývinu vedeckého poznania, nutne sa tu ponúka otázka, či je sociálna práca vedou, minimálne vedou s nejakou symptomatickou prehistóriou, na ktorej by sa dala demonštrovať artikulácia jej dejín na paradigmy. V jej prípade ide skôr o zmeny „praxe“, resp. praktík, techník a metód dosahovania cieľov sociálnej práce. O paradigmách v sociálnej práci sa dá preto hovoriť len v určitom obmedzenom a prenesenom význame. Ani nie tak v ich diachronickom, ale skôr v synchronickom zmysle, keďže sú tu používané prevažne na typológiu faktorov, ktoré buď negatívne alebo pozitívne ovplyvňujú sociálne fungovanie klientov (Navrátil 2001). Z pohľadu iných autorov je zase kľúčom k ich typológii preferencia metód a prístupov, ktoré majú viesť k náprave riešeného problému (napríklad k obnoveniu sociálneho fungovania klienta). Avšak akákoľvek zmena prístupov, nech by bola akokoľvek radikálnou, nemôže byť vnímaná ako zmena paradigmy v pravom zmysle slova.

Ak sa v sociálnej práci uvažuje o „paradigmách“, neuvažuje sa o nich len ako o sukcesívnom diachronickom rade takýchto dejinných individualít, ale pripúšťa sa aj ich simultánny výskyt. Predpokladá sa tu, že tieto osobité, na seba neredukovateľné prístupy k riešeniu problémov klientov, môžu koexistovať, uplatňovať sa simultánne, prípadne príklon k tomu či onomu paradigmatickému prístupu, je závislý od osobných preferencií sociálnych pracovníkov alebo škôl sociálnej práce. Príklon k tej alebo onej „paradigme“ môže teda odrážať aj osobnostné sklony či preferencie sociálnych pracovníkov alebo je súčasťou budovania značky (brandingu) ich zamestnávateľskej organizácie alebo pracoviska. Príklon k tomu či onomu prístupu môže závisieť tiež od charakteru riešeného problému, ale najmä od typu (osobnosti) klienta. Podliehajú samozrejme aj módnym vlnám, legislatívnym zmenám a pod.

Problém, ktorému klient čelí a ktorý rieši s expertnou podporou sociálneho pracovníka, máva zvyčajne komplexnú a mnohvrstvovú podobu. Je tomu tak aj preto, že zvyčajne býva polyfaktoriálne podmienený. Sociálny pracovník si musí preto hneď od začiatku vlastnej angažovanosti v prípade ujasniť, ktoré z týchto faktorov sú z hľadiska vyriešenia klientovho

¹ Z uvedeného dôvodu budeme termín paradigma, pokiaľ o nej budeme uvažovať v kontexte sociálnej práce, dávať do úvodzoviek.

prípade klúčové a tiež definovať miesto, z ktorého treba k jeho riešeniu pristúpiť. Tieto rozhodnutia sú veľmi často ovplyvnené tým, ku ktorej z už vyprofilovaných škôl a nimi vypracovaných preferenčných postupov sa prikloní. Nemožno to však posudzovať tak, že sa priklonil k niektorej paradigme. V pozadí týchto zmien môžu byť aj „komerčné dôvody“, t. j. to, že určitý spôsob výkonu sociálnej práce („paradigma“) sa v danom kultúrno-historickom kontexte presadí aj preto, že prijatie určitých východísk a prístupov zatriktívni určité výkony sociálnej práce a následne zvýši dopyt po jej službách.

Sú tu aj ďalšie námietky, ktoré smerujú proti používaniu termínu paradigma v sociálnej práci. Prístup k riešeniu klientovho problému cez prizmu tej-ktorej „paradigmy“ (pokiaľ pripustíme možnosť ich simultánneho výskytu) vedie k tendencii paušalizovať tieto prístupy a použiť ich vo vzťahu k veľmi heterogénnej skupine klientov a k veľmi diferencovanej škále problémov, ktorým čelia. Každý klient je iný a každý sa nachádza v špecifickej životnej situácii, ktorá je neopakovateľná. To je dôvod, prečo ich nemožno začleniť do týchto rigidných modelov označovaných ako paradigmy. To si uvedomujú aj Navrátil a Musil (2000), podľa ktorých musí sociálny pracovník vždy zohľadňovať individuálnu situáciu klienta a špecifickú konfiguráciu okolností, ktoré z daného človeka urobili klienta sociálnej práce. Bez ich zohľadnenia by bola táto pomoc neadresná, a preto aj neúčinná.

K autorom, ktorí tento termín udomácnili v sociálnej práci, patrí aj Malcolm Payne. S ním sa spájajú dve typológie týchto „paradigiem“. V rámci tej skoršej rozlišoval medzi terapeutickou, poradenskou a reformnou „paradigmou“ (Payne 2005).² Tieto tri paradigmy v skutočnosti reprezentujú tri rozdielne (a v rámci danej paradigmy preferované) spôsoby práce s klientom, resp. metódy riešenia jeho problémov. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že každá z takýchto „paradigiem“ (bez ohľadu na to, z akej typológie „paradigiem“ vygenerovaných v prostredí sociálnej práce vychádzame) naviguje sociálnu prácu vždy odlišným špecifickým smerom. A to buď v oblasti práce s klientom, privilegovaných metód a prístupov či v oblasti, ku ktorej je práca sociálneho pracovníka prednostne smerovaná. Napríklad či sa primárne orientuje na klienta, na jeho sociálne prostredie, prípadne na to, čo ich vzájomný vzťah medializuje (na komunikáciu, sociálne interakcie klienta s jeho sociálnym prostredím a pod.). Každá z uvedených paradigiem následne kladie na sociálneho pracovníka vždy iné kompetenčné nároky, a teda aj odlišné nároky na jeho profesijnú prípravu. Nejde teda

² Pre túto chvíľu opomenieme skutočnosť, že neskôr vytvoril inú typológiu paradigiem (paradigm zachovania, paradigma zmeny a paradigmu zmierenia). Samozrejme takýchto typológií paradigiem sa v prostredí sociálnej práce vytvorilo oveľa viac.

o disciplinárne matrice preformujúce výskumné intencie či teoretizácie jej obsahu (empirických dát), ako je tomu v prípade khunovských paradigiem.

V nasledujúcom texte sa budeme venovať len terapeutickému „paradigmatu“ a jej kritike. Jedným z dôvodov nášho záujmu o uvedenú „paradigmatu“ je aj to, že nejde len o relikty minulosti, ale aj o prístup, ktorý je v sociálnej práci tou-ktorou garnitúrou sociálnych pracovníkov vždy nanovo revitalizovaný a uvádzaný do hry. Pre túto chvíľu budeme abstrahovať aj od toho, že aj sama uvedená paradigma býva vnímaná ako niečo, čo podľa niektorých autorov prešlo určitým paradigmatickým vývojom.³ Uvažovať o terapeutickom „paradigmatu“ v kontexte sociálnej práce a najmä zohľadňovať jej diskurzívne regularity pri jej bezprostrednom výkone, je vo viacerých ohľadoch problematické. Z pohľadu tzv. terapeutického „paradigmatu“ ťažisko výkonu sociálnej práce spočíva totiž v terapii, resp. terapeutických úkonoch. Už takéto jej strohé vymedzenie poukazuje na niektoré sporné aspekty uvedeného prístupu. Jednak v tom zmysle, že terapie v našom kultúrno-historickom kontexte patria do kompetencie iných odborností (liečebných a špeciálnych pedagógov, zdravotníkov či ošetrovateľov). Problém vidíme aj v tom, že klienta sociálnej práce optika uvedenej „paradigmatu“ nutne posúva do roly pacienta. Veď kde je terapeut, tam je aj potenciálny pacient, resp. terapeut bez pacienta nie je terapeutom. Ako hovorí spisovateľ Robert Musil ústami jednej z postáv jeho románu *Muž bez vlastností*: „*Pre lekára neexistuje normálny stav*“ (Musil, 1980, s. 161). Lekár nevidí človeka, ale „diagnózu“, resp. na každého človeka má sklon nazerať prizmou diagnózy. Navyše, pokiaľ je sociálna práca postavená na komerčnom základe, teda tam, kde svoju oprávnenosť opiera o dopyt po jej službách a kde tieto služby spoplatňuje, má tendenciu svoj nárok na existenciu alebo svoj príjem garantovať aj tým, že má záujem na reštriktívnom zúžení normy telesného, duševného a sociálneho zdravia.⁴ Aj prílišná inštitucionalizácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti môže ich emancipačný charakter úplne zablokovať, keďže zväzda k snahe zachovávať status quo, keďže ten, kto „*žije tým, aby potieral nepriateľa, má záujem na tom, aby nepriateľ zostal nažive*“ (Nietzsche, 2010, s. 243).

Uvedenú výhradu voči tzv. terapeutickému „paradigmatu“ môžeme zhrnúť konštatovaním, že v jej rámci často dochádza k medicinalizácii sociálnych problémov. To znamená, že sociálni

³ Napríklad od psychoanalytickej, behaviorálnej, humanisticko-existenciálnej, integratívno-inkluzívnej k súčasnej holistickej paradigmatu, resp. spôsobu konceptualizácie psychoterapie (Fleuridas, Krafčík, 2019).

⁴ Korektným by bolo, aby sa záber terapie v sociálnej práci zúžil len na „sociálnu terapiu“. Avšak aj v tomto prípade existuje viacero možností, ako si vytvárať a reprodukovat' klientelu. Napríklad, ak s terapiou klienta nejde ruka v ruku aj „terapia“ sociálneho prostredia, ktorého danosti a parametre mohli mať svoj podiel na vygenerovaní klientovho problému.

pracovníci, ktorí sa s jej východiskami identifikujú, majú sklony výraznejšie akcentovať vplyv zdravotného, osobitne psychického stavu klienta, na posudzovanie príčin jeho sociálnych problémov či disfunkcií. Terapeutická paradigma vychádza z premisy, že sociálne problémy či disfunkcie klienta sú následkom jeho individuálnych zlyhaní, v pozadí ktorých stojí niektorá z lekárskejších diagnóz. Pravdou však je, že k týmto zlyhaniam a disfunkciám nemusí nevyhnutne dochádzať len v dôsledku diagnostikovaných ochorení, ale aj v dôsledku širokého okruhu iných dôvodov. Ľudia napríklad zlyhávajú v každodenných situáciách vedenia svojho života aj v dôsledku svojej emocionálnej nestability či prekonaných psychických tráum alebo v dôsledku svojho sociálneho analfabetizmu. Klientami sociálnej práce sa môžu stať napríklad aj preto, že si v rámci socializácie neosvojili kompetencie na zvládanie životných situácií alebo preto, že sa tieto ich kompetencie v dôsledku určitých životných okolností oslabili. V rámci terapeutickéhó „paradigmy“ sa od sociálneho pracovníka vyžadujú aj znalosti z psychológie či znalosť určitých terapeutických postupov a techník a ich teoretického zázemia. Ako sme však už uviedli, jeho vzdelanie ho kvalifikačne neoprávňuje k tomu, aby takúto terapeutickú činnosť s klientom vykonával. Na druhej strane by mal sociálny pracovník na klienta pôsobiť aj terapeuticky, v zmysle jeho upokojenia, t. j. upokojujúco. To znamená tak, aby sa klient dostal do takéhó stavu, v ktorom by opätovne nadobudol životnú rovnováhu a chladnú hlavu, ktoré sú predpokladom toho, aby problém, ktorý ho vykoľajil, mohol zvládnuť vo svojej vlastnej réžii a s vlastným pričinením. Je prirodzené, že človek, ktorý sa ocitne v zlomovej životnej situácii, sa v nej stráca, býva zmätený a dezorientovaný, nedokáže ju spočiatku adekvátne vyhodnotiť a spracovať, v dôsledku čoho sa dostáva do vleku udalostí. Sociálny pracovník musí preto v prvom kroku klienta upokojiť, stabilizovať a zorientovať v danej problémovej situácii. Musí mu pomôcť štruktúrovať prežívanie tejto situácie a oslabiť kontraproduktívne prvky a tendencie v jeho správaní, aby sa predišlo skratovému konaniu klienta a jeho neuváženým krokom. Aby sa mohlo prikróčiť k vecnému riešeniu klientovho problému, resp. situácie a obnoviť jeho akcieschopnosť, musí mu sociálny pracovník v prvom kroku pomôcť uvoľniť emocionálny pretlak vybudovaný prežitou traumou. Pravdou je, že klient je na začiatku spolupráce, resp. v momente intervencie sociálneho pracovníka vystavený aj veľkej psychickej záťaži vyplývajúcej nielen z konkrétnej situácie, ktorá ho viedla k vyhľadaniu expertnej pomoci, ale aj z jej riešenia. Klient má nezriedka nielen sociálny problém, ale aj pridružené problémy – so svojou rodinou, úradmi, okolím a pod. Keďže jedny sa nedajú riešiť bez druhých, musí sociálny pracovník, chtiac nechtiac, do vzťahu s klientom vstupovať aj ako „terapeut“. Kardiálnou otázkou, ktorú si v tomto kontexte musí sociálny pracovník správne vyhodnotiť, je otázka, či osobné (napríklad psychické) problémy klienta implikovali jeho sociálne problémy

alebo tomu bolo naopak – či sa jeho sociálne problémy následne premietli do jeho duševného zdravia. V tomto druhom prípade sa dá predpokladať, že vyriešenie klientovho sociálneho problému sa následne (i keď s určitým odstupom) pozitívne prejaví aj na jeho duševnom zdraví. Ak primárnym spúšťačom klientových problémov boli deficity v jeho duševnom zdraví, musí byť do riešenia klientovej problémovej situácie zaangažovaný aj odborník z oblasti duševného zdravia.

Podstatným však v tejto súvislosti je, že intervencia sociálnych pracovníkov do riešenia klientovho problému v role experta, má výrazný normalizačný kontext a teda bezprostredne súvisí aj s normalizačnou mocou. Tým sa dostáva do rozporu s antiopresívnym nastavením sociálnej práce. Voči uvedenému prístupu teda namietame, že je v priamom rozpore s inherentnou povahou sociálnej práce, ktorá je primárne inkluzívnou profesiou. V intenciách terapeutického prístupu v sociálnej práci sa sociálna práca mení v profesiou, ktorá klienta skôr zneschopňuje tým, že ho posúva do zóny patológie. Tým sa aj sama sociálna práca stáva disabling profession (klienta zneschopňujúcou profesiou), profitujúcou zo závislosti klienta na expertnej pomoci. Klient následne pod kuratelou sociálnej práce, legitimizovanou lekárskou diagnózou, stráca svoju autonómiu a kontrolu nad svojím životom. Ivan Illich v tejto súvislosti hovorí o „diagnostickom imperializme“ (2012). S prispáním legislatívnej a inštitucionálnej podpory sú ľudia nútení k tomu, aby sa vzdali zodpovednosti za svoj život v prospech jeho manažovania príslušnými expertmi a inštitúciami. Dôvodí sa tu tým, že diagnóza klienta vopred diskvalifikuje a upiera mu možnosť, aby svoj problém zvládol vo svojej vlastnej réžii. I samotnému klientovi poskytuje alibi, aby ospravedlnil svoju pasivitu. Ak voľakedy bola diagnóza biľagom, dnes sa stáva výsadou, resp. niečím, čím klient môže ospravedlňovať svoje zlyhania alebo nečinnosť. Je pravdepodobné, že ako dôvod nereagovania na výzvy vyzývajúce klienta k spoluúčasti na riešení jeho sociálneho problému, by sme dostali aj odpoveď: „mám na to papiere“. Uvedený prístup teda nevedie k riešeniu daného sociálnoekonomického problému klienta, ale skôr k znefunkčneniu jeho osoby, v dôsledku čoho je dotlačený k tomu, aby sa vzdal svojej iniciatívy a riešenie svojho problému zveril do rúk odborníkom. Klient je tu patologizovaný najmä z dôvodu rastu ziskov farmaceutických spoločností, ziskov profesionálnych poskytovateľov právnych či sociálnych služieb a petrifikácie daných mocenských pomerov. Podľa Michela Foucaulta je to primárne moc, čo vynáša verdikt choroby, čo odchýlku kvalifikuje ako úchylku. Nie je to teda choroba, ktorá vedie k ostrakizácii, ale ostrakizujúca moc stanovuje hranicu medzi zdravím a chorobou. Určité osobnostné charakteristiky klienta nadobúdajú svoju klasifikačnú silu v otázkach zdravia alebo choroby až v určitých podmienkach. Z uvedených dôvodov sa preto Foucault zaoberá aj takými

otázkami, kedy a prečo určité charakteristiky ľudí prestávajú byť mocensky neutrálnymi, kedy sa mení ich osobnostný status na sociálny, prečo ich osobná charakteristika prestáva byť ich privátnou vecou a stáva sa predmetom odborného či verejného diskurzu, kedy a prečo sa tieto charakteristiky stávajú faktormi exklúzie, či nástrojom sociálnej a mocenskej stratifikácie. Moc sa tu manifestuje predovšetkým tým, že ľudí uzatvára pod kuratelou určitých (napr. medicínsky) ohraničených typových rámcov („diagnóz“), stráži ich hranice, zabraňuje mobilite medzi nimi a budí zdanie ich osudovosti (2009, 2004).

Táto mocenská asymetria medzi terapeutom a klientom, expertom a laikom, je postavená na diferencii postulovanej ešte v antickom filozofickom myslení – rozdielu medzi doxá a epistéme (mienením a vedením). Mocenská nadradenosť expertov, garantujúca ich monopol na fyzické, psychické a sociálne zdravie, sa tu opiera o ich epistemologickú autoritu plynúcu z toho, že využívajú a zneužívajú poznatkový aparát o zdraví a chorobe, t. j. niečo, čo laická verejnosť nepozná (Illich, Zola, McKnight, Caplan a Shaiken, 2000). Toto mocensko-ekonomické pozadie vzťahu expertov k ich klientom, treba podľa uvedených autorov demaskovať a ukázať, že za ezoterikou a polatinčenými slovami právnickej profesie sa skrýva perspektíva spravodlivosti za prehnanú cenu rovnako, ako sa za obdobnou slovnou ekvilibristikou lekárskej profesie skrýva perspektíva zdravia za prehnanú cenu. Určitú analógiu tu môžeme urobiť aj so sociálnou prácou, kde sa za expertným (inštitucionálne a legislatívne legitimizovaným) vkladom sociálnych pracovníkov do riešenia problémov svojich klientov, skrýva sociálne zdravie za prehnanú cenu. Na Illichovu kritiku diagnostického imperializmu v súčasnosti nadviazala autorka Abigail Shrierová svojou kritikou „priemyslu duševného zdravia“. Aj keď vo svojej práci *Zlá terapia – Prečo deti nedospievajú* hovorí primárne o deťoch, jej kritiku môžeme poňať aj širšie a vzťahnuť ju aj na klientov sociálnej práce. Posolstvom jej uvedenej práce je zdôraznenie okolnosti, že aj terapeutická intervencia má svoje vlastné externality. To znamená – svoje nezamýšľané, zväčša negatívne, vedľajšie účinky. Na uvedenú okolnosť poukazoval už Illich, keď konštatoval, že samotné zdravotnícke zariadenia a medicínsky establišment sa stali hrozbou pre zdravie (2012). Ako poznamenáva Shrierová, starostlivosť o duševné zdravie môže byť život zachraňujúca, ak sa správne aplikuje na deti s vážnymi problémami, ale pre bežné dieťa môže byť liečba horšia ako choroba (2024). Terapia, objektom ktorej sa stávajú deti bez vážnych diagnóz, vystavuje podľa nej takéto dieťa stresu, úzkosti a teda aj zvýšenému riziku depresii. Terapiu preto vníma ako veľmi ambivalentný fenomén – môže deťom nielen pomáhať, ale aj škodiť. V tejto súvislosti poukazuje na určitý paradox, keď generácia detí, ktoré absolvovali viac psychoterapeutických intervencií ako ktorákoľvek iná generácia pred nimi, vykazuje viac defektov duševného zdravia ako predchádzajúce generácie.

Shrierová z uvedeného urobí záver, že príčinou zhoršujúceho duševného zdravia je sama táto psychoterapia.⁵ Zo všetkých faktorov, ktoré zodpovedajú za uvedený stav robí zodpovedným predovšetkým to, čo nazýva inštitútom duševného zdravia, resp. „svetom terapie“.

Sú však aj iné dôvody, prečo sa tento svet neustále rozrastá. Tým, že repertoár diagnóz je verejne prístupný v online prostredí, si dnes každý človek (aj bez príslušného experta) môže urobiť autodiagnózu, ktorá zvyčajne vedie k znepokojivým záverom a k otázkam ohľadne svojho fyzického a duševného zdravia. Vďaka médiám diagnóza začína žiť svojim vlastným životom. Symptomatika ochorení sa vďaka široko dostupnej literatúre stáva prístupnou nielen expertnému, ale aj bežnému poznaniu. V online prostredí možno nájsť tiež množstvo aplikácií (symptom checker-ov), ktoré v diagnostike môžu nahrádzať lekárov. V prostredí internetu sú tiež zároveň inzerované služby a medikamentózne prostriedky sľubujúce obnovenie normy zdravia. Svoju úlohu tu zohrávajú aj úzkostliví rodičia a pedagógovia, ktorí deti iniciatívne delegujú do starostlivosti príslušných expertov, a to aj s problémami, s ktorými sa doteraz deti vyrovnávali sami a ich prekonávaním osobnostne rástli. Nárast diagnóz evidovaných v dostupných štatistikách, nemusí tiež odrážať len nárast problémov v oblasti duševného zdravia, ale aj dostupnosť terapií a poskytovateľov terapeutických služieb. Príklon k terapeutickému paradigme mohol byť zapríčinený aj samotným statusom sociálnej práce, ktorá bola postavená skôr na praktickom poznaní a praxi, ale chýbalo jej všeobecnejšie a hlbšie teoretické zázemie. Snaha dodať sociálnej práci punc exaktnosti a teda aj akademickej vážnosti ju nepriamo nútilo, aby opakovala úspech, ktorý sprevádzal nástup teoreticky podkutej psychoterapie. Príspevok sa v konečnom dôsledku prihovára za zmenu uvedenej perspektívy, keď sa na klienta zvyklo nazerať nie prizmou jeho osobnosti, sociálneho prostredia a problému, ktorému čelí, ale prizmou jeho diagnózy a náprava jeho problému sa videla v terapii. Dovoľáva sa teda toho, aby sociálni pracovníci nepristupovali ku klientovi ako k problematickému človeku, ale pristupovali k nemu ako k človeku, ktorý má (primárne sociálny) problém.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

FLEURIDAS, C., KRAFCIK, D. 2019. Beyond four forces: The evolution of psychotherapy. *Sage Open*. 9 (1). Dostupné na: <https://doi.org/10.1177/2158244018824492>

⁵ Samozrejme, problém je oveľa zložitejší. Za zhoršujúcim duševným zdravím súčasnej generácie stojí množstvo faktorov, ktorým predchádzajúce generácie neboli vystavené. Napríklad kríza identity, relativizácia hodnôt, riziká, ktoré dnes, aj vďaka médiám, boli z ich latentnej a implicitnej podoby (dovtedy tematizovateľnej len vedeckým diskurzom) prevedené do explicitnej verejne prístupnej podoby, vplyv sociálnych sietí a pod.

- ILLICH, I.; ZOLA, I., K.; McKNIGHT, J.; CAPLAN, J.; SHAIKEN, H. 2000. *Disabling Professions (Ideas in Progress)*. Marion Boyars Publishers Ltd. ISBN 978-0-7145-2510-5.
- ILLICH, I. 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny - zaprodané zdraví*. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-26-4.
- FOUCAULT, M. 2009. *Zrození biopolitiky: kurz na Collège de France (1978- 1979)*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-181-9.
- FOUCAULT, M. 2004. *Dozerat' a trestat'. Zrod väzenia*. Bratislava: Kalligram. ISBN 978-80-7149-663-4.
- MUSIL, R. 1980. *Muž bez vlastností II. zv.* Praha: Odeon.
- NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. In *Sociální studia*. Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000, roč. 2000, č. 5, s. 127-163. ISSN 1212-365X.
- NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman . ISBN 80-903070-0-0.
- NIETZSCHE, F. 2010. *Lidské, příliš lidské I*. Praha: Oioymenh, 286 s. ISBN 978-80-7298-404-6.
- PAYNE, M. 2005. *Modern social work theory*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- SHRIEROVÁ, A. 2024. *Bad Therapy: Why the Kids Aren't Growing Up*. Swift Press. ISBN 978-1-80075-413-3.

KONTAKT

doc. PhDr. Branislav **MALÍK**, CSc.
Katedra etickej a občianskej náuky, Pedagogická fakulta,
Univerzita Komenského v Bratislave
branislav.malik@uniba.sk