

MIESTO AFIRMATÍVNEHO PRÍSTUPU V SOCIÁLNEJ PRÁCI

Slávka DROZDOVÁ – Branislav MALÍK

THE PLACE OF AFFIRMATIVE APPROACH IN SOCIAL WORK

Abstrakt

Autori vo svojom príspevku posudzujú možnosti uplatnenia afirmatívneho prístupu a afirmatívnej starostlivosti v sociálnej práci. Požadujú rozšírenie ich kompetenčného záberu, a to jednak z oblasti zdravotnej starostlivosti aj do oblasti sociálnych služieb a tiež na širšiu kategóriu zraniteľných jednotlivcov a skupín, ako je len kategória LGBTQ+ ľudí. Upozorňujú nielen na jeho pozitívne stránky a prínosy, ale aj na jeho problémové aspekty a riziká. Z uvedeného dôvodu navrhujú oslabený model afirmatívnej starostlivosti, ktorý by zachoval jeho silné stránky a zároveň minimalizoval jeho možné negatívne dopady na spoločnosť a klienta.

Kľúčové slová: afirmatívna starostlivosť, inakosť, sociálna práca, diskriminácia, dialóg

Abstract

In their article, the authors assess the possibilities of applying an affirmative approach and affirmative care in social work. They call for an expansion of their scope of competence, both from the field of healthcare to the field of social services and to a broader category of vulnerable individuals and groups, than just the LGBTQ+ category. They point out not only its positive sides and benefits, but also its problematic aspects and risks. For this reason, they propose a weakened model of affirmative care that would preserve its strengths while minimizing its potential negative impacts on society and clients.

Keywords: affirmative action, otherness, social work, discrimination, dialogue

Sociálni pracovníci sú postavení pred voľbu: buď sa podvolia štátnou (spoločenskou) objednávkou tlmočeným zadaniam, alebo budú sledovať výhradne záujem klienta, alebo budú ladiť a optimalizovať uvedené požiadavky, ktoré nemusia byť vždy v súlade.¹ Najspornejšou položkou uvedeného výberu bola vždy „spoločenská“ objednávka, keďže prostredníctvom nej boli a sú zvyčajne tlmočené aj ideologicky motivované požiadavky vychádzajúce z ideologického nastavenia politických strán, ktoré vo voľbách získali mandát na správu štátu. Medzi nimi sa pomerne často objavuje aj požiadavka na uplatňovanie tzv. „*afirmatívnej starostlivosti*“. Pod afirmatívnou starostlivosťou nerozumieme Affirmative Action (pozitívnu diskrimináciu), ale prístup exaltujúci pohľad klienta na jeho problém alebo situáciu, ktorých sanácia si vyžiadala účasť sociálnych pracovníkov, resp. iných relevantných expertov. Chápeme

¹ Pre túto chvíľu z nášho zorného poľa vynecháme osobný a profesionálny záujem samotného sociálneho samotného pracovníka, ktorý tu samozrejme buď explicitne alebo implicitne tiež vstupuje do hry.

ju teda širšie, ako len prístup uplatňovaný v zdravotnej starostlivosti, v ktorom zdravotníci, zdravotnícke zariadenia a v ich gescii realizované programy uznávajú, potvrdzujú a podporujú identitu deklarovanú alebo vyjadrenú jednotlivcami, ktorým sa starostlivosť poskytuje. Súčasťou afirmatívnych prístupov tiež je, aby odborník deklarovanú sebaidentifikáciu klienta nielen rešpektoval, ale aj aktívne podporoval a zároveň explicitne odsudzoval diskrimináciu, ktorú z titulu svojej inakosti títo klienti zažívali. Inakosť tu nechce byť len „braná na vedomie“, ale chce byť aj ctená a vo svojej svojbytnosti plne uznaná. Zvlášť dôležité je to v prípade, ak klient osobne zažíval útlak a stigmatizáciu. V rámci nášho širšieho chápania afirmatívnej starostlivosti vyslovujeme tiež požiadavku, aby do jej záberu boli zahrnuté všetky kategórie zraniteľných inakostí. Afirmatívnu starostlivosť nebudeme teda chápať len ako spôsob vykonávania služieb pre jedincov patriacich do kategórie LGBTQ+ ľudí.

Keďže afirmatívna starostlivosť nie je vždy prijímaná pozitívne, mierne tu obmedzíme jej kompetenčný záber a budeme ju tu chápať v jej oslabenom význame. Ako problémový prvok je vnímaná najmä tam, kde uvedený prístup neslúži len na vytvorenie bezpečného a podporného prostredia pre takýchto jedincov, v ktorom môžu bez obáv vyjadriť svoju identitu, ale tam, kde sa osobné hľadisko klienta uprednostňuje pred expertným. Teda tam, kde sa životná skúsenosť a perspektíva klienta a jeho návrhy riešenia problému nadradujú nad tie expertné. Uvedená požiadavka, či skôr inštitucionálne presadzovaná direktíva, totiž zakazuje akékoľvek spochybňovanie tvrdení a hodnotení vlastnej situácie zo strany klienta. Tým sa však niekedy do úzadia dostávajú aj niektoré expertne overené postupy a zodpovednosť voči klientom. Prípadná marginalizácia odborných prístupov či dokonca ich znevažovanie sa zdôvodňuje najmä tým, že tieto expertné prístupy majú zvyčajne inštrumentálny charakter a nerešpektujú osobné prania klienta, ktoré pri riešení jeho problému nie sú expertmi dostatočne zohľadňované, keďže profesijné prístupy zohľadňujú skôr pravidlo na úkor výnimiek a vychádzajú viac v ústrety štátnym záujmom a potrebám organizácií, ktoré boli štátom poverené, resp. splnomocnené vykonávať zdravotnícke a sociálne služby. Exaltácia perspektívy klienta sa v tomto kontexte javí ako prirodzená reakcia na zaužívanú prax nadradovania štátneho záujmu pred osobnou perspektívou klienta, ktoré sa odôvodňovalo najmä tým, že tieto služby si u príslušných organizácií a zariadení sociálnych služieb objednával a financoval štát. Nerobil to však nezištne, keďže za to očakával, že expertné riešenia budú primárne sledovať jeho požiadavky a záujmy. Primárnym cieľom, ktorý štát v tomto smere sleduje, je odstránenie sociálnych disfunkcií, kumulácia ktorých by mohla viesť k jeho znefunkčneniu alebo predraženiu spoločenskej prevádzky. Štát teda poskytovaním týchto služieb chráni primárne seba, nie občana, resp. klienta.

Afirmatívna starostlivosť sa primárne uplatňovala v zdravotnej starostlivosti a v sociálnej práci s transrodovými osobami. Na jednej strane tu stojí stanovisko časti odbornej obce, ktorá tlmočí názor, že príklon k uvedenej kategórii identít je polyfaktoriálne podmienený a do vývoja rodovej diverzity v niektorých prípadoch vstupujú aj faktory s patologickým pozadím (napríklad niektoré psychiatrické diagnózy). Tlmočená je tu aj okolnosť, že identita sa v čase vyvíja a nemusí byť trvalým celoživotným atribútom osobnosti človeka. Požaduje sa tu preto aj skúmanie toho, čo, resp. ktoré faktory prispeli k rozvoju príslušnej identity. Na druhej strane stojí zase názor, že do vývoja rodovej diverzity nezasahuje žiadna patológia a prihlásenie sa k danej rodovej identite sa nesmie nikým a ničím spochybňovať, a to ani odbornou verejnosťou. To znamená, že zdravotníci ani sociálni pracovníci nemôžu posudzovať, ale len bezvýhradne potvrdzovať rodovú identitu klienta. Pokiaľ sa zo strany zástancov uvedeného stanoviska pripúšťa, že pri vývoji rodovej diverzity zohrala určitú úlohu patológia osobnosti klienta, popiera sa, že by prípadná psychiatrická diagnóza mohla brániť tranzícii. (Amos 2024, s. 221) Proti odbornému stanovisku sa tu kladie právo človeka slobodne sa rozhodovať o svojom sebaurčení. Zaradenie porúch rodovej identity do DSM-3 a MKCH-10 zástancovia uvedenej pozície odmietli ako neprípustnú patologizáciu vlastného sebavnímania daného človeka a požadovali z uvedených diagnostických manuálov odstránenie všetkých diagnóz týkajúcich sa rodovej rozmanitosti. V dôsledku uvedeného tlaku boli v DSM-5 poruchy rodovej identity prekvalifikované na rodovú dysfóriu a v MKCH-11 bola kategorizácia rodovej nesúladnosti z duševnej poruchy prekvalifikovaná na formu sexuálneho zdravotného stavu (rodovú inkongruenciu). Voči uvedenému prístupu časť odbornej verejnosti namieta, že uvedená kategorizácia je založená výlučne na konsenze lekárov ovplyvnenom mediálnym tlakom aktivistov, a nie na empirických dôkazoch. (Amos 2024) Odborná verejnosť je na druhej strane vylučovaná aj z rozhodovania o zákonoch upravujúcimi zdravotnú starostlivosť pre transrodové osoby. Napríklad v USA niektoré štáty zaviedli zákony zamerané na transrodové maloleté osoby, ktorým je legislatívnou cestou blokový legálny prístup k postupom lekárskej starostlivosti (napríklad k hormonálnej terapii alebo tranzícii). V niektorých federálnych štátoch sa dokonca poskytovanie takejto starostlivosti kvalifikuje ako trestný čin. Spory sa vedú aj o to, ktorým inakostiam priznať ich inštitucionálnu a legislatívnu ochranu a podporu. Ako problém vnímame to, že tieto rozhodnutia sa prijímajú na politickej úrovni bez ich náležitého odborného posúdenia. Tým často dochádza aj k preneseniu týchto tém z ich vecnej a odbornej

roviny do ideologickej.² V dôsledku toho sa tak v konečnom dôsledku väčšina presadených (nie konsenzuálne prijatých) riešení dostáva do rozporu so záujmami tých, ktorých mali pôvodne chrániť. Klienti, popřípade ich rodiny či blízki totiž od expertov (zdravotníkov, sociálnych pracovníkov) primárne očakávajú odborne fundovanú pomoc. Sú zvedaví na ich odborné rady a vedomosti, nie na ich politické názory a presvedčenia. (Levine, Abbruzzese 2023, s. 118) Naopak – v prípadných kultúrnych vojnách nejde ani tak o presadenie funkčných riešení príslušných problémov, ale skôr o mocenské presadenie svojej verzie reality.

Dnes sa požaduje, aby aj sociálna práca bola predovšetkým advokátom klientových záujmov. Preto je v nej čoraz viac akcentovaný aj prístup orientovaný na klienta. V prostredí sociálnej práce pomerne často rezonuje téza, že klient je najväčší expert na svoj problém, že on sám najlepšie vie, čo potrebuje, aby bol šťastný, úspešný či produktívny. Otázkou je, či uvedené konštatovanie možno generalizovať, t. j. či uvedená téza platí bezvýhradne, alebo ju treba oslabiť a viazať len na konkrétne situácie, problémy a typy klientov a ich osobnostné dispozície riešiť problémy. Nie vždy môžu byť totiž plne rešpektované ich predstavy riešenia problému alebo situácie, v ktorých sa ocitli. Niekedy dokonca platí, že afirmačný prístup sa dostáva do rozporu s expertnou povahou sociálnej práce a jej poslaním. A tiež – ak je ideologicky pretláčaný (napríklad aj zneužívaním sociálnej práce politikou a ideológiou), môže viesť k poškodeniu klienta i k spoločenským škodám. Často sa uvedenému prístupu vyčíta, že miesto skutočnej odbornej pomoci klientom je im ponúkaná ideológia, ktorá nerieši skutočné príčiny ich problémov, ale plní len politicky zadanú a mediálne forsírovanú agendu. Odbornosť tu pod uvedeným tlakom ustupuje ideologickým, politickým a aktivistickým požiadavkám. Sociálni pracovníci sa uvedeným požiadavkám zväčša verejne nebránia najmä z reputačných a existenčných dôvodov. Niekedy je tiež ideologické pozadie uvedených požiadaviek pomerne ťažko rozpoznateľné, keďže sa maskuje odborným jazykom a svoje tvrdenia podporuje vedeckými argumentmi. Z dejín vedy však vieme aj to, že veda sa pomerne často stávala súčasťou ideológie a zvrhávala sa do polohy poskytovania „vedeckých“ argumentov ideologickým (napríklad rasovým, rodovým a pod.) predsudkom. Samozrejme, že existujú aj ideológie zodpovedné aj za kriminalizáciu a patologizáciu inakostí. Aj tým sa je nutné postaviť. Stigmatizácia reprezentantov inakostí zo strany väčšinovej spoločnosti totiž často vedie ku vzniku sociálnych problémov, nakoľko ich diskriminácia im sťažuje prístup k pracovným príležitostiam, bývaní a pod. Nesprávne vyhodnotenie a riešenie uvedenej situácie by však

² Popřípade z kompetencie lekárov do kompetencie sudcov a súdov. Do úvahy tiež treba zobrať skutočnosť, že i samotná vedecká obec a odborná verejnosť je politicky a ideologicky polarizovaná a v mnohých prípadoch pri ich profesionálnych rozhodovaniach u nich prevládnu ideologické pohnútky nad tými expertnými.

nemalo viesť k „boju ideológií“ – nahradeniu ich jednej podoby druhou, k minoritám priateľskejšou. To by problém reálne neriešilo, ale skôr eskalovalo. Ide o to, že nájsť jasnú hranicu medzi MY - ONI je vo vysoko diferencovaných spoločnostiach, v ktorých existuje obrovské množstvo odlišných jednotlivcov a skupín, ktoré tak isto vo vzťahu k ich mimokomunitnému alebo mimoskupinovému prostrediu uplatňujú uvedenú binárnu opozíciu MY – ONI, nemožné. Uplatňovanie takéhoto riešenia problému by viedlo len k nekonečným kultúrnym vojnám, resp. zničujúcej vojne všetkých proti všetkým.

Afirmatívna starostlivosť má nepochybne aj svoje riziká. Môže viesť aj k oslabovaniu hraníc medzi sociálnym pracovníkom a klientom, keďže si vyžaduje pochopenie a vcítenie sa do klientovej situácie, ním pociťovanej diskriminácie, či do jeho inakosti a jej prežívania samotným klientom. Rizikom uvedeného prístupu je nielen skoré emocionálne vyčerpanie a profesijné vyhorenie sociálnych pracovníkov, ale v konečnom dôsledku aj návrat k „schematizmu“ v sociálnej práci, i keď na iný, ako doteraz zaužívaný spôsob. Vzhľadom k tomu, že súčasná spoločnosť je extrémne diferencovaná, nemôže byť sociálny pracovník expertom na každú inakosť. Vzhľadom na reálny deficit sociálnych pracovníkov a vo vzťahu k požiadavkám praxe, sa problém zrejme nebude dať riešiť špecializáciou sociálnych pracovníkov len na konkrétne typy inakostí. Nejde tu len o expertné prístupy adaptované na daný typ inakosti, ale aj o osvojenie si príslušnej slovnej zásoby, ktorá je nevyhnutná nielen k jej uchopeniu, ale aj k jej inherentnejšiemu porozumeniu. Paušálnemu, i keď akceptujúcemu prístupu k nositeľom inakosti, sa zrejme nebude dať v praxi vyhnúť. Len rovnaký prístup k reprezentantom inakostí zo strany sociálneho pracovníka však taktiež nie je úplne optimálnym riešením. Je síce nediskriminujúci, na druhej strane môže viesť k prehliadaniu ich inakosti a k nej viazaným potrebám, ktoré nie sú rovnaké ako majú reprezentanti iných typologicky odlišných skupín. Z uvedeného dôvodu môže viesť tiež k podceňovaniu ich zraniteľnosti. Mal by tu brať do úvahy aj to, že za bránami jeho ambulancie či daného zariadenia sociálnych služieb, býva zvyčajne takýto jedinec (napríklad transrodová osoba v heteronormatívnej spoločnosti) vystavený tvrdému ostrakizmu. (Lindroth, Carlström, Andersson et al. 2025) Skúsenosť viazaná k príslušnosti k určitej špecifickej skupine je neprenosná. Nie je bezozbytku preložiteľná, napríklad do sveta sociálneho pracovníka a plne afirmovateľná jeho porozumením a predstavivosťou. Vždy tu budú určité deficity porozumenia. V tomto prípade sa od sociálnych pracovníkov žiada rešpekt k inakosti, i bez nutnosti jej plného porozumenia,³ a to aj s tým rizikom, že uvedený rešpekt, bez vnútorného

³ „Nemusíš to chápať, ale mal by si to rešpektovať.“

porozumenia situácii iného, nebude nutne plnohodnotný. Určitým riešením by mohlo byť vytváranie atmosféry prijatia, ktorá by tejto kategórii klientov umožnila otvorene hovoriť o svojich špecifických potrebách, obavách, očakávaniach či prežívaní a tak sociálnych pracovníkov edukovať priamo v „teréne“, tak povediac, z prvej ruky. Na druhej strane by mali byť sociálni pracovníci (či už prostredníctvom svojej profesionálnej prípravy alebo cestou ďalšieho vzdelávania) plne informovaní o existujúcich inštitucionálnych možnostiach a zdrojoch podpory dostupných pre klientov, ktorí sa identifikujú s niektorou z inakostí (napríklad o existencii legislatívneho rámca či politik týkajúcich sa uvedenej kategórie klientov). Ako problematický vnímame najmä nedostatok znalostí o inštitucionálnej, miestnej a celoštátnej politike týkajúcej sa danej problematiky. Niekedy sú tiež problémy, ktorým klienti čelia, štrukturálnej povahy a vyplývajú zo spoločenských disfunkcií. Pri tejto kategórii problémov nie je ich riešenie primárne viazané na to, že sa viac dozvieme o identite klienta či diskriminácii, ktorej čelil, keďže môže ísť o problémy, ktoré v daný moment a v danom kontexte plošne zasahujú viacero kategórií inakostí. Ide o to, že väčšina problémov, ktorých nezvládnutie robí z človeka klienta sociálnej práce, sa týka disfunkcie non human, pri riešení ktorých životná perspektíva klienta nezohráva kľúčovú rolu, ale dôležitejšiu úlohu tu hrá znalosť kultúrnych, spoločenských a politických reálií. Niekedy je teda nutné zohľadniť viac povahu problému, ktorému klient čelí, ako osobné posúdenie svojej životnej situácie samotným klientom. Ako už bolo zmienené, niektoré problémy sú spoločné pre veľmi diferencovanú skupinu klientov bez ohľadu na to, s ktorou kategóriou inakostí sa identifikujú. Napríklad drogová závislosť si v jej určitých fázach vyžaduje štandardizované, pre všetkých klientov (praxou preverené) expertné postupy. Avšak pokiaľ ide o prevenciu či resocializáciu, tu je ich úspech a efektivita viazaná na rešpektovanie klientových špecifik a podriaďuje sa pravidlám afirmatívnej starostlivosti. Potrebné je to najmä preto, aby sa zvolila vhodná, t. j. účinná forma pomoci. Príslušníci kultúrnych a iných minorít môžu totiž pod pomocou rozumieť vždy niečo odlišné. Pre niektorých nositeľov inakosti môžu byť jej určité formy (napríklad z pohľadu ich tradície a kultúrnych zvyklostí) neprijateľné, dokonca ponížujúce. S príslušnosťou k určitej vyhranenej skupine sa spájajú tiež určité kognitívne skreslenia, ktoré môžu zodpovedať za to, že nie všetky životné situácie sú zo svojej perspektívy schopní rozpoznať ako tie, ktoré si vyžadujú expertnú intervenciu a pomoc. Avšak ani v uvedených prípadoch nejde o to, aby sociálny pracovník v plnom rozsahu zohľadnil predstavy klienta o manažovaní jeho problému, ale o to, aby ich vedel zosúladiť s daným štrukturálnym a legislatívnym rámcom upravujúcim poskytovanie pomoci v rámci daného štátneho celku. Je to potrebné preto, aby forma poskytnutej pomoci nebola klientom vnímaná ako forma kultúrnej nadradenosti, útlaku a aby

klienta v očiach väčšinovej spoločnosti nestigmatizovala a v očiach jeho komunity neponižovala. Cieľom interakcie sociálneho pracovníka a klienta by teda malo byť obojsmerné spriechodnenie komunikácie – o nadviazanie dialógu medzi nimi. Nejde teda o jednosmernú komunikáciu, smerovanú buď od sociálneho pracovníka ku klientovi, alebo naopak, ale o zbližovanie týchto perspektív cestou dialógu. Nemalo by tu teda ísť o presadenie riešení, ktoré by mali byť – buď sociálnym pracovníkom alebo klientom, prijaté bez diskusie. Práve to rozumieme pod „oslabeným“ princípom afirmatívnej starostlivosti. Z uvedeného vyplýva aj to, že intervencia sociálneho pracovníka do riešenia klientovho prípadu bude mať nutne zmiešaný – psychosociálny charakter. Čiže nemalo by ísť o odosobnený, čisto vecný charakter účinkovania sociálneho pracovníka v uvedenej interakcii (niekedy stotožňovaná s expertným, resp. „objektívnym“ prístupom), ale prejavenie jeho ľudskej účasti. Cieľom afirmatívnej starostlivosti je rešpekt k inakosti a potvrdzovanie ľudskej dôstojnosti klienta, ktorá mohla byť z titulu jeho diskriminácie negatívne dotknutá. I tu však treba zachovávať individuálny prístup. Existuje aj skupina klientov, ktorá môže uvedený prístup vnímať negatívne. Môžu ho hodnotiť ako potvrdzovanie rozdielu medzi MY a ONI, teda toho rozdielu, ktorý bráni tomu, aby sa voči nim uplatňoval princíp rovnakého zaobchádzania. Za svet a spoločnosť, v ktorých by chceli žiť, pokladajú svet, kedy by ich odlišnosť nadobudla politicky, ideologicky či ekonomicky neutrálny štatút. Príliš veľká účasť na „ich“ prípade a príliš prejavované ochranárske postoje voči nim zo strany sociálnych pracovníkov, môžu klienta stavať do pasívnej roly. Môžu len utvrdzovať jeho pohľad na seba, ako na niečo, o čo sa treba starať a čo treba chrániť pred neprajnou spoločnosťou. To znamená, že môže len potvrdzovať klientovo znížené sebavedomie, ktoré bráni jeho väčšej akcieschopnosti. Môže tiež urážať ich jemnosť. Takýto klient môže uvedený prístup vnímať ako príliš paternalistický, hypertrofujúci jeho inakosť a potláčajúci jeho potrebu byť uznaný nielen vo svojej inakosti, ale aj vo svojej ľudskosti. Necíti sa byť slabý, len aktuálne má určitý problém, ktorý nedokáže vyriešiť vo svojej vlastnej réžii.

Afirmatívny prístup je najčastejšie kladený do opozície k direktívnym prístupom zaužívaným (aj) v sociálnej práci. Direktívny prístup však nie je ničím, čo by malo byť v sociálnej práci paušálne odmietnuté a nahradené afirmatívnym prístupom. Nemalo by sa naň nazerať len z hodnotiacich hľadísk. Vo všeobecnosti je direktívny prístup spájaný s mocou. Z tohto dôvodu je vnímaný ako niečo negatívne a deštruktívne, a preto aj ako niečo nežiaduce, čo treba z profesijnej práce sociálnych pracovníkov vylúčiť. Uplatňovanie direktívnych prístupov však nemusí za každých okolností viesť k dôsledkom smerujúcim proti ľudskej dôstojnosti a slobode. Mnohí teoretici preto zastávajú neutrálnejší postoj k fenoménu moci.

Moc môže totiž, za určitých okolností, byť aj oslobodzujúca a konštruktívna. Direktívny prístup je aj o nastavovaní hraníc. Prekážky provokujú k svojmu prekonávaniu, mobilizujú k tomu, aby sa jedinec, ktorý im čelí, vymkol uvedenému nátlaku, aby to, čo od neho požaduje expert alebo inštitúcia, radšej urobil sám (a viac-menej podľa seba) a bol v konečnom dôsledku slobodnejším. Jeho sloboda bola dovtedy obmedzená jednak okolnosťami, ktoré ho zlomili a uviedli do stavu, ktorého riešenie si vyžadovalo externú pomoc a jednak bol závislý aj od tejto pomoci, ktorá tiež od neho niečo chcela a k niečomu ho zaväzovala a tým limitovala jeho vlastné rozhodnutia. Niekedy však k tomu treba aj určitú formu nátlaku, ktorého zmyslom je prebudiť v klientovi vôľu k slobodnej vôli. Kde niet nátlaku, nie je ani tvorivosť – potreba hľadať a nachádzať vlastné riešenia, prístupy, východiská a pod.

Záver

V afirmatívnom prístupe v sociálnej práci ide o pomoc a starostlivosť rešpektujúcu a potvrdzujúcu identitu klienta a z nej plynúce požiadavky či potreby. Dnes je model afirmatívnej starostlivosti opúšťaný alebo oslabovaný v jeho pôvodných požiadavkách. To, čo sa z neho zachováva, je rešpekt k inakosti a snaha o porozumenie vízií reality, ktoré z príslušnosti k danej identite plynú a ich zohľadnenie pri riešení problémov klientov. Požaduje sa tiež, aby bol afirmatívny prístup rešpektujúci nielen k skupinovej identite, ale aj (a možno primárne) k osobnostnej individualite klienta, bez ohľadu na jeho príslušnosť k akejkoľvek diskrimináciou ohrozenej skupine alebo zraniteľnej minorite. Podľa Viktora Frankla človek nie je totiž definovaný len svojou príslušnosťou k určitému typu. Z takéhoto jeho zaradenia by sa nedal nikdy urobiť kvalifikovaný záver o jeho osobnosti. Minimálne by nebol presný. Vždy by tu bolo aj niečo navyše, čo sa z tejto typovej príslušnosti nedá vyvodiť. Tento zbytok zodpovedá slobode človeka uniknúť podmienenosti typom. (Frankl 1996, s. 87) Zmyslom afirmatívnej starostlivosti nie je potvrdzovať klientov v ich inakosti, ale v ich ľudskom bytí. To znamená – podporovať takú ich inakosť, v ktorej sa v daný životný moment cítia ľudsky najkomfortnejšie. Tieto polohy sa však môžu v čase meniť, a preto by nemal byť klient potvrdzovaný a petrifikovaný len v niektorej z uvedených polôh. Sociálny pracovník by preto nemal klienta len povzbudzovať k testovaniu nových životných polôh, aby zistil, v ktorej z nich sa v danej fáze svojho života alebo v daných životných okolnostiach cíti najkomfortnejšie, ale zároveň by ho mal upozorňovať na to, že cesta je niekedy dôležitejšia ako jej cieľ. Inak povedané, mal by ho upozorňovať aj na to, že takto dosiahnutý pocit životného komfortu býva zvyčajne relatívny, nakoľko zmenené životné okolnosti môžu túto konformnú zónu posunúť do iných polôh, a teda ani aktuálne nadobudnutá identita nemusí byť tá konečná. Sociálny pracovník by mal klienta

pripravovať aj na to, že so zmenou životnej polohy (napríklad zmenou jeho identity) môžu súvisieť aj určité adaptačné problémy (Post Transition Adjustment Disorder – PTAD). Ide o stav, kedy človek prechádzajúci zmenou trpí depresiami, odcudzením, stratou zmyslu alebo zlyháva vo vzťahoch, práci i bežnom živote. A je tu aj ďalšia okolnosť, o ktorej by mal byť klient sociálnym pracovníkom upovedomený. Ide o to, že žijeme v ambivalentnom svete, v ktorom prijatie akejkoľvek novej životnej polohy vždy prináša aj určité nezamýšľané, a to aj negatívne, dôsledky. Táto odvrátená stránka (akýchkoľvek) ľudských rozhodnutí a (akokoľvek) dobre mienených aktivít, sa neprejaví ihneď, ale až s určitým časovým oneskorením. Pomer prínosov a rizík plynúcich z prijatia určitých rozhodnutí či riešení, nemusí preto v konečnom dôsledku potvrdiť len ich predpokladané benefity, ale môže vyústiť aj do zápornej bilancie. V prípade tranzície môže táto skutočnosť viesť v niektorých prípadoch k detranzícii. Potrebné je preto starostlivé posúdenie očakávaní, možných rizík, limitov už pred medicínskou intervenciou.

Odmietnuť treba tiež prístup, ktorý diverzitu podporuje len z komerčných dôvodov a len potiaľ, pokiaľ je ekonomicky prínosná. Komodifikácia inakostí, t. j. ich ochrana a podpora len ako zdroja zisku, je často zastierané ideologickými klišé. Každá z uvedených identít sa totiž viaže aj s určitými špecifickými potrebami, ktoré si vyžadujú aj špecifický spôsob ich saturácie. Ich uspokojovanie je teda viazané aj na kúpu a spotrebu špecifických tovarov a služieb. Aj v sociálnej práci treba preto ustriehnuť, aby potvrdzovanie identity klientov alebo ich príslušnosti k určitému ľudskému typu, nebolo motivované len komerčnými dôvodmi.

Nemalo by tu tiež ísť o vytváranie „rezervácií“ pre nositeľov inakostí v rámci majoritnej spoločnosti, ani o vytváranie inkluzívnych priestorov v jej rámci (napríklad v rámci zariadení sociálnych služieb), ale o ich inklúziu na spoločenskej makroúrovni, o vytváranie inkluzívnejšej spoločnosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AMOS, A. The gender-affirming model of care is incompatible with competent, ethical medical practice. *Australasian Psychiatry*, 32(3), 220-223 (2024). ISSN: 1440-1665. <https://doi.org/10.1177/10398562241239478>

LINDROTH, M., CARLSTRÖM, CH., ANDERSSON, C., HUSÉN, E. Social Workers as Allies? Gender Confirming Practices and Institutional Limitations in Youth Residential Homes.

Clinical Social Work Journal, 53, 108–116 (2025). ISSN 1573-3343
<https://doi.org/10.1007/s10615-024-00940-3>

FRANKL, V. 1996. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. ISBN 80-85319-50-0.

LEVINE, S. B., ABBRUZZESE, E. 2023. Current Concerns About Gender-Afirming Therapy in Adolescents. *Current Sexual Health Reports*, 15, 113–123 (2023). ISSN 1548-3592
<https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358-x>

Kontakt:

PhDr. SLÁVKA DROZDOVÁ, PhD.

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Katedra etickej a občianskej výchovy

Račianska 59, 813 34 Bratislava

drozdova@fedu.uniba.sk

doc. PhDr. BRANISLAV MALÍK, CSc.

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Katedra etickej a občianskej výchovy

Račianska 59, 813 34 Bratislava

branislav.malik@uniba.sk