

**Citace:** Zatloukal, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce 2007, č. 3, s. 75 – 86.

# Postmoderní myšlení v poradenské praxi

**Autor:** Mgr. Leoš Zatloukal

**Kontakt:** [leos.zatloukal@centrum.cz](mailto:leos.zatloukal@centrum.cz)

**Web:** <http://www.dalet.cz>

**Název v angličtině:** Postmodern thinking in the counseling practice

**Klíčová slova:** poradenství, radikální konstruktivismus, sociální konstrukcionismus, systemické myšlení, epistemologie, kauzalita

**Key words:** counseling, radical constructivism, social constructionism, systemic thinking, epistemology, causality

**Abstrakt:**

K postmoderním filosofickým východiskům ((radikální) konstruktivismus a sociální konstrukcionismus) se explicitně hlásí zejména tzv. systemické přístupy. Tyto přístupy se řadí mezi přístupy, které se podle výzkumných zjištění v současné sociální práci a psychoterapii v USA i v západní Evropě rozvíjejí nejdynamičtěji (Prochaska, Norcross, 1999). V příspěvku jsou představena základní východiska těchto přístupů (konstruktivistická epistemologie, systemické pojetí kauzality). Uplatnění těchto východisek v praxi je demonstrováno popisem některých technik a postupů: důrazu na zdroje a řešení, přerámování, respektu založeném na myšlence nemožnosti instruktivní interakce a externalizace problému.

**Abstract:**

Systemic approaches define themselves explicitly as influenced by the postmodern philosophy (radical constructivism, social constructionism). Those approaches belong to approaches which grow most dynamically in current social work and psychotherapy in USA and western Europe (Prochaska, Norcross, 1999). There are presented some basic premises of those approaches in this article (eg. constructivist epistemology, systemic causality). Practice using of this premises is demonstrated by description of some used techniques and procedures: focusing on resources and solutions, reframing, respect based on idea of impossibility of instructive interaction, and externalization of problem.

**O autorovi:**

Mgr. Leoš Zatloukal vystudoval sociální práci na Univerzitě Palackého v Olomouci a Ostravské univerzitě v Ostravě. V současné době je studentem doktorského studia sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě a frekventantem komplexního psychoterapeutického výcviku v systemické psychoterapii. Pracoval jako kurátor pro mládež, sociální kurátor, pracovník sociálně-právní ochrany dětí a koordinátor komunitního plánování sociálních služeb. V současnosti pracuje jako sociální pracovník a poradce na azylovém domě pro bezdomovce, vyučuje poradenské/psychoterapeutické přístupy v rámci předmětu Teorie a metody sociální práce na VOŠ Caritas a Univerzitě palackého v Olomouci a působí jako krajský metodik v komunitním plánování sociálních služeb.

## Postmoderní myšlení v poradenské praxi

*„Mistr prohlašoval, že svět, který většina lidí vidí, není skutečný svět, ale svět vzniklý v jejich hlavách. Když se o tom jeden učenec přišel přít, Mistr položil na zem dva klacíky ve tvaru písmene T a zeptal se: „Co vidíš?“ „Písmeno T,“ pravil učenec. „Přesně jak jsem si myslel,“ povídá Mistr. „Nic takového jako písmeno T tu není; to je symbol ve tvé hlavě. To, co máš před sebou jsou dvě ulomené větvičky.“*  
(Anthony de Mello)

Poradenství patří mezi základní dovednosti a vykonávané činnosti nejen sociálních pracovníků (Barker, 1987), ale i dalších „pomáhajících profesionálů“ – psychologů a klinických psychologů, lékařů (zejm. psychiatrů), pedagogů, duchovních apod. Přestože panuje všeobecná shoda o tom, že poradenství je základní činností v pomáhajících profesích, ohledně definice poradenství se mezi odborníky hledá shoda mnohem hůře.

Matoušek kupříkladu definuje **poradenství** následovně: „Poradenství **v užším smyslu** je poskytování informací, které si klienty vyžádá a které potřebuje k řešení problému. **V širším smyslu** chápané poradenství umožňuje navíc klientovi prozkoumat své přednosti i slabiny a nalézt účinné strategie ke zlepšení jeho života. **V nejširším smyslu** slova může být cílem poradenství i získání nového pohledu na sebe i druhé lidi a získání nových potřebných dovedností. V posledním případě se poradenství do značné míry překrývá s psychoterapií.“ (Matoušek, 2002: 132) Uvedená definice vhodně naznačuje šířku pojmu poradenství. V našem příspěvku chápeme pojem poradenství v nejširším slova smyslu, kdy se jeho význam již takřka překrývá s psychoterapií. Rozdíl mezi poradenstvím v nejširším pojetí a psychoterapií vidíme spíše v sebedefinici pomáhajícího pracovníka (například ve vztahu ke zdravotním pojišťovněm) a v kontextu, kde se intervence odehrává (psychoterapie bývá tradičně spojována spíše s klinickými kontexty, zatímco poradenství bývá spojováno s „civilnějšími“ kontexty, jako jsou poradny nebo zařízení poskytující sociální služby apod.), než v použitých východiscích a metodách intervence. Dovolíme si proto v textu pojímat pojmy „poradenství“ a „(psycho)terapie“ jako synonyma a zároveň zde budeme používat poměrně zažitá označení „terapeut“ pro pracovníka a „klient“ pro člověka, který hledá odbornou pomoc se svými těžkostmi.

### 1. Filosofický rámec systemických přístupů

Poradenské či psychoterapeutické přístupy nejsou jen náhodným shlukem technik a postupů pro práci s klienty, ale zahrnují i jakýsi **filosofický rámec**, v němž se uvažuje:

- o klientovi (co by měl splňovat za předpoklady pro léčbu (indikace) a jak by se měl na léčbě podílet),
- o potížích klienta (co je příčinou problému, jak se problém udržuje apod.),
- o terapeutovi a jeho roli (odpovědnost terapeuta, jeho pozice),
- o tom, jaké to má být mezi terapeutem a klientem (terapeutický vztah),
- o tom, co by měl terapeut s klientem dělat (jak a na co se ptát, jak postupovat),
- o tom, čeho by společně měli dosáhnout (cíle terapie)
- o tom, co při společné práci funguje a co ji naopak hatí
- a v neposlední řadě o tom, jak posoudit účinnost a úspěšnost terapie (evaluace efektu intervence).

Některé poradenské přístupy bývají označovány za „postmoderní“ (Mc Namee, Gergen, 1992; Becvar, Becvar, 2006), „konstruktivistické“ (Prochaska, Norcross, 1999) či „systemické“ (Von Schlippe, Schweitzer, 2001). Výše uvedená označení odkazují na filosofický rámec, který je společný poměrně velkému množství různorodých přístupů (viz. níže). Poslední uvedené pojmenování, systemické přístupy, se ujalo i u nás (Kratochvíl, 2002; Úlehla, 1999; Gjuričová, Kubička, 2003) a bude nadále používáno i v tomto příspěvku.

Mezi nejvýznamější směry v rámci systemických přístupů lze řadit zejména krátkou terapii zaměřenou na řešení (De Shazer, Bergová, Miller aj.) a narativní terapii (White, Epston, Freedmanová, McLeod aj.); v našich podmínkách je díky překladu Ludewigovy knihy (Ludewig, 1994) dobře znám i hamburský „zakázkový“ model (Ludewig sám své pojetí nepovažuje za nějaký zvláštní systemický přístup, spíše mluví o příspěvku k rozvíjení teorie (Pecháčková, 1993)). Specifická systemická pojetí rozvíjí u nás například pražský Institut pro systemickou zkušenost (Strnad, Úlehla a další.) či liberecké středisko krátké terapie (Chvála, Trapková, Knop a další).

Filosofický rámec systemických přístupů tvoří zejména dva proudy: **(radikální) konstruktivismus** a **sociální konstrukcionismus**. Přes někdy poněkud ostré polemiky (např. Gjuričová, Kubička, 2003) se zdá, že mezi oběma proudy existuje velmi mnoho podobností, **rozdíly se jeví být spíše komplementární** (doplňující se). Zásadní myšlenky týkající se epistemologie a kauzality, které v tomto textu ještě rozvedeme, jsou oběma proudům společné. Zásadní rozdíl mezi sociálním konstrukcionismem a konstruktivismem bývá spatřován v tom, že konstruktivismus (např. Maturana, Varela, von Glasersfeld, von Foerster) se zaměřuje zejména na jednotlivce jako uzavřený autopoietický (sebeorganizující) systém,

který konstruuje realitu „narážením“ na prostředí, zatímco sociální konstrukcionismus (Gergen, Hoffmanová, Goolishian) klade důraz především na sociální kontext, v němž se významy utvářejí (Hoffmanová, 1992).<sup>1</sup>

Oba zmíněné myšlenkové proudy (konstruktivismus i konstrukcionismus) přinesly do oblasti poradenství a psychoterapie dvě základní témata, a to nové pojetí epistemologie a nové pojetí kauzality. Zdá se, že tyto dva aspekty jsou jedinými společnými znaky pestré palety terapeutických přístupů, které nazýváme systemickými a na těchto dvou prvcích je vystavěno celé „systemické myšlení“. Ludewig při jedné přednášce lakonicky prohlásil (In Pecháčková, 1993: 47): „Neexistuje žádná praxe, která by sama o sobě mohla být nazvána systemickou terapií. Jsou pouze terapeuti, kteří se obracejí na systemickou teorii pro inspiraci.“

Oběma základním tématům systemického myšlení věnujeme pozornost – v této části o nich pojednáme obecně a v následující části si ukážeme jejich aplikaci v každodenní praxi systemicky pracujících poradců a terapeutů.

### 1.1. Epistemologie

Liotard spatřuje podstatu postmoderního uvažování v „nedůvěřivosti vůči metanarativním příběhům“ (Liotard, 1993). Postmoderní epistemologie<sup>2</sup> vlastně radikálně zpochybňuje možnosti objektivního poznávání skutečnosti. Nedůvěřuje příběhům, které chtějí aspirovat na něco víc než na to, že jsou příběhy, tedy na objektivní platnost<sup>3</sup>.

Tato nedůvěra a skepse k možnostem člověka poznávat objektivní skutečnost má své pevné místo v dějinách filosofického zkoumání už od ranných dob před Sokratických a významně se projevuje u Berkeley, Huma a především u Kanta. Zatímco objektivisté věří, že někde „za“ věcmi existuje nějaká objektivní pravda, kterou pozvolna odhalujeme, konstruktivisté jsou přesvědčeni o tom, že **realitu aktivně vytváříme – konstruuje**me. Jazyk není jen médiem, kterým by se poukazovalo na nějakou „vně“ existující skutečnost, ale je nástrojem, jímž a v němž je realita vytvářena. **Konstruktivisté** však – jak se někdy mylně traduje – **nepopírají**

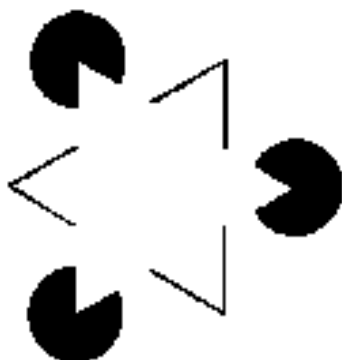
<sup>1</sup> Výtka konstrukcionistů, že konstruktivisté sociální kontext zanedbávají není z našeho pohledu zcela oprávněná, protože médiem, v němž se realita konstruuje je i podle Maturany jazyk (tzv. „jazykování“) a konstrukce reality vždy vyžaduje sociální kontext – „nejdříve musíme být ve dvou“ (Von Foerster, von Glasersfeld, 2005). Rozdíly mezi oběma filosofickými rámci jsou tedy spíše v úhlech pohledu, které se doplňují (konstruktivisté sledují, co se děje s autopoietickým systémem při srážení se s podněty z prostředí, zatímco konstrukcionisté sledují jazykovou hru, která vytváří společnou realitu).

<sup>2</sup> Epistemologie je ve filosofii nauka o poznávání. O různých možných významech epistemologie viz. Dell, 2005.

<sup>3</sup> Objektivní skutečnost je v objektivistickém (či pozitivistickém) pojetí prezentována jako něco za všech okolností platného, existujícího „nad“ příběhem nebo „mimo“ příběh, něco, co jednoduše je bez ohledu na to, kdo „vypráví“ o této zkušenosti. Proto Lyotard používá slovo „metanarativní“ (nad příběhem) pro vymezení postmoderního myšlení od objektivistického pohledu.

**možnost ontologického světa** (Von Foerster, Von Glasersfeld, 2005), jen tvrdí, že tento ontologický svět, ať už existuje nebo nikoli, **nemůžeme objektivně poznat**. K objektivnímu poznání ontologického světa nemáme přístup, protože **naše poznání není pouhé zrcadlení skutečnosti, ale je vždy interpretací**.

Tuto skutečnost lze dobře doložit již na **vnímání**, které bylo často chápáno jako zachycování a odražení vnější skutečnosti smysly. Vnímání však zahrnuje v sobě nutně i interpretaci. Můžeme si to ukázat na následujícím obrázku:



Je velmi pravděpodobné, že pozorovatel na obrázku uvidí mimo jiné i bílý trojúhelník. Zajímavé je, že tento trojúhelník je tvořen prázdnými místy a pozorovatel si jej de facto domýšlí (konstruuje). A pokud pozorovatel vidí černě obtažený trojúhelník, pak je to opět jen jeho interpretace, protože na obrázku jsou jen naznačené úhly, nikoli celý trojúhelník. A kdyby někdo tvrdil, že žádný trojúhelník na obrázku není, ale jen tři kruhy s výsečí a tři úhly, bude interpretovat obrázek jinak než první pozorovatel, ale ani ne hůř (nepřesněji) ani lépe. Mohlo by se totiž – alespoň hypoteticky – jednat například o člověka z kultury, která nezná tvar (symbol) trojúhelníku. V případě, že daný tvar v nějaké kultuře není ukotven v jazyce a sdíleném „vědění“ (Berger, Luckmann, 1999), nebude pravděpodobně ani při pohledu na obrázek vnímán. To ale nic nevyovídá o „objektivní“ existenci či neexistenci trojúhelníku na obrázku, ale spíše o tom, že **to, co je vnímáno je závislé na tom, kdo vnímá** (pozorovateli).<sup>4</sup> Můžeme tedy říci, že to co vnímáme je ovlivněno určitými kulturními vzorci a je vždy výsledkem interpretace. Při tom nesmíme zapomínat, že nevíme nic o tom, zda a co „tam“ je, když to zrovna nevnímáme. Von Foerster (In Von Foerster, Von Glasersfeld, 2005) výstižně glosuje: **„Objektivita je jen iluzí pozorovatele, že poznání může být učiněno bez něho.“** Pozorovatel aspirující na objektivitu poznání totiž zapomíná, že o tom, co vnímá nemůže

---

<sup>4</sup> Podobně lze uvažovat i o diskusi Mistra a učence uvedené v úvodu článku. Pro jedince, který nepoužívá latinu, bude symbol T mít jiný nebo také vůbec žádný význam.

vlastně nic říci ve chvíli, kdy sám sebe coby vnímajícího „vymaže“. Objektivistický postoj tedy lze označit také jako „naivní realismus“.

Konstruktivisté bývají někdy kromě popírání možnosti ontologické existence osočováni neprávem z toho, že jsou solipsisté<sup>5</sup>. Konstruktivistické pojetí ale nepředpokládá libovolnost konstruování reality. Konstruování reality a vzájemné porozumění je podmíněno tím, že je tato konstrukce **viabilní** (splavná, průchozí, dosažitelná).<sup>6</sup> Viabilita znamená průchodnost ve smyslu, že vede k cíli, že umožňuje řešit problémy, které v dané chvíli máme (Von Foerster, Glasersfeld, 2005). Glasersfeld vysvětluje koncept viability na **příkladu slepce**, který se orientuje v neznámém prostředí: slepec tápe, ohledává si hůlkou cestu a když narazí na nějakou překážku, tak se zase vrátí zpět a zkusí to jinudy. Tak si postupně vytváří určitou kognitivní mapu neznámého prostředí. V této mapě jsou záchytnými body překážky. Slepce nic neví o povaze překážek, jen ví, že tudy nyní nemůže projít, tato cesta pro něj není průchozí („viable“). Podobně je to i v sociálních systémech – v komunikaci každý stále nabízíme druhým určité konstrukce reality a některé tyto nabídky jsou průchozí (viabilní), jiné narazí na odpor (překážku).<sup>7</sup>

Systemická epistemologie má také silný **etický rozměr**. Pokud máme takovou moc konstruovat realitu, máme také odpovědnost za své konstrukce. V narativní terapii se proto někdy hovoří o „autorství příběhu“ (White, Epston, 1980; Strnad, 2002) – člověk by se měl stát v největší možné míře státem autorem příběhu svého života.

Část o systemické epistemologii můžeme shrnout ve čtyřech základních premisách (Freedman, Combs, 1996):

- reality jsou sociálně konstruované
- reality se utvářejí skrze jazyk
- reality jsou organizovány a udržovány vyprávěním
- nejsou žádné základní pravdy.

---

<sup>5</sup> K solipsismu viz. např. Fay (2002).

<sup>6</sup> Pojem viabilita by měl podle Glasersfelda nahradit pojem pravdy, chápané jako objevování či zrcadlení skutečného světa „mimo“ (Von Foerster, Glasersfeld, 2005).

<sup>7</sup> Je důležité upozornit, že tyto překážky nejsou nějakými objektivně danými věcmi (to by bylo opět objektivistické stanovisko), jsou to ale konstrukce, které v danou chvíli neumožňují pokračovat určitým směrem. Jedním z úkolů terapie v systemickém pojetí je právě zpochybnit samozřejmost těchto překážek, pokud působí potíže, a nabídnout možnosti jiného světa, v němž by bylo průchozí i to, co se nyní jeví jako neprůchozí (tzv. rozšiřování možností). Přesto cílem terapie není bezhraničnost, ale to, aby životní spokojenost byla zahrnuta do pole viability v systémech, aby uspokojivý život vůbec byl možný.

## 1.2. Kauzalita

Podle některých autorů (Např. Von Schlippe, Schweitzer, 2002) je otázka kauzality (příčinnosti) rovněž otázkou epistemologickou – pozorovatel totiž při aktu poznávání redukuje komplexitu dějů do příčinných souvislostí. Přesto si téma systemické kauzality zaslouží zvláštní zamyšlení. Lze říci, že systemické myšlení je skeptické vůči jednoduchému označování příčin určitých jevů. Systemické myšlení opouští lineární kauzalitu (A je příčinou B; viz. obrázek a)) a drží se kauzality cirkulární (viz. obr. b)).



**Cirkulární kauzalita** je založena na předpokladu, že nejen změna A ovlivňuje B, ale i nastalá změna B ovlivňuje A, a tak to pokračuje stále dokola (v tomto pojetí samozřejmě přestává být důležité, co bylo dříve: zda změna A způsobila změnu B nebo změna B změnu A, je to jen otázka interpunkce (Watzlawick et al., 2000)). Kromě toho už skutečnost, že jsme se zaměřili pouze na dvě proměnné A a B znamená, že jsme coby pozorovatelé provedli redukci komplexity pozorovaných jevů, protože ve hře je obrovské a nepostižitelné množství proměnných, které na sebe navzájem rekurzivně působí (Disman, 1993).

## **2. Systemické myšlení v praxi**

Teoretické pozadí systemických přístupů se, tak jako filosofický rámeček jakékoli poradenské intervence, projevuje především v každodenní činnosti poradců a terapeutů. Uvedeme zde několik příkladů.

### 2.1. Místo konstrukce problémů konstrukce řešení

Systemická epistemologie s sebou přináší jak bylo řečeno i etický závazek – je-li posíláno naše autorství našich životních příběhů, pak neseme i odpovědnost za to, jakou realitu společně konstruujeme.

Lidé, včetně terapeutů, se jen stěží ubrání vytváření hypotéz o potížích vlastních i o potížích druhých lidí. Vlastně tak společně konstruujeme (vytváříme) problém. Pokud již ke



konstruování problémů v terapii dochází, je při konstrukci problému třeba postupovat tak, abychom **konstruovali problém, který lze řešit** (De Shazer, 1993). Může to být i důležitá mezifáze před započítím konstruování řešení: neřešitelný problém se v terapeutickém systému pozvolna stává problémem řešitelným<sup>8</sup>, aby nakonec mohl být „rozpuštěn“ (Ludewig, 1994). Držíme-li se etické zásady „především neškodit“ (Knobloch, Knoblochová, 1999), pak je pro terapeuta důležité neustále reflektovat proces terapie a nepřijmout členství v problémovém systému<sup>9</sup>. Problémový systém (či systém determinovaný problémem – Andersonová, Goolishian, Winderman, 1986) je systém, který je organizovaný problémem (např. noční pomočování dítěte může být hlavním tématem či Luhmannovským „smyslem“ systému, jehož členy mohou být nejen starostliví rodiče, ale i dětský lékař, sociální pracovník oddělení sociálně-právní ochrany dětí, dětský psycholog, který dítě vyšetřil, učitelé ve škole apod.).<sup>10</sup> terapeutovým úkolem je tento systém narušit tak, aby se jednotliví aktéři angažovali jako členové v uspokojivějších systémech (Ludewig, 1994).

Podle představitelů krátké terapie zaměřené na řešení lze jít však ještě dále a konstruování problému se pokusit pokud možno vyhnout a věnovat se především **konstrukci řešení**. Tým z Milwaukee radikálně tak zpochybnil spojitost mezi problémem a řešením (Pecháčková, 1993). De Shazer (1993) k tomuto tématu nabízí **metaforu zámků na dveřích**: Stížnosti, s kterými klienti přicházejí, jsou jako zámky na dveřích, které vedou k uspokojivému životu. Klienti vyzkoušeli všechno, co bylo podle nich rozumné, správné a dobré, ale dveře zůstávají zamčené a oni dospěli k názoru, že jejich situace je neřešitelná. To často vede k tomu, že začnou analyzovat zámky – proč jsou takové, proč nejdou odemknout apod. Potíž je v tom, že analýza zámků jim nijak nepomáhá otevřít dveře. Řešením jsou klíče, nikoli zámky. De Shazer pak formuluje známý radikální axiom: „Mluvení o problémech vytváří problémy, mluvení o řešení vytváří řešení.“ (De Shazer In Von Schlippe, Schweitzer, 2001, s. 27)

V následující tabulce je názorně ukázána souvislost orientace na problém či orientace na řešení s tématy, jimž se během sezení věnuje pozornost:

---

<sup>8</sup> To znamená, že je v terapeutickém rozhovoru zpochybněna jeho neřešitelnost, popřípadě je zpochybněna předpokládaná existence jen jediného „správného“ řešení, které většinou vede k eskalaci problému (Watzlawick et al., 1974; Watzlawick et al., 2000; Coyne, Segal, 1995; Segal, 1991).

<sup>9</sup> K pojmu „členství“ a jeho odlišení od „osoby“ a „role“ viz. Ludewig, 1994.

<sup>10</sup> Je pravděpodobné, že v problémovém systému se problém stále potvrzuje a uchovává, ba dokonce snahy problém řešit často vedou k jeho prohlubování (Segal, 1991). Je tragické, pokud se terapeut do této hry rovněž zapojí a stane se „členem“ problémového systému, tedy tím, kdo s autoritou své profesní role nadále potvrzuje a utvrzuje problém, aniž by si toho byl mnohdy vědom.

Otázky zaměřené na řešení		
Minulé úspěchy	Přítomná síla a zdroje	Budoucí možnosti
Minulá selhání	Přítomná slabost a nedostatky	Budoucí omezení
Otázky zaměřené na problém		

Nabízíme **několik příkladů otázek zaměřených na konstrukci řešení** (Berg, 1992; De Shazer, 1988, 1993, 1991, 1994; De Shazer et al., 1986):

- **Minulé úspěchy:** a) **otázky na výjimky** („Stalo se někdy, že se problém nevyskytnul? Co jste dělal...? Co bylo jiného, když se problém nevyskytnul? Jak si vysvětlujete, že tu problém chvíli nebyl?“), b) **otázky na zvládnání** („Muselo to být hodně těžké. Co vám pomohlo dosáhnout toho, aby to nebylo ještě horší?“), c) **otázky na změny před setkáním** („Co se zlepšilo od té doby, co jste si se mnou domlouval konzultaci?“)
- **Přítomná síla a zdroje:** a) **otázky na zvládnání** (v přítomnosti), b) **ocenění** (za něco, co upřímně lze ocenit a co souvisí s kompetencí řešit problém), c) **škálovací otázky** (např. škála od 0 (= když to bylo nejhorší) do 10 (= problém je vyřešen tak, že nepotřebujete terapii), „Kde mezi 0 až 10 jste teď?“)
- **Budoucí možnosti a cíle:** a) **otázka na zázrak** („Představte si, že jedné noci zatímco spíte nastal zázrak a problém, který vás přivedl sem, je vyřešený. Čeho si po probuzení všimnete, že je jiné? Na čem poznáte, že se zázrak stal? Na čem to pozná vaše žena?...“), b) **škála** („Říkáte, že jste teď na šestce...podle čeho byste poznal, že jste o půl bodu výš? Co by bylo jinak?“), c) **otázka na budoucnost** („Představte si sám sebe za pět let...co je jiného než teď?“), d) **otázka na zhoršení** („Co byste mohl udělat, aby věci byly ještě horší?“ – poukazuje na možnost ovlivnit problém; pokud lze ovlivnit problém směrem ke zhoršení, odporuje to představě, že klient nemá žádnou možnost něco s problémem dělat a paradoxně tak rozšiřuje jeho možnosti)

Z výše uvedeného vyplývá i velká skepse systemických terapeutů k diagnózám. **Diagnózy** jsou z hlediska systemické epistemologie jen jedním z mnoha možných popisů situace nebo dokonce osobních vlastností klienta. Kromě toho, že jsou většinou popisy značně nepřesnými a rozpornými<sup>11</sup>, jsou také většinou neúčinné nebo jen málo užitečné pro hledání řešení (tím nesplňují základní předpoklad dobré systemické hypotézy – užitečnost; Selvini-Palazzoli et al., 1980). Systemičtí terapeuti by se tedy zřejmě rádi připojili k Yalomově výzvě, aby

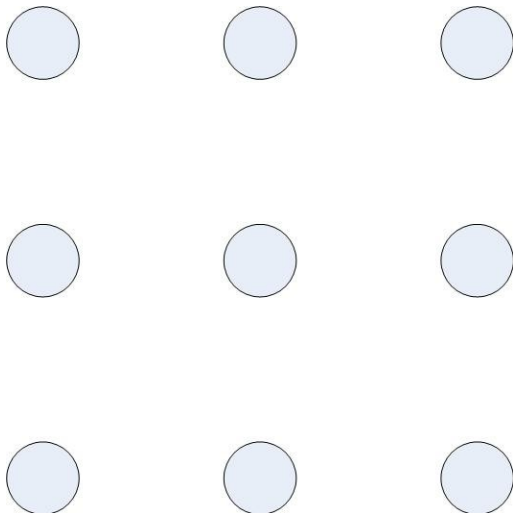
<sup>11</sup> Yalom (2003) poukazuje na známý fakt, že čím více terapeut poznává klienta, tím je většinou pro něj těžší jej zařadit do některé diagnostické kategorie. Dokud je naše poznání klienta ještě povrchní, například na prvním sezení, nebývá tak těžké jej zaškatulkovat do některé diagnózy. Mnohem těžší je provést totéž řekněme na desátém sezení, kdy už klienta známe více. Yalom se trochu provokativně ptá: „Není to podivná věda?“ Ke kritice diagnostiky srv. i Laing a Esterson (1970) nebo Szasz (1960).

terapeuti nedagnostikovali, a pokud se odhodlají diagnostikovat, tak jen tehdy, když potřebují svou práci vykázat pojišťovně (Yalom, 2003).

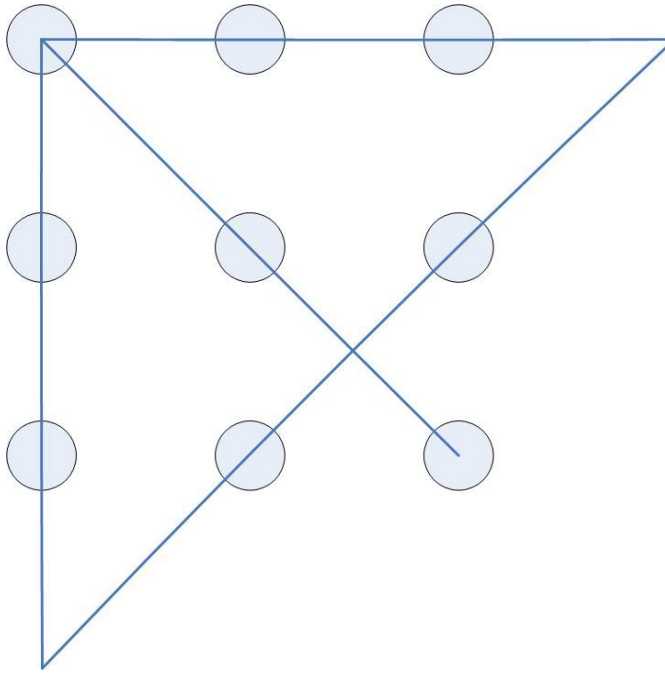
## 2.2. Přerámování

Uvádí se, že přerámování („reframing“, změna rámce) je snad vůbec nejdůležitější systemická intervence (Von Schlippe, Schweitzer, 2001). Watzlawick a spolupracovníci definují přerámování jako „činnost, kdy se mění konceptuální a/nebo emoční nastavení úhlu pohledu, z něhož je daná situace prožívána, a kdy se tato situace přemístí do jiného rámce, který ale pasuje na „fakta“ té stejné konkrétní situace stejně dobře nebo lépe a díky tomu pozměňuje původní význam“ (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974). Při přerámování se tedy v terapeutickém rozhovoru mění významy spojené s nějakou situací, nikoli „fakta“ situace (jinými slovy bychom řekli, že přerámování musí být viabilní). Přerámování vychází ze systemické epistemologie: nabízí jiný pohled na stejnou situaci. Tím ale znesamozřejměje zatím převládající pohled.

Známou ukázkou změny rámce je tzv. „problém devíti teček“ (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974). Úkolem je spojit všech devět teček čtyřmi rovnými čarami tak, aby se při tom tužka nezvedla z papíru.



Většina lidí, kteří tento úkol neznají, po chvíli úsilí prohlásí, že to není možné. Řešení je však velmi prosté – některé čáry je prostě nutno vést mimo čtverec vymezený tečkami (viz. obr.).



Nejčastější reakce lidí, kteří se s touto úlohou marně potýkali a bylo jim sděleno řešení, je: „To mě vůbec nenapadlo...“ Tito lidé předpokládali, že jejich možnosti volby jsou omezené na čtverec vymezený tečkami, myšlenka, že je možné při kreslení tento pomyslný čtverec přetáhnout zcela změnila situaci a řešení již bylo velmi snadné. Podobně to platí i o nejrůznějších problémech klientů – od rodinných problémů až třeba po psychiatrické diagnózy, kdy rozšíření možností vede k překvapivě snadnému řešení. Tunelové vidění klienta (mohu dělat jen toto, a to právě nefunguje) se rozšiřuje do širší perspektivy (mohu udělat ještě toto nebo i tamto... a zkusit, jestli to bude fungovat). „To mě vůbec nenapadlo“ - tak zní také reakce klienta po úspěšném přerámování.

Přerámování se řídí určitými **základními premisami** (Von Schlippe, Schweitzer, 2001):

- každé chování dává smysl, pokud známe jeho kontext
- neexistuje vlastnost osoby oproštěná od kontextu
- každé chování má smysluplný význam pro koherenci celého systému
- existují pouze schopnosti – problémy někdy vznikají proto, že schopnost a kontext k sobě nepasují
- každá zdánlivá nevýhoda v jedné části systému se na jiném místě jeví jako přednost.

Příklady přerámování (podle Von Schlippe, Schweitzer, 2001):

K: „Moje dcera stále více hubne!“

T: „Bylo to před vaším rozchodem, nebo po něm, kdy se rozhodla přestat jíst?“

(hubnutí se přerámovává na aktivní – a tím i ovlivnitelný – proces, vychází se z premisy, že chování dává smysl, pokud známe kontext)

K: „Mojí ženě trvá věčnost, než se pro něco rozhodne... Přivádí mě to k šílenství. Než si v obchodě vybere nějaké šaty, musí si prohlédnout a porovnat všechny, které tam mají.“

T: „Takže se rozhoduje velmi pečlivě. Není to skvělá poklona, že si ze všech mužů vybrala právě Vás?“

(podle premisy, že existují jen schopnosti – v určitém kontextu je manželčina náročnost vítaná vlastnost)

### 2.3. Respekt

Ze systemického pojetí kauzality vyplývá nemožnost přímého ovlivnění kohokoli (včetně klientů). Kauzalita není v systemickém pojetí lineární, proto úvahy, že intervence působí tu a tu změnu není ze systemického hlediska přesná. V návaznosti zejména na Maturanovu koncepci autopoietických systémů (které jsou organizačně uzavřené a jakákoli změna autopoietického systému je determinována jeho vlastní strukturou<sup>12</sup>) je v rámci systemické terapie zdůrazňována **nemožnost instruktivní interakce**. To má zásadní důsledky pro respekt ke klientovi. Každý člověk, tedy i klient, je bytostí biologicky jedinečnou a komunikativní (Ludewig, 1994). Biologická struktura člověka a jazyk, v němž se utváří realita, jsou hranicemi, v jejichž rámci se může životní prostředí člověka měnit, aniž by se pro něj stalo neúnosným (Ludewig, 1994), základním postojem terapeuta by pak mělo být respektování těchto hranic.<sup>13</sup>

V systemické praxi se v důsledku těchto teoretických úvah setkáváme s jistou **opatrností vůči iniciování změn**. Ačkoli změna je nevyhnutelná (systemicky orientovaní terapeuti opustili tradiční koncept homeostázy a naopak předpokládají neustálou proměnlivost v systémech),

---

<sup>12</sup> Koncepce strukturního determinismu předpokládá, že organismus je determinován svou strukturou v tom smyslu, že jeho struktura specifikuje všechny interakce, které může podstupovat, jinými slovy struktura organismu určuje, s kterými událostmi ve svém prostředí bude interagovat a jak se bude při kterékoli z těchto interakcí chovat (Dell, 2005). Když nastane strukturní spojení, může vzniknout dojem kauzality (že A přímo ovlivnil B), ale je to jen proto, že se nebere v potaz vzájemné vyladění obou struktur v danou chvíli a v daném kontextu. Podrobněji viz. Dell (2005), Von Schlippe, Schweitzer (2001), Ludewig (1994), Pecháčková (1993).

<sup>13</sup> Ludewig (1994) popisuje tři hlavní postuláty systemické terapie: kromě respektu také krásu a užitek. V „dobré“ terapii musí být zastoupeny všechny tři (citovaný autor upozorňuje na riziko při posuzování kvality terapie jen na základě těžko definovatelné užitečnosti). Systemická terapie by se tak měla zaměřovat na „užitečnost jako cíl terapie, na respekt jako základní postoj a na krásu jako tvořivý princip intervencí“ (Ludewig, 1994: 87).

nelze ji přímo iniciovat terapeutickým působením, naopak přehnaný tlak na změnu ze strany terapeuta může vést k „odporu“ klienta.

De Shazer (1993) místo direktivního tlaku na změnu často používá (podobně jako Erickson) **neurčité formulace** týkající se změny (např. při zadávání úkolu v párové terapii může terapeut na začátku prohlásit, že tým sledující konzultaci za jednocestným zrcadlem se shoduje, že neví, jestli se první změní John nebo Mary a ani neví, kdy to bude, ale že oba mají schopnost učinit první krok...). Tím je možnost změny poměrně široce otevřena – je zasazeno očekávání změny, ale změna není konkrétně předepsána, čímž se dává najevo jednak respekt k autonomii klientů a jednak se tím vytváří prostor pro nečekaná a kreativní řešení.

Často se také využívá technika „**go slow!**“ („Jdi pomalu!“; Watzlawick et al., 1974), která zpochybňuje a omezuje rychlost zlepšení, zejména v případech, kdy je změna poměrně snadná a hladká. Například se často po distribuci škály zadává úkol na „dělání jako“ (vyberte si jeden den v týdnu a dělejte, jako byste byl na 10). Technika „go slow!“ by se zde aplikovala například příkazem, aby klient dělal jako, že je o stupeň výš (např. když se ohodnotil na 3, tak dělá jako že je na 4), ale i kdyby šlo se posunout i na další stupeň (5), tak aby zůstal jen na 4. Ukázkou závěrečné intervence zahrnující „go slow!“ v obecnější podobě nabízí i následující ukáзка z párové terapie (De Shazer, 1993: 148):

„Jsme rádi, že věci se opravdu hýbou správným směrem a že oba jste si vědomí toho, že ať se vydáte kamkoli, na každé cestě jsou hrboly a jámy. Začínáme se ale obávat, že vy dva cestujete příliš rychle po této neznámé cestě a že přeceňujete svoje schopnosti a když narazíte na nějakou jámu, tak havarujete. Obáváme se, že příliš riskujete a proto vám navrhuje, abyste šli stále stejným směrem, ale trochu pomaleji a nebezpečným místům se raději vyhnuli.“

Podobně se **pracuje i s možností relapsu**<sup>14</sup>, kdy terapeut vyjadřuje své pochybnosti o stálosti dosažené změny, upozorňuje na možnost relapsu, při posledních sezeních vytváří s klienty plán pro další postup v případě relapsu (to je velmi důležité, protože klienti často po selhání rezignují a propadají malomyslnosti, což jejich situaci komplikuje víc než relaps samotný) nebo dokonce relaps předepisuje (blíže viz. De Shazer, 1988, 1993; Watzlawick et al., 1974).

Někdy terapeut operuje přímo se **skepsí ohledně řešitelnosti problému**. Je to vhodné zejména tam, kde sám klient je velmi skeptický. Taková intervence má několik rovin působení. Především vyjadřuje respekt ke klientovi a skutečnost, že terapeut není žádný

---

<sup>14</sup> Prochaska, Norcross a DiClemente (In Prochaska, Norcross, 1999; Prochaska, Norcross, DiClemente, 1994) uvádějí, že fáze relapsu je velmi častou fází terapeutické změny, že většina klientů minimálně jedním relapsem projde než dosáhne udržitelné změny. Proto je téma relapsu a práce s ním pro úspěšnou terapii velmi důležitou oblastí.

kouzelník, který může klienta přinutit se měnit (nemožnost instruktivní interakce). Navíc mění „jazykovou hru“ a její pravidla podle zásady, že „když něco nefunguje, dělej něco jiného“ (De Shazer, 1994). Je velmi pravděpodobné, že klient se již od svých blízkých i od jiných pomáhajících pracovníků dočkal přemlouvání, povzbuzování (to bude dobré, to zvládneš) a napomínání. Přesto je klient skeptický vůči možnostem změny. V případě, kdy terapeut vyjádří ještě větší(!) skepsi vůči změně, dostává jejich konverzace úplně jiný směr: najednou je to klient, kdo má přesvědčit terapeuta, že změna k lepšímu je možná! K tomu lze využít jednoduchou otázku: „Kde se bere ta naděje, že se to někdy zlepší?“ Pokud klient při škálovací otázce udává poměrně vysoké skóre, je možné se ptát na „něco“ co on ví a terapeut zatím neví, co mu umožňuje dát tak vysokou známku. Nebo lze použít variaci Watzlawickovy intervence (tzv. „judo techniku“ či techniku „why-should-you-change“), kterou autor použil v rozhovoru s dlouhodobým chronickým pacientem psychiatrické léčebny (Watzlawick et al., 1974: 134 – 135):

„Vím, že bych vám to neměl říkat, protože co si asi pomyslíte o doktorovi, který říká takové věci... ale bude to jen mezi námi... musím vám říct co si ve skutečnosti myslím o vaší situaci. Popravdě jsem to spíš já, kdo by si měl nechat udělat vyšetření na hlavu, a ne vy. Protože jste to takhle udělal, našel jste způsob života, který by většina z nás velmi ráda žila. Když ráno vstanu, setkávám se s devětadevadesáti věcmi, které se pokazí, setkávám se se spoustou přišerných hodin všelijakých povinností a problémů. A vy ani nemusíte vstávat, když se vám nechce, váš den je bezpečný a předvídatelný, naservírují vám tři jídla denně, pravděpodobně odpoledne hrajete golf a večer koukáte na film. Víte, že vaši rodiče budou dále platit za váš pobyt v léčebně, a kdyby případně zemřeli, tak víte, že stát se o vás postará. Proč byste vlastně měl měnit svůj styl života kvůli tak hloupé honičce, jakou neustále zažívám já?“

#### 2.4. Externalizace problému

Dalším postupem často užívaným v systemických přístupech, který je založen na systemickém pojetí epistemologie, je externalizace problému. Externalizace problému je postup, který znovuobjevil narativní terapeut Michael White (White, Epston, 1990) při práci s dětmi s enkoprézou (neschopnost udržet stolici) a jejich rodinami (a později ji aplikoval na široké spektrum potíží včetně těch, které se diadnostikují jako „schizofrenie“). Všiml si, že dochází ke klinickému zlepšení, pokud se hovoří o problému jako o něčem vně dítěte.

Problém není ztotožňován s osobou<sup>15</sup>, ale naopak je od ní pomocí citlivé práce s jazykem oddělen.

White (In Tomm, 1995) v případě enkoprézy vytvořil například označení „Poťouchlý Pú“ („Sneaky Poo“), personifikoval je jako cosi vně dítěte a pracoval s tím v terapii pomocí různých otázek (např. „Jak říkáš té protivné věci, která Tě vždycky dostane do potíží? Pú?“... „Už se ti někdy stalo, že se po tobě Pú vyšplhal a zastihl tě nepřipraveného, řekněme tak, že se přikrčil ve tvých kalhotách, když jsi byl úplně zaujat hrou?“). White dále pokračuje mapováním vlivu Poťouchlého Pú na rodinu – jak ovlivňuje nepohodu, neštěstí, frustrace. Takto se ptá nejen dítěte, ale i ostatních členů rodiny (např. „Když byl váš syn zaskočen Poťouchlým Pú, co jste podnikli?“) Potom se dotazování obrací a terapeuta zajímá, jak rodina ovlivňuje Poťouchlého Pú (např. „Stalo se někdy, že jste na Poťouchlým Pú zvítězili a odkázali ho do patřičných mezí, místo aby on zvítězil nad vámi?“, „Stalo se někdy, že Pú přiměl vašeho syna udělat nepořádek a vás naváděl, abyste na něj začali křičet, ale vám se to podařilo zvládnout a místo toho jste synovi nabídli podporu?“)

Externalizace problému je podobně jako přerámování založena na předpokladu, že realita je sociálně konstruována. Mohli bychom skoro říci, že se jedná o jistý druh přerámování. Nejedná se však o přerámování v pravém slova smyslu, protože symptomy zde nejsou přerámovány jako v jistém kontextu smysluplné a nejsou ani pozitivně konotovány, ale jsou a zůstávají „nepřáteli“ (což odporuje základním zásadám přerámování – viz. výše). Negativní konotace problémů převládá i přesto, že se v externalizujících rozhovorech běžně dotazujeme také na případné výhody a přínosy problému.

Oddělení problému od osob externalizací nabízí obecně několik **výhod** (White, Epston, 1990):

- a) omezuje neproduktivní konflikty mezi lidmi, včetně debat o tom, kdo je odpovědný (či vinen) za problém
- b) podkopává dojem selhání, který se vyvinul u mnoha lidí v reakci na to, že problém stále trvá přes všechny snahy jej vyřešit
- c) umožňuje zaangažovaným osobám navzájem spolupracovat a společně bojovat proti problému s cílem vymanit se z jeho vlivu na jejich životy a vztahy
- d) otevírá lidem nové možnosti k tomu, aby mohli něco dělat pro záchranu svých životů od problému a jeho vlivu
- e) osvobozuje lidi k odlehčenějšímu, efektivnějšímu a méně stresujícímu přístupu k „smrtelně vážným“ problémům
- f) nabízí podmínky pro dialog o problému spíše než pro monolog.

---

<sup>15</sup> Naopak, jak připomíná Tomm (1995), medicínský model a užívané diagnostické manuály podporují negativní značkování osob, které trpí nějakými potížemi. Paradoxně se tím zřídka možností problém řešit: „Když je problém vtělen do osobní identity pacienta, je stále těžší mu uniknout. je to zkrátka tím, že pro nikoho není snadné uniknout sám před sebou.“ (Tomm, 1995: 34).



## **Závěrem**

Soudě podle vycházejících publikací, rostoucího počtu kurzů a výcviků a širokého uplatňování některých klíčových konceptů i mimo úzce vymezený rámec systemických přístupů bychom mohli směle považovat systemické přístupy za přístupy s dobrou perspektivou budoucího vývoje. Tuto domněnku potvrzuje i epistemologická revoluce, která zasáhla nejen psychologii nebo společenské vědy, ale i tak donedávna „pozitivistické“ vědy jako fyziku či chemii (Capra, 2002). Nedomníváme se, že systemické přístupy se stanou více populárními a užívanými jen proto, že budou „in“, že budou sdílet ideologii doby. Jejich výhodou bude jejich pragmatické zaměření na efektivní pomoc v co nejkratším čase, důraz na respekt a spolupráci, individualizovaný přístup ke klientům, využití zdrojů klientů a schopnost vytvořit základ pro integraci a sblížení různých terapeutických/poradenských přístupů. V systemickém rámci lze využít široké spektrum technik a postupů z nejrůznějších přístupů, včetně dynamických směrů (zejména individuální a interpersonální terapie), kognitivně-behaviorálních směrů (zejména v oblasti práce s kognitivními schémata/přesvědčeními), existenciálních a humanistických přístupů (důraz na svobodu a odpovědnost, důraz na vnitřní zdroje, respekt), směrů klasické rodinné terapie (paradoxní úkoly, experienciální techniky) a dalších. Přesto i tady platí, že „když dva dělají totéž, není to totéž“. Systemické využití zmíněných postupů je specifické tím, že důsledně vychází ze základních epistemologických premis.

Jistou dosud problémovou oblastí jsou výzkumy efektu systemické terapie. Ačkoli již existuje několik v odborných kruzích uznávaných týmů, které se kromě vlastní (systemické) práce s klienty věnují i systematickému výzkumu, výzkumné aktivity systemicky orientovaných výzkumníků neustále narážejí na omezení objektivistického pojetí výzkumů: systemicky orientovaný výzkumník nemůže akceptovat homogenitu populace (např. pacienti s depresí; pro systemického terapeuta se jedná o různé a v zásadě těžko srovnatelné životní příběhy) ani požadovanou standardizovanost intervencí (běžně se ve výzkumech užívají terapeutických manuálů, aby bylo možno zkoumat efekt právě daného přístupu, což odporuje důrazu na individualizaci terapie – viz. Duncan, Miller, 2005), vlastně celý „objektivistický“ rámec sledování efektu terapeutické intervence na nápravu odporuje premise o nemožnosti instruktivní intervence a o cirkulární kauzalitě. Velkým úkolem systemicky orientovaných výzkumníků efektu terapie je navrhnout jiné přijatelné způsoby dokladování efektu práce s klienty. Výzkumná metodologie využívaná v současnosti je podrobována stále sílící kritice a jeví se jako těžko udržitelná (Lambert et al., 2004; Hubble, Duncan, Miller, 2004 apod.). Lze se domnívat, že se v budoucnu tyto metodologické principy ověřování efektu terapie změní a

že místo dosud převládající tendence vybírat různé prvky různých přístupů podle výsledků podobných „objektivistických“ výzkumů (technický eklekticismus) bude integrace spíše směřovat ke sblížení teoretických východisek (teoretická integrace) ve spojení s důkladným a hutným zkoumáním terapeutické praxe (někdy se mluví o přechodu od „evidence-based practice“ k „practice-based evidence“), přičemž bude položen důraz na individualizaci terapeutického působení, na terapii „ušitou na míru“ (Prochaska, Norcross, 1999). V takovém případě by systemické přístupy mohly hrát ve vývoji psychoterapie a poradenství v budoucnu klíčovou roli.

### **Literatura:**

- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H. A., WINDERMAN, L. **Problem determined systems: Towards transformation in family therapy.** Journal of strategic and systemic therapies 5, 1986, s. 4 – 19.
- BARKER, R. L. **The social work dictionary.** Silver Spring: NASW, 1987.
- BECVAR, D. S., BECVAR, R. J. **Family therapy: A systemic integration.** 6th ed. Boston: Pearson Education, Inc., 2006.
- BERG, I. K. **Posílení rodiny.** Praha: ISZ, 1992.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. **Sociální konstrukce reality.** Brno: CDK, 1999.
- CAPRA, F. **Bod obratu: Věda, společnost a nová kultura.** Praha: Dharmagaia a Mařa, 2002.
- COYNE, J. C., SEGAL, L. **Krátký strategický integrační přístup k psychoterapii.** Kontext 11, č. 2, 1995, s. 5 - 18.
- CUMMINSOVÁ, D. D. **Záhady experimentální psychologie.** Praha: Portál, 1998.
- DE SHAZER, S. **Clues: Investigating solutions in brief therapy.** New York: W. W. Norton & comp., 1988.
- DE SHAZER, S. **Klíče k riešeniu v krátkej terapii.** Trenčín: Galanta, 1993.
- DE SHAZER, S. **Putting difference to work.** New York: W. W. Norton and comp., 1991.
- DE SHAZER, S. **Words were originally magic.** New York: Norton & co., 1994.
- DE SHAZER, S., BERG, I. K., LIPCHIK, E., NUNNALLY, E., MOLNAR, A., GINGERICH, W., WEINER-DAVIS, M. **Brief therapy: Focused solution development.** Family process 25, 1986, s. 207 – 222.
- DELL, P. F. **Jak rozumět Batesonovi a Maturanovi: k biologickému základu sociálních věd.** In *Studijní materiály Umění terapie 05b.* Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 2005.
- DISMAN, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost.** Praha: Karolinum, 1993.
- FAY, B. **Současná filosofie sociálních věd.** Praha: SLON, 2002.
- FREEDMAN, J., COMBS, G. **Narrative therapy: The social construction of preferred realities.** New York: W. W. Norton Company, 1996.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. **Rodinná terapie (systemické a narativní přístupy).** Praha: Grada, 2003.
- HOFFMAN, L. **A reflexive stance for family therapy.** In MC NAMEE, S., GERGEN, K. J. (eds.) *Therapy as social construction.* London: Sage Publ., 1992, s. 7 – 24.

- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., MILLER, S. D. **The heart and soul of change**. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. **Integrovaná psychoterapie v akci**. Praha: Grada, 1999.
- KRATOCHVÍL, S. **Základy psychoterapie**. 4. vyd. Praha: Portál, 2002.
- LAING, R. D., ESTERSON, A. **Sanity, madness and the family**. 2nd ed. Harmondsworth: Penguin books, 1970.
- LAMBERT, M. J. (ed.) **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change**. 5th ed. New York: John Wiley and sons, 2004.
- LUDEWIG, K. **Reality and construction in psychotherapy: Sense and nonsense of this distinction**. Human systems 14, 2003, s. 69 – 82.
- LUDEWIG, K. **Systemická terapie**. Praha: Pallata, 1994.
- LYOTARD, J. F. **O postmodernismu**. Praha: Filosofía, 1993.
- MATOUŠEK, O. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- MCNAMEE, S., GERGEN, K. J. (eds.) **Therapy as social construction**. London: Sage Publ., 1992.
- MILLER, S. D., DUNCAN, B. L., HUBBLE, M. A. **Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice**. New York: W. W. Norton and comp., 1997.
- NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. **Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions**. Washington, D. C.: American psychological association press, 2005.
- PECHÁČKOVÁ, S. **Zpráva o systemické terapii**. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1993.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C., DICLEMENTE, C. C. **Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward**. New York: Avon books, 1994.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. **Psychoterapeutické systémy**. Praha: Grada, 1999.
- SEGAL, L. **Brief therapy: The MRI approach**. In GURMAN, A. S., KNISKERN, D. P. (eds.) **Handbook of family therapy (vol. II)**. New York: Brunner/Mazel, 1991, s. 171 – 199.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. **Hypothetizing – circularity - neutrality: Guidelines for the conductor of the session**. Family process 19, 1980, s. 3 – 12.
- STRNAD, V. **Cestou příběhu**. Psychologie dnes 8, č. 7 - 8, 2002, s. 18 – 19.
- SZASZ, T. S. **The myth of mental illness**. American psychologist 15, 1960, s. 113 – 118.
- TOMM, K. **Externalizace problému a internalizace osobního působení**. Kontext 10, 2, 1995, s. 32 – 36.
- VON FOERSTER, H., VON GLASERSFELD, E. **Radikální konstruktivismus (sbírka přednášek)**. In **Studijní materiály Umění terapie 05b**. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 2005.
- VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. **Systemická terapie a poradenství**. Brno: Cesta, 2001.
- WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J. B., JACKSON, D. D. **Pragmatika lidské komunikace**. Hradec Králové: Konfrontace, 2000.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., FISCH, R. **Change: Principles of problem formation and problem resolution**. New York: Norton & Company, 1974.
- WHITE, M., EPSTON, D. **Narrative means to therapeutic ends**. New York: W. W. Norton Company, 1990.
- YALOM, I. D. **Chvála psychoterapie**. Praha: Portál, 2003.