

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2013

Monika Honzíková

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Monika Honzíková

*Využití na řešení orientovaného přístupu v
náhradní rodinné péči*

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Daniel Žákovský DiS.

2013

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití citované literatury.

V Olomouci dne _____

Poděkování:

Ráda bych na těchto řádcích poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Danielu Žákovskému DiS. za jeho provázení a čas, který mi věnoval při zpracovávání tématu mé bakalářské práce. A v neposlední řadě také děkuji všem mým spolužákům za podporu a rady.

Obsah

Úvod	1
1. Náhradní rodinná péče.....	2
1.1. Formy náhradní výchovy upravené zákonem č. 94/1963 Sb., o rodině:	2
1.1.1. Ústavní výchova	2
1.1.2. Jednotlivé formy náhradní rodinné péče.....	3
1.1.2.1. Osvojení	3
1.1.2.2. Pěstounská péče	3
1.1.2.3. Pěstounská péče na přechodnou dobu	5
1.1.2.4. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče	5
1.1.2.5. Poručenství.....	5
1.2. Rodičovská zodpovědnost	6
1.3. Výchovná opatření (od § 41)	6
1.4. Historie NRP	7
1.4.1. Historické fáze	8
1.5. Vztah mezi náhradními rodiči a dětmi.....	9
1.5.1. Základní psychické potřeby dětí	10
1.5.2. Postavení náhradních rodičů a vnímání dětí	10
1.6. Jaké děti se nejčastěji dostávají do NRP.....	13
1.7. Situace v České republice	14
2. Přístup zaměřený na řešení (SFBT)	15
2.1. Solution-focused brief therapy – SFBT	15
2.2. Předchůdci SFBT	16
2.3. Zakladatelé SFBT	17
2.3.1. Pokračovatele SFBT	17
2.4. Uplatnění SFBT	18
2.5. Problém v SFBT	19
2.6. Principy a techniky v SFBT.....	21
2.6.1. Několik hlavních principů SFBT	21
2.6.2. Práce Dalet.....	22
2.6.3. Techniky	23
3. Využití přístupu zaměřeného na řešení (SFBT) v Náhradní rodinné péči (NRP).....	26
3.1. Role sociálního pracovníka.....	26
3.1.1. Sociální pracovník a práce s rodinou	27
3.1.2. Family Based Service	28
3.2. Profesionální způsoby práce – terapie	28
3.2.1. Jak vypadá samotná terapie	29
3.2.2. Model Solution Focused Brief Therapy.....	30
3.3. Využití Solution Focused Brief Therapy v pěstounské a adoptivní rodině 30	
3.3.1. Formát Solution Focused Brief Therapy sezení	31
3.4. Sociální fungování jako cíl intervence.....	32
4. Praktické využití SFBT v NRP – konkrétní případová studie	34
4.1. Diskuze	43
Závěr	47
Seznam použitých zkratk	49
Seznam použité literatury	49
Přílohy.....	53

Úvod

S pojmem Náhradní rodinné péče jsem se blíže seznámila před nějakým časem, kdy mí známí adoptovali kojence, a téma Na řešení orientovaného přístupu jsem znala jen teoreticky z dostupných českých materiálů. Zajímalo mě, jak tento přístup funguje v praxi. Zejména pak při hledání řešení v rodinách Náhradní rodinné péče, ať už v adoptivních nebo pěstounských, které musí řešit ještě spoustu dalších problémů, než jen biologické rodiny.

Práce je teoretického charakteru a zabývá se propojením témat Náhradní rodinné péče a Na řešení orientovaného přístupu (Solution Focused Brief Therapy), kdy cílem je teoreticky popsat možnosti aplikace Přístupu zaměřeného na řešení v rámci poradenství v Náhradní rodinné péči.

V první kapitole je nejprve popsána Náhradní rodinná péče, formy náhradní výchovy, do kterých náhradní rodinná péče patří, dále vliv historie na vývoj jednotlivých forem a v neposlední řadě zasazení kontextu vztahu rodičů a dětí, které spadají do některé z forem náhradní rodinné péče, druhá kapitola popisuje teoretické vymezení Na řešení orientovaného přístupu podle jeho autorů Steve De Shazera a Insoo Kim Bergové, jak se tento přístup vyvíjel v čase a jaký vliv a uplatnění má v dnešní době. Soustředí se také na pojem „problému“ a na jednotlivé techniky a principy, kterých je využíváno. Další dvě kapitoly mají poukázat na uplatnění Na řešení orientovaného přístupu a řešení problémů v rámci Náhradní rodinné péče. Píše se v ní o rolích sociálního pracovníka v práci s rodinou, jak vypadá samotná terapie a jak její techniky pomáhají při hledání řešení v adoptivních či pěstounských rodinách.

1. Náhradní rodinná péče

„Náhradní rodinná péče (dále NRP) je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. Tou je u nás zejména adopce (osvojení) a pěstounská péče.“ (Matějček a kol., 1999, s.31) Právní ukotvení náhradní rodinné péče najdeme v zákoně č. 94/1963Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

1.1. Formy náhradní výchovy upravené zákonem č. 94/1963 Sb., o rodině:

1.1.1. Ústavní výchova

Vzniká na návrh sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD) v situacích, kdy je výchova dítěte vážně narušena nebo ohrožena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo pokud rodiče nemohou nebo nechtějí výchovu dítěte zabezpečit. Vždy se zkoumá, zda nelze zajistit jinou formu NRP (ta má přednost před ústavní výchovou). Dítě může být také umístěno do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (§ 42 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů). Jednou z oblastí ústavní výchovy je také ochranná výchova podle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů. Jde hlavně o opatření, spojená s trestnou činností mladistvých (výchovné ústavy nebo dětské domovy se školou). (MSPV: 2013)

„Ústavní systém je nahraditelný v extrémních případech, ale měl by na tyto případy být i omezen. Většina dětí zůstává v ústavní péči, protože stávající jak právní, tak organizační systém není schopen najít dostatek zájemců o náhradní rodinnou péči a pěstounská péče je systematicky finančně znevýhodněna oproti ústavní.“ (Zoubková, P., 2003, str. 24)

1.1.2. Jednotlivé formy náhradní rodinné péče

1.1.2.1. Osvojení

Osvojeny mohou být děti tzv. právně volné, to znamená, že jejich rodiče dali souhlas (při přítomnosti rodičů osobně, písemně před soudem nebo příslušným orgánem OSPOD) k osvojení bez vztahu k určitým osvojitelům a to nejdříve šest týdnů po narození dítěte; soud určil tzv. absolutní nezájem rodičů o dítě, protože o něj neprojevili po dobu dvou měsíců od narození žádný zájem nebo tzv. kvalifikovaný nezájem rodičů o dítě, kdy rodiče neprojevili opravdový zájem po dobu nejméně šest měsíců; může jít také o situace, kdy soud zbaví rodiče rodičovské zodpovědnosti nebo rodiče dítěte zemřeli.

Osvojitelé jsou pak zapsáni do rodného listu dítěte (vztahy s biologickými rodiči zanikají) a mezi nimi a dítětem vznikají vztahy jako mezi rodiči a dětmi. Dítě také získá osvojitelovo příjmení a stává se součástí rodiny. Osvojitelé získávají rodičovskou zodpovědnost a vyživovací povinnost. (MPSV: 2009)

1.1.2.2. Pěstounská péče

Do pěstounské péče soud svěřuje takové děti, které nejsou tzv. právně volné a u kterých není zajištěna výchova ze strany jejich rodičů. Pěstoun o dítě pečuje a má přiměřená práva a povinnosti. O umístění dítěte do pěstounské rodiny rozhoduje soud na základě ustanovení ústavní výchovy (nerozhodují o tom rodiče dítěte). Vztahy s původní (biologickou) rodinou nezanikají, rodiče zůstávají zákonnými zástupci a mají i nadále vyživovací povinnost. Pěstounská péče je finančně podporována státem dávkami pěstounské péče podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů, a končí zletilostí dítěte.

Pěstounská péče může být uskutečňována jako tzv. individuální pěstounská péče, což znamená, že rodina přijímá mezi sebe do péče jedno dítě nebo malou skupinu dětí; a nebo jako tzv. skupinová pěstounská péče – obvykle bývá vykonávána v zařízeních, které zřizují krajské úřady, obce i nestátní subjekty.

Pěstounovi v tomto případě přísluší za vykonávání pěstounské péče odměna, posuzovaná jako mzda. Jsou vytvářeny malé skupiny dětí, ne více než desetičlenné, o které se starají manželské páry a žijí začlenění do normální populace. (Svobodová, M., Vrbovská, P., Bártová, D., 2001, str. 36-37) „Role pěstounů je poněkud jiná. Biologičtí rodiče dítěte jsou zpravidla známí a pěstouni by je měli pouze zastupovat, a to do doby, než se dítěte ujmou rodiče vlastní či než naleznou rodiče adoptivní.“ (Šturma, J. (2012) Tomuto umístění dítěte předchází návrh OSPOD. Dítě je svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu. Může jít o období, ve kterém rodič nemůže ze závažných důvodů dítě vychovávat, doba, po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením (nebo do rozhodnutí soudu o tom, že souhlas rodičů k osvojení není nutný), (podle § 68 zákona o rodině, ve znění pozdějších předpisů). Pěstouni jsou vybíráni podle právního předpisu zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a zařazováni do evidence. Pěstounská péče může být zrušena na základě rozhodnutí soudu a to z opodstatněných důvodů a nebo za situace, že o to sám pěstoun požádá. Soud nejméně jednou za tři měsíce přezkoumává důvody svěřeni do pěstounské péče, o kterých dříve rozhodl. Spolupracuje zejména s OSPOD. Dříve než soud začne rozhodovat o svěřeni dítěte do pěstounské péče, musí si nejprve vyžádat od OSPOD doporučení o vhodnosti pěstouna.

Pěstoun má povinnost o dítě pečovat, avšak využívá jen částečně práva a povinnosti rodičů. Nemá k dítěti vyživovací povinnost (ta je ponechána rodičům dítěte), nemá právo dítě zastupovat a spravovat jeho náležitosti, toto právo má jen v oblastech běžných věcí. „Cílem pěstounské péče jakožto instituce je poskytnout náhradní rodinné prostředí dětem, jestliže:

- a) nemohou dlouhodobě vyrůstat v prostředí rodiny tvořené jejich vlastními biologickými rodiči;
- b) ústavní (neosobní či málo personalizovaná) péče ohrožuje či narušuje jejich vývoj;
- c) nemohou být z nejrůznějších důvodů (právních, zdravotních, sociálních, psychologických) svěřeny do osvojení.“ (Matějček a kol., 1999, str. 35)

1.1.2.3.Pěstounská péče na přechodnou dobu

Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) je o institut, který se v České republice začal rozvíjet od roku 2012 v rámci Individuálního projektu „Systémová podpora procesů transformace systému péče o ohrožené děti a rodiny“ Ministerstva práce a sociálních věcí. Měl by sloužit dětem po nezbytně dlouhou dobu, avšak relativně krátkou, přechodnou. Jde o rodinnou péči, podporovanou státem, o níž rozhoduje na návrh OSPOD soud a ten také každé tři měsíce přezkoumává, jestli důvody stále přetrvávají nebo jestli tato péče naplnila svůj účel.

„PPPD je určena pro děti, které náhle nemohou vyrůstat ve své rodině. Jde o specifickou skupinu pěstounů, kteří by měli být odborně připraveni, supervidováni a pravidelně odborně školeni. Mezi rodinami a kompetentním úřadem existuje smlouva o typu a délce pobytu dítěte v rodině. Pěstouni na přechodnou dobu pomáhají dítěti ve spolupráci s OSPOD vrátit se domů nebo přejít do jiného typu péče (adopce, pěstounská péče dlouhodobá, zpět do biologické rodiny aj.)“ (MPSV: 2011, str. 24)

1.1.2.4.Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Hlavní podmínkou je výběr osoby v zájmu dítěte; tato osoba musí být zárukou řádné výchovy. Při výběru dává soud přednost příbuzné osobě (nejčastěji jde o prarodiče dítěte), určí rozsah práv a povinností k dítěti, avšak rodiče i nadále zůstávají zákonnými zástupci dítěte. Důvody pro tuto formu NRP mohou být například nemoc rodičů, jejich výkon trestu odnětí svobody nebo pobyt v cizině. (MPSV: 2009)

1.1.2.5.Poručenství

Soud ustanovuje poručníka dítěti v případě, že rodiče nezletilého dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti (nebo byla jejich rodičovská zodpovědnost pozastavena) nebo nejsou nositeli rodičovské zodpovědnosti, protože nemají způsobilost k právním úkonům. Poručník dítě zastupuje, ale i spravuje jeho majetek místo rodičů. Má všechna práva i povinnosti náležící rodičům – nemá však vyživovací povinnost a je pod dohledem soudu. S tím je také spojen fakt, že soud

musí schválit jakákoliv rozhodnutí poručníka v podstatných věcech, týkajících se dítěte. Poručenství zaniká dosažením zletilosti dítěte. (Adopce.com: 2010)

1.2. Rodičovská zodpovědnost

Podle Zákona o rodině je rodičovská zodpovědnost souhrnem práv a povinností k nezletilému dítěti. Rodiče se starají o faktickou péči (zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj dítěte), nezletilé dítě zastupují a spravují jeho jmění. Tato zodpovědnost o dítě náleží oběma rodičům ve stejné míře. Pokud jeden z rodičů není znám, zemřel nebo nemá způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, rodičovskou zodpovědnost přebírá druhý z rodičů. (§ 31 - 34 zákona o rodině, ve znění pozdějších předpisů)

Existuje také institut poručenství, který má chránit nezletilé dítě v situaci, kdy nemá plnou způsobilost k právním úkonům s ohledem na svůj věk.

Jinou situací je pak podle občanského zákoníku (§ 8 a 9 občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů) to, že rodiče zastupují své dítě v právních úkonech, ke kterým není plně způsobilé. Pokud rodiče nemohou dítě zastupovat, je mu soudně stanoven opatrovník.

1.3. Výchovní opatření (od § 41)

Jsou to taková opatření, která omezují rodičovskou zodpovědnost. Toto rozhodnutí může učinit jedině soud a to v případě, že ve výchově dítěte dochází k nějakým nedostatkům nebo k jeho ohrožení. Soud (pokud tak neučiní dříve orgán sociálně právní ochrany dětí - OSPOD) činí tato opatření: může napomenout nezletilého, jeho rodiče nebo další osoby, které nějak narušují řádnou výchovu dítěte; nad nezletilým stanoví dohled, spolupracuje při tom se školou, občasnými sdruženími v místě bydliště dítěte nebo s dalšími pracovišti; uloží nezletilému omezení, aby bylo zamezeno působení škodlivých vlivů (navštěvování podniků a zábav, nevhodných pro nezletilého). (§ 43 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů)

V případě, že ve výkonu rodičovské zodpovědnosti brání nějaká překážka, může soud pozastavit tuto rodičovskou zodpovědnost, vždy v zájmu dítěte. Soud také ustanoví, k jakým oblastem se omezení vztahuje. Pokud rodič zneužívá svou rodičovskou povinnost nebo ji zanedbává, soud jej rodičovské zodpovědnosti zbaví úplně. (Jde i o případy, kdy se rodič dopustí trestného činu na dítěti, dítě mladší patnácti let použije k trestnému činu a další, soud vždy posuzuje závažnost a důvody). (§ 44 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů)

Pokud je to v zájmu dítěte, může soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osobě než rodiči. Tato osoba musí být zárukou řádné výchovy dítěte a s výchovou musí souhlasit. O výběru vhodné osoby rozhoduje soud, nejprve se vždy snaží nalézt osobu v příbuzenském vztahu k dítěti. Soud také vymezuje této fyzické osobě k dítěti práva a povinnosti. (§ 45 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů)

1.4. Historie NRP

„Přijetí cizího dítěte za vlastní, upravené dnešním právním řádem, má ve své dávné historii zřejmě jednu zřetelnou tendenci hluboce zabudovanou do biopsychické výbavy, s níž lidský rod vstupuje na vývojovou scénu – totiž schopnost přijmou nejen vlastní dítě, nýbrž i dítě cizí a pečovat o ně.“ (Matějček a kol., 1999, str. 15)

V historii lidstva můžeme zaznamenat několik tendencí, které se vztahují k současné náhradní rodinné péči. Ať už to byly tendence ochranné, kdy lidé přijímali cizí dítě do své rodiny, zabezpečili jej a pomohli mu v situaci, kdy jeho biologičtí rodiče nebyli výchovy schopní, tak tendence zbavovat se všech nechtěných dětí usmrcením.

1.4.1. Historické fáze

Jako první bylo zákonnou formou podloženo osvojení a to už v období starého Říma. Zákonem byl stanoven vztah mezi osvojitelem a osvojencem podobně jako mezi vlastním dítětem a jeho rodičem. Byl také inspirací a podkladem pro téměř všechny současné evropské právní řády.

První fáze byla v období Starého Říma. Primárně se sledoval zájem osvojitele a to především ve vyšších vrstvách společnosti. „Formu zákona nabylo osvojení patrně nejdříve ve starém Římě již v době republiky. V zákoně se praví, že „adoptio naturam imiatur“, čímž je vyjádřeno, že vztah mezi osvojencem a jeho osvojitelem je podobný vztahu mezi vlastním dítětem a jeho rodiči.“ (Matějček a kol., 1999, str. 16-17).

Druhou fází označujeme v období konce 18. století (středověk a novověk), hlavní roli zde hraje křesťanský postoj milosrdenství k opuštěným dětem, který postupně vyvrcholil až k vytváření nalezinců a útulků. Odtud byly děti předávány do pěstounských nebo adoptivních rodin. I přesto, že se šlechta a bohatší vrstva ujímá těchto dětí, jde zejména o zjištěné důvody.

Třetí fáze se datuje v době osvícenství, kdy do popředí vstupuje racionalismus. Začíná se rozmáhat budování nalezinců a útulků ještě ve větší míře hlavně v souvislosti s tendencí mluvit o lidských právech. Rozvíjí se ústavní výchova, kdy má jít o záchranu života dítěte a následně jeho řádnou výchovu. Tyto nalezince byly předchůdci dnešních záchranných dětských domovů. Zdravé dítě mohlo být po dobu osmi dní s matkou v nalezinci, poté byla snaha o předání pěstounce (dříve zastávala i roli kojné). Tendence byla dítě co nejdříve umístit do rodiny – do placené pěstounské nebo do osvojení. Tehdejší lidé totiž nechtěli, aby dítě muselo žít v ústavním zařízení nebo aby bylo dokonce zabito.

V období preromantismu, romantismu byly hlavními argumenty humanita a filantropie. Potencionální uchazeči byli pouze bezdětní zámožní manželé a pěstouni, kteří si dítě nechali více jak 6 let, aby nemuselo být navraceno do nalezince.

Čtvrtá fáze je připisována období první republiky. Po vzoru Napoleona začal český stát adoptovat válečné sirotky, větší zájem se začíná soustřeďovat na dítě. Doba po druhé světové válce může být označena jako pátá fáze. Dochází ke změně smýšlení a ústavní výchova je upřednostňována před výchovou v rodinách. Až v roce 1963, kdy byl vydán zákon o rodině, je rodina opět stavěna do hlavní role, začíná se podporovat pěstounská péče a osvojení a vyvíjí se další formy náhradní péče o dítě. (Matějček a kol., 1999, str. 25-30)

Za předchůdce pěstounů jsou považovány ženy, které zastávaly role kojných. Šlo o službu placenou nebo kompenzovanou materiálními výhodami a své počátky má už v době starověkého Řecka a Říma. Kojná (chůva) byla také součástí šlechtických a bohatých sídel. „Plat pěstounky byl vzhledem k věku dítěte „sestupný“, a nikoliv, jak by bylo logické a jak je tomu dnes, vzestupný.“ (Matějček a kol., 1999, str. 27)

Pěstounky byly většinou prosté ženy a výchova dětí probíhala v prostředí chudých vesnic. Jako dozorcí byli stanoveni lékaři. Po ukončení šestého roku muselo být dítě vráceno zpět do ústavu, i když byla pěstounka ochotna se o něj dál starat.

1.5. Vztah mezi náhradními rodiči a dětmi

Mluvíme-li o náhradní rodinné péči, setkáváme se většinou se situacemi, kdy dítě přichází do náhradní rodiny z důvodu nějakého problému v rodině předchozí. V mnoha případech se setkáváme se vztahovými problémy. Rodinná výchova by měla především sloužit k vytváření citových vazeb mezi rodiči a dětmi, které pak slouží k uspokojování základních psychických potřeb. Jak říká PaedDr. Petra Pávková, rodinná konzultantka z Institutu náhradní rodinné péče, „Ty děti se vinou toho, že byly rodiči odmítnuty a nevytvořily si základní bezpečné vazby, chovají jinak,..., Každé z těchto dětí potřebuje pozornou individuální péči, aby se vzpamatovalo z toho, co má za sebou,“ zdůrazňuje Petra Pávková.“ (Scheinostová, 2012)

1.5.1. Základní psychické potřeby dětí

Každé dítě má své individuální potřeby. Jejich rozvoj je závislý na prostředí, ve které dítě vyrůstá. I přesto můžeme vymezit základní potřeby, které jsou pro všechny děti stejné. Za prvé je to potřeba přívodu podnětů (stimulace) – v náležitém množství, kvalitě a proměnlivosti. Dítě je aktivizováno, jsou mu nabízeny nové podněty k jeho dalšímu rozvoji. Za druhé potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. potřeba smysluplného světa. Dítě se musí naučit vnímat ve věcech řád a smysl, což mu následně pomáhá k tomu, aby se mohlo učit novým věcem, přizpůsobovat se situacím a nabývat zkušeností. Třetí je potřeba životní jistoty, která se uskutečňuje především v základních citových a sociálních vztazích. Dává nám smysl a cíl v aktivitách, které děláme, naplňuje se zejména prostřednictvím mezilidských vztahů. Pomáhá nám překonávat nejistotu a úzkost. Čtvrtá je potřeba pozitivní identity, tj. vědomí vlastního „já“ a vlastní společenské hodnoty. Prostřednictvím toho si vytváříme sebeúctu a patřičné sebevědomí a zařazujeme se tak do společnosti. Pátá je potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy. Tyto potřeby nejsou definovány pouze v dětském věku, ale provází nás po celý náš produktivní život i stáří. Doplněné potřeby pak vyplývají z našeho kulturního prostředí, výchovy, z našeho osobnostního nastavení – charakteru, dalších osobnostních rysů a z našeho životního příběhu, který si každý s sebou neseme. (Matějček, Dytrych, 1992, str. 35 - 37)

Vztahu rodičů a dětí předchází přijetí dítěte. „Obecně panuje laická představa o všeobsáhlé, neomylné mateřské lásce, která přijímá dítě jakékoliv a za jakýchkoliv podmínek – bez výhrad, bezpodmínečně. Klinická zkušenost se však bohužel s touto představou mnohdy rozchází.“ (Matějček, Dytrych, 1992, str. 37) Ať už pěstouni nebo osvojitelé, obojí mají nahrazovat dětem to, čeho se jim v původní rodině nedostalo.

1.5.2. Postavení náhradních rodičů a vnímání dětí

S rolí nevlastního dítěte se děti vyrovnávají v jednotlivých věkových obdobích různě. Prožitky z předchozí rodiny děti vnímají už od útlého věku a mohou

je tak následně ovlivňovat. Už v kojeneckém věku je dítě schopno vnímat svoji základní potřebu jistoty, rozlišovat nezvyklé chování svých nejbližších. Dítě také zaznamenává, pokud jeho nejbližší nejsou vnímaví k jeho projevům a signálům negativních prožitků, tak i k prožitkům a projevům pozitivním. Vytváří si citový vztah k blízké osobě, který formuje jeho důvěru v něj a také do budoucna v další lidi. Pokud se v dítěti formuje nedůvěra vůči blízké osobě, odrazí se to později na vztahu k dalším lidem v jeho okolí. Od druhého roku si dítě více uvědomuje příslušnost ke skupině (rodině), ve které vyrůstá a k lidem, s nimiž je v kontaktu. „Získává tedy tzv. rodinnou identitu.“ (Matějček, Dytrych, 1992, str. 76)

Mezi rodiči a dětmi vznikají vztahy a vazby. Prvním z nich jsou citové vztahy mezi matkou a dítětem před narozením dítěte. Další vazby vznikají v prvních měsících a letech života. Oddělení nebo nedostatečné prohlubování tohoto vztahu může vyvolávat reakce v chování dítěte (projevy stresu, úzkosti a psychické deprivace). Vazba mezi dětmi a rodiči se následně vyvíjí po celý život. (Šporcová, Winkler, 2003, str. 55-56)

Dítě vnímá samo sebe jakou součást skupiny a zároveň poznává vztahy. To se netýká pouze vztahů k němu samotnému, ale také jednotlivých členů k sobě navzájem. V předškolním věku se dítě začíná setkávat se skupinou svých vrstevníků. Podle sociologa George Herberta Meada je dítě schopno přejímat role v interakci a představitosti. „Takto nespontánně vzniklá vrstevnická skupina získává ale postupně relativní autonomii i od školy jako od „rodičovské“ instituce. Generuje v interakci s médii své vlastní hodnoty, vzorce chování a priority, a skrze ně pak vnímá působení všech ostatních socializačních vlivů.“ (Možný, 2006, str. 164)

Dítě je schopno kontaktu se svými vrstevníky prostřednictvím hry, dokáže se společně s nimi smát i projevovat soucit a začíná si budovat základy přátelství. To však nevyklučuje kontakt a vztah s rodinou, která dítěti dává pocit jistoty a zázemí. Ve školním věku dítě prohlubuje socializaci ve vrstevnické skupině a začíná více vnímat konkurenci mezi jednotlivými kamarády a spolužáky, mnohem citlivěji reaguje na odlišnosti v chování druhých, než na jaké bylo zvyklé a všímá si nesrovnalostí. Právě

proto je citlivější jak k rodinným situacím zvláště v oblasti neshod a negativních projevů ve vztazích, tak i ke změnám ve složení rodiny. Dokáže chápat, co to znamená „být nevlastní“. Dítě si buduje svoji identitu a budoucí životní role, je proto důležité, aby mělo v rodině k dispozici vzory jak mužské, tak ženské. „Identita je věcí vývoje, ba možno říci celoživotního vývoje.“ (Matějček, 1992, str. 211)

Díky budování identity si také děti začínají uvědomovat časovou kontinuitu mezi svou minulostí a budoucností. Ve věku od 12 do 15 let dochází k prohlubování uvědomění si sama sebe, svých pocitů a myšlenek, dítě intenzivněji vnímá a prožívá svou pozici „nevlastního dítěte“. Dítě v tomto věku dokáže podle svých vnitřních prožitků posoudit chování a prožívání lidí ve svém okolí. „Poradenská zkušenost říká, že děti na dospělých ve své blízkosti nyní nejvíce oceňují *upřímnost a statečnost!*“ (Matějček, Dytrych, 1992, str. 79)

V období od puberty do zralosti je typická touha po tom osamostatnit se od rodičů. Mladí lidé se začínají formovat do budoucího života, přijímají nové role jako je role partnerky, partnera, popřípadě rodiče. Toto budování rolí je ovlivněno jejich předchozím vývojem a také prostředím, ve kterém vyrůstali, a to převážně v oblasti sociální a emocionální. (Matějček, Dytrych, 1992, str. 75-79)

Rodiče mají důležitou roli ve vývoji a budování identity dítěte. Zvláště v náhradní rodině je potřeba, aby rodiče opravdu přijali své rodičovství a pomáhali dítěti v tom, co nejvíce potřebuje. Je potřeba přijmout dítě takové, jaké je, bez předsudků a podmínek. Převládá zde model psychologického rodičovství, kdy rodič své dítě nezplodil, ale přesto dítě přijímá „za své“ tzn. jako členy rodiny, kterou společně budují (v případě osvojení i s právními náležitostmi). Sdílením života a rodičovským přijetím tak rodiče vytváří dítěti prostor, aby se mohlo na ně citově navázat a aby byly uspokojovány jeho potřeby. Pro náhradní rodiče je důležitá trpělivost, protože jejich cesta k dítěti bývá náročnější, než je tomu u biologických rodičů, a především přijetí identity náhradních rodičů. S tou potom mohou pracovat na přijetí pozitivní identity adoptovaného dítěte, dítěte v pěstounské péči. V komunikaci s dítětem je také potřeba nezatajovat informace, s nimiž by mělo být

srozuměno především dítě. „To proto, aby nebylo zaskočeno informacemi, kterým nerozumí a které mohou neblaze poznamenat jeho vztah k rodinným vychovatelům.“ (Matějček a kol., 1999, str. 94)

Rodič by se měl také připravit na to, že dítě má jiné povahové rysy, než má on sám, popřípadě jiné intelektové schopnosti nebo další mentální funkce. Neznamená to, že by se je měl snažit v dítěti nějak potlačovat nebo přetvářet, ale snažit se dítěti porozumět. Příliš velká očekávání mohou vést ke zklamání, které ovlivňují jak rodiče, kteří mohou cítit vinu za špatnou výchovu, tak se odráží především na pocitech a poruchách chování dětí. S tím je také spojeno respektování minulosti dítěte a jeho historie. Dítě by mělo vědět o svých rodičích (u pěstounů je spolupráce s rodiči dítěte nezbytná), aby správně budovalo svoji identitu. Mělo by vědět o své minulosti a o důvodech, proč nemůže být ve své biologické rodině, popřípadě proč bylo svěřeno do péče pěstounů. (Matějček a kol., 1999, str. 94-96)

1.6. Jaké děti se nejčastěji dostávají do NRP

„Do náhradní rodinné péče se z největší části dostávají děti tzv. sociálně osiřelé. Sociálně osiřelé jsou proto, že své biologické rodiče sice mají, ti se však o ně z nejrůznějších důvodů buď neumějí, nemohou nebo nechtějí starat.“ (Bajer, 2003, str. 3)

Může jít o děti rodičů, kteří jsou závislí (na alkoholu, drogách, návykových látkách), osobnostně málo schopní nebo takoví, kteří sami neměli funkční rodinu nebo prostředí. Děti mohou mít více zdravotních nebo i psychických problémů, genetické predispozice nebo znaky deprivace. Může jít také o děti, narozené nezletilým rodičům, mimo manželství nebo děti, které své rodiče ztratily. (Bajer, 2003, str. 3-7)

1.7. Situace v České republice

Počet dětí žijících v pěstounské a poručenské péči - včetně dětí v pěstounské či poručenské péči u prarodičů nebo jiných příbuzných či blízkých osob - podle MPSV

10 203 dětí k 31. 12. 2011 (z toho 7 460 dětí v pěstounské péči, 3 děti v pěstounské péči na přechodnou dobu, 2 740 dětí v osobní péči poručníka)

Počet dětí svěřených do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče (§ 45 zákona o rodině)

4 773 dětí k 31. 12. 2011

Počet osob, které mají svěřeno alespoň jedno dítě do pěstounské péče (pozn. Střediska NRP – za pěstouna/pěstounku se podle výkazu považuje také osoba, která má dítě v osobní péči poručníka)

9 302 osob k 31. 12. 2011 (z toho 4 722 prarodiče, 1 511 jiný příbuzný, 3 083 cizí)

Počet dětí svěřených do jedné pěstounské rodiny (pozn. Střediska NRP - také do osobní péče poručníka)

1 dítě - 5487 rodin, 2 děti - 1195 rodin, 3 děti - 333 rodin, 4 děti - 123 rodin, 5 dětí - 40 rodin, 6 dětí – 12 rodin, 7 a více dětí - 13 rodin

(Středisko náhradní rodinné péče: 2009 - 2011)

2. Přístup zaměřený na řešení (SFBT)

Přístup zaměřený na řešení (z anglického „solution-focused brief therapy“), dále jen SFBT, je jeden z tzv. systemických (postmoderních přístupů), který vytvořil v USA Steve de Shazer, Insoo Kim Berg a další jejich kolegové z BFTC - Brief Family Therapy Center v Milwaukee (USA). Přístup je založený na hledání řešení, místo rozebírání a analyzování problému a jeho příčin a tím i jeho prohlubování. Během krátkého období se rozšířil do všech různých oblastí v poradenství, managementu, supervizi, koučování, vzdělávání atd. Inspirací pro SFBT byl fenomenální terapeut Milton H. Erickson. (Dalet: 2010 – 2011)

2.1. Solution-focused brief therapy – SFBT

Terapie zaměřená na řešení vzniká v 80. letech 20. století v USA. Je to přístup v rámci krátké terapie. Má kořeny v systemické teorii, především v rodinných terapiích popisovaných v dílech Milтона H. Ericksona. Přístup se vyvíjel hlavně pomocí výzkumů a pozorování, kdy si terapeuti všimli otázek, chování, emocí, které uschopňovaly klienty k vytváření řešení a uplatňování řešení v jejich životech.

SFBT je řazena mezi systemické terapie a to především proto, že se zde pracuje ze systémy – do terapie často vstupují páry nebo i celé rodiny; řešení, po nichž se pátrá, jsou interakční, to znamená, že problémy nebo výjimky v nich zahrnují i další lidi, než jen samotného klienta (členy rodiny, spolupracovníky, partnery, přátele, atd.); v neposlední řadě také pracuje s malými změnami jako s odrazovými můstky pro změny větší (transakční, systemické). (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 16-18) „Solution-focused brief therapy is based on the optimistic assumption that people are healthy, competent, resourceful, and possess the ability to construct solutions that can enhance their lives.“ *(Na řešení orientovaný přístup je založen na optimistickém předpokladu, že lidé jsou zdraví, kompetentní, vynalézaví, a mají schopnost vytvořit řešení, která mohou zlepšit jejich životy)* (Corey a Corey, 2007, str. 141)

SFBT se dá využít a aplikovat v práci s téměř všemi typy problémů, a to zejména v rodinné terapii, párové terapii, terapii sexuálního zneužívání, zneužívání omamných látek, sexuální terapie, při léčbě schizofrenie. SFBT je ale také aplikována a užívána v oblastech sociálních služeb, ve vzdělávání i oblastech rozvoje manažerských dovedností. Můžeme ji používat na velké množství různých problémů, ale je potřeba, aby měl terapeut měl zkušenosti a dovednosti, aby mohl terapii dobře vykonávat. SFBT se zaměřuje na cíl především způsobem krátkodobé terapie. Předpokladem je udržování trvalé důvěry v klientovu schopnost uvědomit si, co je pro ně nejlepší a společně pak vytvořit efektivní plán, jak těchto cílů dosáhnout. (Trepper, Dolan, Mc Collum, Nelson, 2006, str. 133-139)

2.2. Předchůdci SFBT

Milton H. Erickson

Milton H. Erickson byl americký psychiatr, nevěřil v diagnostiky, ale v sílu lidí řešit své problémy. Bylo pro něho charakteristické, že se snažil využívat v prospěch klienta všechno, co bylo k dispozici. Nějaká náhodná vlastnost nebo událost v klientově životě mohla být součástí řešení.

On sám uměl své ochrnutí využít k tomu, že se naučil více pozorovat druhé lidi, dokázal svou nevýhodu proměnit v přednost.

Gregory Bateson

Gregory Bateson byl anglický antropolog, který zastával názor, že vývoj problému a jeho řešení je spojený se sociálními systémy, ve kterých lidé žijí. Zahájil tzv. Batesonův projekt, což byl výzkumný projekt zaměřený na komunikaci. Zde se sledovaly se a analyzovaly nahrávky práce slavných terapeutů, jako jsou Milton H. Erickson nebo Don Jackson.

The Mental Research Institute – Institut duševního výzkumu

Tento institut v Palo Alto v Kalifornii byl založen v roce 1958 Donem Jacksonem a byly zde vyvíjeny nové přístupy v terapii. V roce 1966 zde založili Fisch, Weakland a Watzlawick „Centrum krátké terapie“, kde vyvinuli kratší a efektivnější přístup, více orientovaný na cíl. Proměna pohledu na formu terapie byla

zvláště v pohledu na klienta ne jako na pacienta, ale na partnera. To, co klient řekl, brali vážně. Nehleděli příliš na příčiny problému, ale na to, že je důležité najít řešení pro to, co je tady a teď. (Trepper, Dolan, Mc Collum, Nelson, 2006, str. 133-139)

2.3. Zakladatelé SFBT

Za tvůrce SFBT je považován Steve de Shazer (25. 6. 1940 - 11. 9. 2005) a jeho manželka a kolegyně Insoo Kim Berg (25. 7. 1934 - 10. 1. 2007).

Steve de Shazer dlouhou dobu studoval Ericksonovy videonahrávky a také další práce (kasuistiky) a podle nich i se svými kolegy z BFTC tvořil vlastní terapeutický styl. Byl také spoluzakladatelem a ředitelem (v letech 1978- 1989) BFTC v Milwaukee a pracoval zde také jako člen výzkumného týmu. Od osmdesátých let se svou ženou pracovali na rozvoji a formování přístupu SFBT. „Steve byl členem Americké asociace manželské a rodinné terapie, člen Rady Evropské asociace krátkodobé terapie (EBTA) a od roku 2002 až do své smrti byl prezidentem americké Asociace terapie zaměřené na řešení (SFBTA).“ (Trepper, Dolan, Mc Collum, Nelson, 2006, str. 133-139)

Steve de Shazer společně s Bradfordem Keeneyem, Paulem Dellem a dalšími byli průkopníky tzv. „systemického myšlení“, to znamená, že změnu nejde předem naprogramovat, ale jde spíše o improvizaci, terapeut není závislým vnějším pozorovatelem, ale je součástí systému. De Shazer chtěl a trval na tom, aby terapie byla co nejkratší a nejjednodušší, avšak jak sám říká: „terapie zaměřená na řešení je jednoduchá, ale nikoliv snadná“. (Zatloukal, nedatováno)

2.3.1. Pokračovatele SFBT

Pokračovatele můžeme najít po celém světě, jsou jimi například Bill O'Hanlon – vytvořil vlastní způsob práce terapie orientované na řešení a později potom „terapii možností“(Possibility therapy), snažil se více pracovat s emocemi a v SFBT spojoval s metodou hypnózy; Scott D. Miller – vytvořil vlastní směr – „client-directed, outcome-informed approach; Harry Korman - mnohaletý spolupracovník a přítel

Steva de Shazera a Insoo Kim Berg, zakladatel institutu SIKT v Malmö (Švédsko); Ben Furman - Spolu s Tapanim Aholou vytvořil vlastní metodiku SF koučování (Retearming), práce s dětmi (Kids' Skills) a utváření firemního prostředí (Twin Star a Cooperation); a mnozí další. (Dalet: 2010 - 2011)

2.4. Uplatnění SFBT

De Shazer se snažil o prosazení a růst SFBT. Založil a vedl dvě SFBT asociace, které měli hlavní cíl v praxi, výcviku a výzkumu po celém světě. Jsou to European Brief Therapy Association - EBTA (Evropská asociace krátkodobé terapie), vznikla v roce 1994. Druhá je založena pro oblast Severní Ameriky, Solution Focused Brief Therapy Association – SFTA (Asociace krátké terapie zaměřené na řešení), založená v roce 2002. (Trepper, Dolan, Mc Collum, Nelson, 2006, str. 133-139)

SFBT nemusíme označovat jen jako terapii, protože by to mohlo pro někoho znamenat problém v hledání tohoto druhu pomoci (především nucenost do nějakého nového modelu terapie), ale také myšlenky, vedoucí k přemýšlení, nebo cestu k tomu, jak mluvit s lidmi. (Winbolt, 2011, str. 12)

Kroky vedoucí k SFBT jsou poměrně jednoduché na naučení, o to však složitější v uvádění do praxe. SFBT poskytuje cestu, jak se dostat z problému a dilemat v životě klienta. Jednotlivé kroky klienta uschopňují k tomu, aby nepopisoval své vnitřní prožitky, myšlenky a pocity spojené s minulostí, ale zaměřuje se na tyto hlavní body ve svém životě – jeho silné stránky a schopnosti, na přítomnost a budoucnost a jeho dosažený úspěch a pokrok. „Since SFBT encourages a practical, active and „how to“ stance in seeking solution rather than a theory-driven analysis of problems, becoming solution focused requires a shift in thinking.“ (Vzhledem k tomu, že SFBT vybízí k praktickému a aktivnímu postoji při hledání řešení, spíše než k teoreticky řízeným analýzám problémů, stává se toto soustředění na řešení posunem v myšlení.) (Wimbolt, 2011, str. 20)

2.5.Problém v SFBT

„Klient stojí před pomyslnými zamčenými dveřmi, za nimiž ho čeká spokojený život. Pokud si chce dveře otevřít, pak nepotřebuje dopodrobna zkoumat zámek (z jakého je kovu, jestli má ochrannou vložku...), ale především potřebuje najít klíč, který do něj pasuje. Zámek je problém, klíč je řešení.“ (De Shazer, 1993)

I když se hovoří o tom, že SFB terapie nepovažuje řešení problému za svou součást, je i přesto potřeba vytvořit problému určitý prostor. Když terapeut zjišťuje, jak by se měla situace klienta změnit, ptá se na popis stavu a rozdíl mezi problémem a tím, jak by to klient sám chtěl (život bez problému). Rozdíl je však v tom, že terapeut nechce od klienta slyšet detailní a bohatý popis problému, naopak. Soustředí se na to, aby klient hledal, popisoval a rozebíral možná řešení. Dalším důvodem, proč hledat řešení a neupínat se na problém je fakt, že pokud se neustále bavíme o problému, může dojít ke stereotypnímu myšlení a vnímání, které může způsobit neschopnost vnímat možná řešení a cesty ven z problému.

Jakmile klient začne popisovat svá možná řešení, může si snadněji všimnout i cest, jak je dosáhnout. „Například nálepka „deprese“ může představovat všezahrnující popis, který vede jedince, aby se zaměřoval především na doklady toho, že vskutku má depresi..., kdežto myšlenky, v nichž projevoval naději v budoucnost, malé úspěchy, uspokojivé interakce a chvíle spokojenosti buď zcela ignoruje, nebo je zlehčuje jako naivní či nespolehlivé, protože nepotvrzují popis deprese.“ (De Shazer, Dolan, 2011, a kol., str. 218)

Když terapeut pomáhá klientovi vytvářet popis řešení, ukazuje mu, že pozitivní aspekty (výjimky) nemusí zlehčovat a že mají velkou váhu. Můžou být také důkazem toho, že řešení začíná fungovat. (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 217-219)

SFBT je založena na vzájemné spolupráci a tvoření obou stran expertů – jak terapeuta, který je expertem na vedení rozhovoru, tak klienta, který je expertem na svůj život (v případě rodinné terapie tím zahrnuje celou tuto rodinu jako celek). Společně hledají, co by chtěl klient změnit a čeho se vyvarovat. Terapeut i klient tak

mohou vytvořit lepší a efektivnější řešení, než kdyby na něm klient pracoval sám. Základem rozhovorů s klientem je pokládat otázky kreativně a nacházet tak způsob, který funguje právě u tohoto konkrétního klienta a tím najít odrazový můstek pro možnou změnu v jeho životě. Hledáním výjimek, kdy problém vůbec nebyl nebo ho klient nepocíťoval nebo kdy klient dokázal fungovat, aniž by ho problém omezoval. Poukázání na situace, kdy se problém neobjevoval, může pomoci ukázat klientovi, že ho problém zase tolik nepohlcuje, jak si původně myslel. Tento fakt klienta uschopňuje ke změně. Sám se potom stává silnějším ve vytváření své vlastní cesty ven z problémů a překonávání dalších životních zkoušek. (Winbolt, 2011, str. 22-23)

Steve de Shazer ukazuje smysl SFBT na příkladu. Představte si, že jste půl hodiny mluvili s panem A. o všech problémech v jeho životě. Budete se zaměřovat na jeho pocity a depresivní prožívání. Jak se po této půl hodině budete cítit? Výsledek pro terapeuta je takový, že bude přesycen všemi těmito negativními aspekty, bude zmatený a bezradný. A když si představíte, že se takto cítí terapeut, jak se asi musí cítit klient? Potom ukazuje druhý příklad. Představte si, že jste půl hodiny mluvili s panem B. o všech věcech, které v jeho životě fungují, a budete se zaměřovat na jeho prožívání úspěchu. Jak se po této půlhodině budete cítit? (De Shazer, 1994, str. 66-67) V počátcích rozvoje SFBT se museli terapeuti učit hlavně z výzkumů a zkušeností se svými klienty. „The SFBT team members emphasised the importance of learning from the client how to do the work.” (*Členové SFBT týmu zdůrazňují důležitost učit se od svých klientů, jak správně dělat svoji práci.*) (O’Connel, 2005, str. 8)

SFBT pomáhá klientům v objevení faktu, že jejich život není naplněn pouze problémy, ale že existují chvíle, kdy jsou silní, cítí se dobře a sebevědomě a jsou schopni sami řešit situace, které nastanou. Terapeut se ptá klienta na takové chvíle a pomáhá mu v tom, aby se s problémy uměl efektivně vypořádat. Poukazuje na mechanismy, které fungují a mohou tak být v budoucnu opět využity. Terapeut také sleduje chvíle, kdy problém zahlcuje klienta a sleduje v nich stopy výjimek nebo mechanismy zvládnutí. Ty pak dál s klientem v rozhovoru rozvíjí. (Neukrug, 2010, str. 431)

2.6. Principy a techniky v SFBT

2.6.1. Několik hlavních principů SFBT

Když to není rozbité, nespravuj to. Pokud neexistuje problém, není potřeba, aby byla terapie. „The solution-focused approach makes no assumption about underlying issues and does not look to change behaviors that the client has not identified as problematic.“ (Na řešení orientovaný přístup nestaví na předpokladu souvisejících problémů a nedívá se na změnu chování, kterou klient neidentifikoval jako problematickou.) (Neukrug, 2010, str. 433)

Když to funguje, dělej toho víc. Role terapeuta je v povzbuzování klienta v tom, co už funguje, a v pomoci udržet změny, kterých se mu podařilo dosáhnout.

Když to nefunguje, dělej něco jiného. Pokud v klientově životě nebo při terapeutické práci něco nefunguje, není smyslem stále to opakovat, dokud to nezafunguje, ale opustit to a najít jiné fungující řešení.

Malé kroky mohou vést k velkým změnám. SFBT stojí na přesvědčení, že jakákoliv malá změna může vyvolat další větší změnu. „Když se zeptáme klientů, jak si všimnou toho, že jsou o krok blíže uskutečnění zázraku, není možné, aby řekli, že bychom to měli vědět my. Pouze klient může vědět, co by pro něj bylo znamením pokroku.“ (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 100)

Řešení se nutně nemusí vztahovat k problému. Důležitým bodem je rozvíjet to, co má být v životě klienta jinak. I když mohly být v chování klienta nějaké negativní aspekty, které ho ovlivnily, SFBT se zaměřuje především na přítomnost a budoucnost a na hledání řešení, ne rozvíjení problému.

Jazyk užívaný k rozvoji řešení se odlišuje od jazyka, jímž se popisuje problém. V jazyce popisujícím řešení se objevuje více prvků pozitivních (nadějných) a takový jazyk poukazuje na pomíjivost problému.

K žádným problémům nedochází neustále; vždy existují výjimky, kterých lze využít. Lidé mohou mluvit o výjimkách svých problémů, které vedou k malých změnám. (Zatloukal, nedatováno)

Budoucnost lze vytvářet i o ní vyjednávat. Lidé nejsou uzamčeni ve svých předchozích životních rolích. Lidé si mohou svůj život vytvářet podle svých představ a budoucnost je nadějná. (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 16-18)

2.6.2. Práce Dalet

Dalet je známý český tým koučů, terapeutů, supervizorů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení. Staví na technikách a principech zakladatele Steve de Shazera a Insoo Kim Bergové a jejich dalších pokračovatelů.

Do své práce vkládají další prvky, např. nové způsoby práce s metaforou, prožitkové techniky, práci s myšlenkami, externalizaci, obohacují svůj přístup o podněty z postmoderního spolupracujícího přístupu. Zároveň však dbají o to, aby jednotlivé techniky nebyly jen používány eklekticky, ale byly ukotveny v jednotící filosofii SFBT.

„Slovo „**dalet**“ je fonetickým zápisem znaku ם hebrejské abecedy, který lze podle Friedricha Weinreba mimo jiné asociovat s dveřmi – dveřmi, které otvírají nové možnosti a varianty a zároveň i s dveřmi, které lze otevřít druhému člověku, tedy s pohostinností a přijetím druhého člověka takového, jaký je.“ (Dalet: 2010 – 2011)

Dalet využívá pro přiblížení principů SFBT akronym RESENI, což znamená:

R-rozvíjení, řešení, nikoli problémů

Hlavním a klíčovým bodem není u klienta problém, ale jeho zdroje a možnosti. Staví se na tom, co má klient k dispozici a rozvíjí se to, co už nějak funguje. O problému se může při terapii mluvit, ale pouze v kontextu rozvíjení řešení – „solution talk“ a ne k prohlubování problému – „problem talk“. Terapeut zde pomáhá klientovi, aby byl schopen identifikovat a měnit svůj život podle svých potřeb tak, aby se cítili lépe a šťastněji, a společně hledají a rozvíjí možné zdroje. Je však vždy na klientovi, jak bude své změny uskutečňovat.

E-efektivita

Terapie má být cestou od „trápení“ po „řešení“. Tato cesta by však měla trvat co nejkratší možnou dobu, od začátku se myslí na její ukončení. Proto se také někdy označuje jako „krátká“ (brief) terapie. Efektivita je vnímána ve smyslu toho, že terapeut věci nekomplikuje a nezdržuje. Důraz klade na jednoduchost a nekomplikovanost, pokud to není nutné. Neznamená to však, že by šlo o snadnou věc.

S-spolupráce

Klient a terapeut spolupracují, je potřeba brát klienta vážně a snažit se porozumět jeho vnímání a prožívání. Společně se pak domlouvají na postupu další spolupráce.

E-expertnost na proces (nikoli na obsah)

Stojí na předpokladu, že největšími odborníky na svůj život jsou právě sami klienti. Rozhovory s klienty by měly být vedeny tak, aby mu dávaly prostor ujasnit si své cíle, objevit své zdroje a možnosti řešení. Terapeut se snaží vést rozhovor tak, aby byl pro klienta užitečný.

N-nevyhnutelnost změn

Vše ve světě se mění, to je i základním předpokladem změny v prožívání klienta. Změna je totiž vytváří rozdíl, a to je základní stavební kámen pro SFBT. I malá změna může být začátkem změny další, větší. Je dobré soustředit se na malé změny.

I-individuální přístup

Každý klient má své zdroje a nejlepší předpoklady pro vytvoření řešení, proto je důležité dbát na individuální přístup. Úkol terapeuta je individuálně pracovat s klientem tak, aby dokázal nalézt řešení šité na míru. (Dalet 2010 - 2011)

2.6.3. Techniky

Znalost technik v SFBT je potřeba k osvojení si základu, jak vést rozhovor s klientem.

Zázračná otázka - pomáhá k tomu, aby si klient (i terapeut) dokázal vytvořit představu, jak bude vypadat jeho život po vyřešení problému, směřuje tím k cíli. Při práci se zázračnou otázkou terapeut také pracuje se vztahovým kontextem klienta: „Většina klientů má jasné představy, co si o jejich situaci myslí a jak ji cítí jejich rodina a přátelé. Po této otázce samozřejmě následují otázky, které zjišťují, co podle klienta tento druhý člověk vidí, když klienta hodnotí právě takto.“ (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 98)

Změny před sezením - malé změny se obvykle dějí už tehdy, když se klient rozhodne, že absolvuje terapii. Terapeut pak navazuje na tyto malé změny a snaží se stavět na tom, co již funguje.

Zaměření na výjimky - terapeut se zaměřuje na změny intenzity v prožívání trápení. Pokud je změna v intenzitě znatelná, jsou tyto okamžiky nazývány výjimkami. Ty jsou dále rozvíjeny a je snaha o to, aby se výjimka stala pravidlem. „Klienti budou zpravidla schopni popsat mnoho věcí, které jsou nyní lepší v různých oblastech jejich života, a popsat, jak se cítí lépe, co z toho, co udělali, bylo znamením nebo vyjádřením „lepšího“ a jak jinak se k nim v důsledku toho chovali druzí lidé.“ (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 106)

Ocenění - je důležitou technikou, která slouží k povzbuzení klienta, který udělal jakýkoliv pokrok směrem k řešení. Zároveň slouží jako zpětná vazba o jeho zdrojích. Nejedná se o lichocení, pouze o všímání si jeho pokroků, které mohou posloužit k utvrzení, že snažení má smysl. Klientovi také můžeme usnadnit jeho těžkosti tím, když oceníme to, co se mu již podařilo v minulosti. Ujistíme ho, v tom že jeho těžkosti bereme vážně, poukážeme, čeho klient dosáhl vlastním úsilím, co zvládl, zvládá, co se mu podařilo. (Úlehla, 1999, str. 61) De Shazer řekl, že záměrem oceňování je podpora klienta v tom, aby pokračoval s terapií. (Franklin, 2012, str.11)

Dobře definované cíle - na začátku terapie by měl klient s terapeutem vytvořit cíle setkávání, ty by měly být konkrétní, realistické (dosažitelné), pro klienta nějak významné (sám o ně chce usilovat), zohledňující sociální kontext. Cíle jsou pozitivní (začátek něčeho nového) a pro klienta výzvou, popisují první krok, odrazový můstek od toho, co klient dělá.

Škály - jde o stupnice, které slouží k zachycení pokroku v terapii, motivaci ke změně. Důležité je poukázat na významy, které se skrývají za jednotlivými číselnými hodnotami na stupnici a pojmenování pro klienta důležitého smyslu. Škály pomáhají při vedení rozhovoru o malých rozdílech, změnách a krocích.

Otázky na zvládání - otázky jsou zaměřené na klienta tak, aby zjišťovaly, jak klient zvládá to, že se trápení nezhoršuje (v situaci, kdy necítí změnu k lepšímu). Tyto otázky lze také využít při hledání zdrojů a kompetencí, které je možné u klienta zapojit do řešení. „Když si klientka vytvoří vlastní cestu, motivace k tomu, aby se po ní vydala, bude vybudovaná uvnitř ní a terapeut ji nebude muset povzbuzovat, aby následovala něco, v čem se terapeut domnívá, že je to nejlepší.“ (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 218)

Experimenty – je aktivita, který klient uskutečňuje v době mezi sezeními. Slouží k hlubšímu prozkoumání nebo rozvoji zdrojů. Při návrzích na experiment se terapeut snaží vycházet z toho, co má již klient k dispozici, co umí. Staví na existujících zdrojích a jinou formou (někdy netradiční) je rozvíjí. Pokud v terapii nastane situace, kdy se samotné řešení problému stává problémem, je k dispozici experiment – udělat něco jinak; dělat jinak to, co funguje. (Zatloukal, nedatováno)

Podle de Shazera a Berg, 1997 můžeme v SFBT využívat následujících technik: používání otázek na zázrak, škálovacích otázek, ocenění klienta - je zřejmé, že oceňování klienta hraje důležitou roli v terapii, především v tom, že může mít vliv na přístup klienta k terapii; zadávání domácích úkolů, soustředění se na řešení, stanovování cílů a hledání výjimek. (Franklin, 2012, str. 4 - 11)

3. Využití přístupu zaměřeného na řešení (SFBT) v Náhradní rodinné péči (NRP)

V této kapitole se budu věnovat aplikaci SFBT, jakožto jednoho ze systemických přístupů v sociální práci, v náhradní rodinné péči.

Systemický přístup (do kterého se SFBT řadí) je jednou z hlavních směrů v humanitních vědách, a to především v psychoterapii, psychologii, pedagogice, sociologii a v neposlední řadě v sociální práci. Byl formulován v polovině 20. století. „Stojí na tezi, že pozorovatel, což může být právě sociální pracovník, je vždy součástí procesu pozorování a ovlivňuje jeho výsledky.“ (Matoušek, 2001, str. 222)

3.1. Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník je součástí a spolutvůrcem služeb lidem. Nejčastěji stojí v roli zprostředkovatele „dohody“ mezi požadavky společnosti a představami jednotlivých klientů v nějaké obtížné sociální situaci. Pracovník musí brát ohledy na určitá kritéria. Například do jaké míry se může osobně angažovat na případu, jaká jsou předpokládaná očekávání klientů, jaký je kontext daného případu, stanovit si, kdo přesně je příjemcem služby. Podle těchto charakteristik sociální pracovník rozhoduje, jaký postup při práci s klientem využije. Buď může jít o princip spolupráce, pomoci - otázka na klienta „...řekni mi, jak bych ti mohl pomoci“. Tímto si klient i pracovník lépe stanoví cíle, kterých chtějí dosáhnout, ale také kroky k těmto cílům a kritéria, podle kterých poznají, zda bylo cílů dosaženo. Druhým typem je tzv. přebírání starosti – „kontrola“. Jde o postoj sociálního pracovníka, o otázku typu „...slyšel jsem nebo někdo mi řekl, že bys potřeboval pomoc, můžeme na tom nějak pracovat?“. Klient může buď přijmout nebo odmítnout nabídku. Pokud klient přijme, dochází k přechodu na první, spíše spolupracující, model. V průběhu intervence se oba tyto modely mohou prolínat. (Matoušek, 2001, str. 223-226)

Pomoc ze strany pracovníka ke klientovi musí stát na vzájemné interakci. Za první krok je považována klientova objednávka, to, co by chtěl. Dalším krokem je nabídka pracovníka, která reaguje na přání klienta a pokračuje v tzv. dojednávání, v němž jde zvláště o dohodnutí pomoci, jejich cílech. (Úlehla, 1999, str. 20-21)

3.1.1. Sociální pracovník a práce s rodinou

Sociální pracovník (SP) se zaměřuje na specificky problémové záležitosti jako například konflikt mezi rodiči a dětmi, problémy spojené se školou, které se projevují ve fungování rodiny. Sociální pracovník, pracující s rodinou, umí flexibilně odpovědět na velký rozsah potřeb jednotlivých členů rodiny a jejich vzájemného vztahu. Hledá odpovědi, které ovlivňují konkrétní řešení problémů skrze podporu a učení se dovednostem a kompetencím jednotlivců nebo celé rodiny. Pracovník má vliv na pomoc rodině skrze konkrétní služby a hledání zdrojů. (Collins, Jordan, Coleman, str 8-10)

Během krize rodiny je intervence SP soustředěna na řešení problému a budování rozhodnutí, cílem je znovu vyřešit tuto krizi a pomoc rodině objevit vhodné mechanismy zvládnutí. Během této intervence se SP zaměří na posunutí členů rodiny nad rámec jejich kolektivní bolesti a soustředí se na obnovení růstu a zlepšení zvládnutí. Aby se dosáhlo takových výsledků, intervence se musí soustředit na konkrétní praktické problémy, které rodina zažívá. SP obvykle pracuje s rodinnými příslušníky, aby zvýšil jejich dovednosti, které přispějí k rodinné pohodě, kdy jim může pomoci v naučení se těchto jednotlivých dovedností. Mohou obsahovat několik metod: posílení efektivních a chtěných návyků, pomoc členům rodiny vyrovnat se efektivněji se zraněními a vztekem, naučení rodičů, jak správně pozorovat chování dítěte, využívání chvil, kdy rodinné konflikty nebo chování dětí začne být nevhodné nebo příliš stresující, uplatňování pozitivních návyků skrze používání technik jako je hraní rolí, soustředění se na rozvoj sociálních dovedností rodičů i dětí, naučení se relaxačním technikám, které mohou pomoci rodičům vyrovnávat se se stresem a objevit efektivnější rodičovské dovednosti či techniky k vedení dítěte. (Collins, Jordan, Coleman, str. 16-17)

3.1.2. Family Based Service

FBS (Family Based Service) je služba péče o děti, která se zaměřuje na rodinu jako celek spíše než na jednotlivé členy odděleně. „Mnoho studií ukazuje, že děti umístěné v alternativní péči neprospívají o nic lépe než ty, které zůstávají s rodiči po celou dobu. Z toho vychází předpoklad, že rozvíjení existujících vztahů mezi rodiči a dítětem a podpora kompetentního jednání rodičů jsou nejlepší cestou k ochraně dítěte v dlouhodobém přístupu.“ (Berg, 1991, Str 6.)

Tento přístup má sloužit jako změna ve způsobu uvažování o pomoci rodině. Stojí na vědomostech a dovednostech, které pomáhají rodině a dětem jako celku. Využívá především zdrojů konkrétní rodiny. Je velmi ovlivněn rodinnou terapií a stojí na předpokladu, že chování každého člověka se odehrává v kontextu prostředí, ve kterém žije. Dále také věří tomu, že jakmile nastane nějaká změna v chování jednotlivce, ovlivní to celý zbytek rodiny. Ve změně tohoto chování může pomoci například SFBT terapie. „Přijetím tohoto pohledu věnuje SFT velkou pozornost výjimce z problému, to znamená hledání malé změny ve stabilitě problémového stavu a nahlíží na tyto výjimky jako na klíč k nalezení řešení. Je snadnější rozšířit již existující výjimku, jakkoli malou, než vytvářet něco do té doby neexistujícího.“ (Berg, 1991, str. 12)

3.2. Profesionální způsoby práce – terapie

Pomoc a kontrolu můžeme uskutečnit pomocí osmi různých způsobů práce. Jsou jimi způsoby kontroly: opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování; a pomoci: doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapie. (Obr. 1)

„O spolupráci formou terapie se jedná tehdy, když si klient přeje zbavit se svého trápení, umenšit svou bolest a zároveň má představu, že by to bylo možné.“ Společně s pracovníkem vytváří a pojmenovávají takové cesty a způsoby, které jsou pro klienta nejpříjemnější a nejvhodnější. Cílem obvykle bývá zbavení se problému, nalezení řešení. (Úlehla, 1999, str. 37)

Pohled na problém může být dvojího typu. Buď ten, že klient přichází se zformulovaným problémem, sám nejlépe ví, co by od pracovníka chtěl. Úkolem pracovníka není odhalovat problémy, ale pracovat na klientově zakázce. Přichází prakticky s tím, co by se mělo změnit, co by nemělo v jeho životě být. „Steve de Shazer staví tuto věc do extrému: pro řešení lidského trápení není potřeba znát popis problému.“ (Úlehla, 1999, str. 77) Pracovník nepotřebuje znát problém klienta, aby mohl klientovi pomoci, stačí, aby problém znal sám klient. Pracovník mu pomáhá svými otázkami. Spolupracují tedy na jednom konkrétním případě a dohodnutém cíli jako tým, s tím, že klient zná dokonale svůj problém, zatímco pracovník ze svých zkušeností zná možná řešení. (Úlehla, 1999, str. 77-79)

3.2.1. Jak vypadá samotná terapie

SFBT intervence, založená na práci Steve de Shazera a jeho kolegů z BFTC v Milwaukee se primárně soustřeďuje na jednotlivce, páry i rodiny, rodinnou terapii, ale dá se využít také v praktických záležitostech souvisejících s CPS (Counseling and Psychological Services).

SFBT jednak shromažďuje informace o klientovi, zároveň však s ním navazuje vztah. Vytváří prostor a prostředky k tomu, jak efektivně vést s klientem rozhovor a také vytváří otázky, které jsou pro klienta směrodatné. (UK essays: Social Work: nedatováno) Stojí na předpokladu, že klient a pracovník neustále spolupracují, ale klient je ten, který dokáže rozpoznat, co je pro něho a jeho rodinu nejlepší. Dokáže také řešit problémy a společně s pracovníkem specifikuje cíle. Klient je brán jako expert na svůj život. Pracovník si je vědom tohoto předpokladu při oceňování klienta. Je kladen důraz na výjimky, které v klientově chování nastávají, klient je podporován, aby měl pocit co největší kontroly nad svým životem. (Berg, 1991, str. 44)

3.2.2. Model Solution Focused Brief Therapy

Tento model byl představen týmem v Centru pro adoptivní rodiny (Center for Adoptive Families) a byly ovlivněny stylem Milтона H. Ericksona.

Lidé mají v sobě schopnost překonávat těžkosti a udržovat své zdraví. Role pracovníka (sociálního pracovníka nebo terapeuta) je, aby vytvořil kontext, který umožní lidem identifikovat a používat své vlastní zdroje k překonání problémů. Terapeutická práce by měla být orientován na klienta, na jeho přítomnost a budoucnost spíše než na snahu změnit nezměnitelnou minulost. Příčina problému nemusí být známa, aby se dal samotný problém vyřešit. Vhled do problému a informovanost o něm nejsou potřeba ke změně. Lidé mohou změnit své chování tak, aby to bylo na nich viditelné. Mnohé problémy vznikly z konkrétních důvodů a obvykle se projevují ve zvycích, které souvisejí s těmito původními důvody. Tyto zvyky můžou být změněny bez probírání nebo řešení původního problému. (UK essays: Social Work: nedatováno)

3.3. Využití Solution Focused Brief Therapy v pěstounské a adoptivní rodině

Terapeutická intervence má své místo v domácím prostředí a má za cíl integrovat nově získané mezilidské vztahy v tomto domácím prostředí, které jsou nezbytné pro budoucí stmelení rodiny. Pěstouni by měli poskytovat dítěti bezpečí a takovou péči, která naučí mladé lidi mezilidské komunikaci a efektivním životním dovednostem. Provázanost mezi představami pěstounů a potřebami dětí v pěstounské péči staví na víře, že mohou ze SFBT technik načerpat inspiraci nebo se některé techniky sami naučit a uplatňovat je. Když dítě čelí nestálostem v souvislosti s narušením jeho přirozeného prostředí, nemá prostor, kde by mohlo bezpečně dospět: místo toho se musí znovu adaptovat na novou životní situaci. Pro pěstouny je dobré, aby se naučili a znali následující kroky a techniky SFBT, aby se zvýšila jejich stabilita v interakci s dětmi. Tímto tréninkem mohou potom pěstouni sami pomáhat mladým, aby se uměli orientovat na řešení. To, že se tento model dovedností dětí naučí od svých pěstounských rodičů, má potenciál k tomu, aby to zvýšilo kvalitu jejich života, a to

díky znovu obnovení nějakého stálého prostředí. „Solution focused brief therapy is strengths-based and future oriented, while still validating the person’s experience.“
(*Na řešení orientovaný přístup je silně zakotvený a orientovaný na budoucnost, ale i přesto stále ověřuje osobní zkušenost.*) (UK essays: Social Work: nedatováno)

Statistiky ukazují, že když používáme SFBT s dětmi, které byly během svého života přesunuty z původní rodiny jinam, mají tyto děti větší potenciál snižovat poruchy ve svém chování – to především díky komunikačním dovednostem a dovednostem spojených s řešením problému. Problémy jsou viděny jako výsledky neefektivního vzoru interakcí mezi členy nebo prvky systému. „Úkolem“ SFBT je pomoc klientům dělat něco jinak, skrze své vlastní interaktivní chování. Změna interpretace chování je u adoptivních rodin klíčem k řešení. Pokud rodiny považují za problém samotnou záležitost adopce, můžou cítit vinu a zastavit se na tomto bodě, jakoby tu nebyla možnost, jak dosáhnout změny. Když naopak umí vidět i jiné příčiny problému, než že problémem je adopce sama o sobě, šance na hledání řešení je značně zvýšená. (UK essays: Social Work: nedatováno)

3.3.1. Formát Solution Focused Brief Therapy sezení

Rodina a další spolupracující jsou častokrát považováni za „léčebný“ tým. „The members of the teams vary but the team always consists of a therapist, who sits in the room with the family, and a treatment team who sit behind a one-way mirror. The therapy suite consists of two rooms with a one-way mirror between them, an intercom, and videotaping equipment.“ (*Členové týmu se liší, ale většinou se tým skládá s terapeuta, který sedí v místnosti s rodinou, a z terapeutického týmu, sedícího za jednocestným zrcadlem. Prostor pro terapii se skládá ze dvou místnost, s jednocestným zrcadlem mezi nimi, je v něm intercom a videokamera.*) (Brodzinsky, Schechter, 1993, str. 246)

Vztah pracovníka a klienta/klientů je založený na spolupráci; pracovník usiluje o to, aby intervenci prožíval s klientem spíše než aby prováděl terapii na klientovi. Snaží se vytvářet příjemné prostředí, aby klienti mohli využívat svých zdrojů k vytváření změny. Pracovník předpokládá, že klient je expert na svůj život a

sám nejlépe dokáže vytvořit vhodné řešení. Takové prostředí, založené na spolupráci, může otevřít možnost změně v přítomnosti nebo budoucnosti. (Corey a Corey, 2007, str. 142)

„Navíc pragmaticky vzato, přijdou-li lidé na to, že se mají změnit sami, většinou se změní co nejdříve a na co nejdélší dobu, kdežto když jsou ke změně přinuceni proti vlastní vůli, většinou se změní minimálně a na krátkou dobu.“ (De Shazer, Dolan, a kol., 2011, str. 223)

3.4. Sociální fungování jako cíl intervence

Jedním z cílů intervence může být například požadavek klienta (rodiny, jednotlivce, aby vytvořil takový typ řešení, který mu pomůže vyrovnávat se s požadavky prostředím, které jsou pro něho v danou chvíli problémem.

Celá práce s klienty (rodinou) stojí na předpokladu, že je nějaký problém a rodina za pomoci pracovníka chce tento problém ze svého života vytěsnit, nahradit ho mechanismy, které budou fungovat jako řešení. To jim může pomoci v jejich životech, které se odehrávají v interakci s prostředím. Řada sociálních pracovníků je přesvědčena o tom, že nejdůležitějším cílem sociální práce je na jedné straně pomáhání klientům, na druhé straně sociální kontrola, a to zejména v oblastech prevence a řešení sociálních problémů. Podle autorů Webb a Wiston (1987) lze za cíl považovat také podporu změny, individuální, vztahovou i sociálního prostředí, a také sociální zachování (social maintenance) – tím autoři myslí zachování akceptovatelného stylu života u lidí, kteří nejsou schopni vlastními silami tohoto životního stylu dosáhnout. „Posláním sociální práce, podle mého názoru, je vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co si přeje klient.“ (Úlehla, 1999, str. 25)

V dnešní době se setkáváme s dalším cílem sociální práce, a tím je koncept sociálního fungování. Podle autorů Sheafor, Horejsi a Horejsi (2000: 4-5) je cíl sociální práce pomoc jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a upravovat sociální podmínky, aby chránily tyto jednotlivce a systémy

před problémy v jejich fungování. Nizozemská asociace sociálních pracovníků (NOW) popsala cíl sociální práce jako pomoc lidem, kteří se pokouší řešit a zvládat své problémy v interakcích se svým sociálním prostředím. (Navrátil, Musil, 2000, str. 117-118)

Pojmem sociálního fungování se zabývá také autorka Bartlettová. Používá ho k označení interakcí, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi. „Zvládání se týká lidského úsilí řešit situace, které mohou být vnímány jako sociální úkoly, životní situace nebo problémy života. Lidé prožívají tyto životní úkoly primárně jako tlaky svého sociálního prostředí. Odsud vycházejí dvě významnější myšlenky: na jedné straně lidské zvládání a na straně druhé požadavky prostředí. Aby se tyto myšlenky mohly stát součástí jednoho celistvého konceptu, musí být vzájemně propojeny dimenzí, kterou postihuje myšlenka sociální interakce.“ (Bartlett in Navrátil, Musil, 2000, str. 132)

Autorka používá termín „zvládání“, a to v situaci individuálního nebo skupinového řešení problémů a také prostředí, ve kterém se o toto zvládání snaží. Sociální fungování pak zahrnuje neustálou interakci lidí a prostředí, kdy prostředí klade na člověka určité požadavky, ve formě očekávání a rolí. Na tyto požadavky musí člověk nějak reagovat. Člověk má také ve vztahu k prostředí očekávání a požadavky. Mezi požadavky prostředí i člověka by měla být v ideálním případě rovnováha. Pokud lidé nezvládají požadavky prostředí, vzniká nerovnováha a problém. Někteří lidé jsou schopni i přesto na tyto problémy reagovat a rovnováhu znovu nastolit, jiní takové schopnosti nemají a rovnováhu sami znovu nastolit nedokáží. Může jít o nedostatečné schopnosti a dovednosti člověka nebo nepřiměřené požadavky ze strany prostředí. Intervence sociálního pracovníka je prováděna zejména interakcí mezi klientem a očekávání prostředí. Pomáhá obnovovat nebo udržovat rovnováhu mezi zvládáním klienta a přiměřenými požadavky prostředí. (Navrátil, Musil, 2000, str. 132-139)

4. Praktické využití SFBT v NRP – konkrétní případová studie

Jednou z možností, jak hledat rovnováhu mezi očekáváními klienta a požadavky prostředí je na řešení orientovaný přístup (SFBT). Na konkrétní kasuistice budu ilustrovat, jak terapie přispěla k vytvoření rovnováhy mezi bariérami, očekáváními klienty H. a požadavky prostředí.

Klientka H. je jedním z dětí v náhradní rodinné péči – konkrétně jedním ze dvou osvojených dětí. SFBT terapii domluvila se souhlasem obou dětí jejich matka, kdy cítila potřebu vyřešit problémy v sociálním fungování celé rodiny a také jejich konkrétních členů.

U klienty H. docházelo k poměrně zásadním problémům v sociálním fungování, spojeným se změnou rolí, a to především s vytvářením role matky a s tím spojené roli pacientky. Už od mala měla H. problém s doktory, vyšetřeními a pobytem v nemocnici. Od dětství byly obě děti ošetřovány otcem, který byl doktor. Před nějakou dobou však otec zemřel a H. nedokázala překonávat svůj strach z doktorů a zdravotnických zařízení. Vzhledem k tomu, že je těhotná, musí se potýkat s požadavky prostředí, jimiž jsou v současnosti prenatalní prohlídky a další vyšetření. Sama tyto požadavky prostředí není schopna akceptovat, což narušuje rovnováhu mezi prostředím a jejími očekáváními. Sama očekává bezproblémové prenatalní období a pomoc ze strany okolí.

Intervence začíná prvním sezením se všemi členy rodiny, kdy je formulováno, s čím každý zvláště, ale zároveň všichni jako celek, přichází. První impulz vychází od matky, která byla iniciátorkou toho, aby rodina intervencí SFBT prošla. Ze začátku klientka neví, co od terapie může očekávat a ani to, co by z ní chtěla vytěžit.

M: No a vlastně ten impuls, který to rozhýbal, bylo, že H. je těhotná a že to vidím, že má strach, hlavně z doktorů, z nemocnice a do jisté míry jí v tom můžu pomoci já, ale ten porod to je prostě záležitost jenom té ženy a já už teďka vidím, s jakým vypětím

sil jde jenom měřit tlak třeba. Sama už i říká, že prostě třeba uteče z té nemocnice nebo, prostě má strach a já to nechci, aby to gradovalo ještě těsně před tím, něco udělat, aby byla klidnější, to bych byla moc ráda.

P: Dobře, děkuju. ... Jaké to bylo, když máma navrhla to, že byste se se mnou mohli potkat?

H: se směje.

P: k H. Říkala jste si, to bych chtěla, nebo je mi to jedno, nebo jé, hrůza, to v žádném případě, jak jste to měla?

H: Asi že mně to je jedno.

P: Takže zkusí se to.

H: Ano.

Každý si potom s pomocí terapeuta stanovil svůj cíl, co by chtěl pomocí terapie změnit nebo se naučit. Tato změna je součástí překonání bariér/y v sociálním fungování.

P: Podle čeho byste to poznala vy, že to byl dobrý nápad navzdory tomu, že jste nezavolala mě vy, ale zavolala mě máma. (směrem k H.)

H: Já nevím, že se nebudu bát doktorů a nemocnice.

P: Mhm, super. To byste chtěla?

H: Mhm

P: Hodně?

H: Mhm!

Na druhém setkání se ještě terapeut ujišťuje, na čem konkrétně budou pracovat a čeho by měli společně dosáhnout.

P: Tady to máme. (Dává jí vyplnit škály). Nemít strach z doktorů, to jsme minule se o tom bavili, pořád to trvá jako to důležité, co byste chtěla?

H: Mhm.

P: Vy jste mi tady minule řekla, že byste to chtěla hodně, jo?

H: Mhm.

V následujících útržcích ze všech šesti sezení budu ilustrovat jednotlivé techniky a principy SFBT (viz. str. 20-24)

Hned na začátku celé této intervence připravuje pracovník klienty na to, že se někdy bude poměrně zvláště ptát, ale že právě tyto zvláštní otázky mohou pomoci k nalezení řešení. Začíná otázkou na zázrak.

P: Představte si, že tady budeme dneska nějakou dobu mluvit a pak odejdu, vy budete dělat to, co normálně děláte, možná že půjdete do bazénu, možná, že budete něco večereť, možná že se budete chystat na další den nebo se budete dívat na televizi a pak půjdete spát a usnete a v noci se stane zázrak. A ten zázrak způsobí, že ty problémy, o kterých jste hovořili, se vyřeší. Ale protože se to stalo v noci, tak nevíte, že se ten zázrak stal, protože jste spali. A ráno, když se probudíte, podle čeho poznáte, že se stal zázrak?

Konkrétně se pak klientky ptá na dopady tohoto zázraku. Jak by ona sama poznala, že se stal zázrak a pak také, jak by poznali druzí, že se stal zázrak.

P: Jak byste poznala vy, že je ten den jinak?

H: Hm, tak asi to co říkali oni a já nevím, že třeba kdybych šla k doktorce, tak že už bych se nebála.

P: Aha, to znamená, že byste šla k doktorce, nebála byste se, ...co byste dělala, kdybyste se nebála? Nebo co byste místo toho dělala?

H: Tak byla bych klidnější

P: Už se vám to někdy stalo?

H: Ne.

...

P: Co by ta doktorka viděla?

H: Tak že se třeba neklepu, když mi bere tlak.

P: Mhm, co ještě?

H: Že jsem klidná, že nemám strach.

P: Mhm. A myslíte, že byste pozorovala, že ta doktorka to na vás vidí?

H: Mhm!

Dalším velmi významnou technikou v SFBT jsou škálovací otázky, které provází každé setkání. Pomocí nich se pracovník dozvídá, zda došlo k nějaké změně, ať směrem nahoru - k cíli nebo dolů - k počátečnímu bodu. Škály pracovníkovi umožňují pracovat s drobnými rozdíly.

P: Představte si, že tady je bod, kdy už se vůbec nebojíte doktora, kdy je to tak, jak jste teďka popisovala. A tady se bojíte tak moc doktora, že ani nevylezete z baráku, natož abyste tam vešla do ordinace, prostě vůbec. Jo? Vůbec! Jo, už měsíc před tím se bojím. Jo? Kde si myslíte, že teď jste? Tady desítka vůbec se nebojím, tady nedokážu si představit, že se bojím už víc... V čem je ten rozdíl mezi tady tím bodem a tady tím? Co teď je jinak?

Pracovník také využívá výjimek, které u klientky přinesly pozitivní změny v jejím chování (někdy aniž by si je sama nějak zvlášť uvědomovala). Pomáhá jí na tyto změny poukázat, aby pomocí nich mohla klientka hledat řešení.

H: Hm, bojím se doktorů, tak doktory, které znám tak se jich nebojím, ale které vůbec neznám, tak tam vůbec nevlezu.

P: Takže vám pomáhá, že když znáte...

H: no, když ho znám dlouho, tak tam jdu, protože mu věřím.

...

P: Mohla byste mi zkusit trošinku vysvětlit, v čem je ten rozdíl, když toho doktora znáte, co dokážete, když je tam ten doktor, kterého znáte?

H: Tak víc mu věřím a nebojím se ho, když mi něco dělá.

P: A když jste u toho, kterého neznáte...

H: Tak mám strach.

Výjimka se dá také zaznačit na škále. Pracovník se díky této škále může s klientkou bavit o rozdílech v prožívání.

P: Mhm, a kterej doktor je takovej, že mu ze všeho nejvíc věříte? Kdo to je?

H: Tak to je Maruška, ona bydlí kousek od nás, zdravotní sestra.

P: A u té by ta, když by tam byla taková ta nula úplně hrozně a desítka nemám vůbec strach, u té Marušky by to bylo kolik?

H: Tak asi osmička.

P: Jo? Až tak vysoko?

H: Mhm!

P: Čím to je, že je to tak vysoko?

H: Tak že ji znám a vím, že když mi fakt něco bude, tak pomůže.

I když se pracovník od klientky dozvídá, jaká je příčina problému, nehraje toto zjištění zásadní roli v dalším pokračování sezení. Nezkoumá se problém, ale snaží se hledat společně vhodné řešení. Pracovník vnáší do rozhovoru o problému externalizující jazyk. *Tady poprvé k vám vnikl* – externalizace umožňuje vnímat problém oddělený od člověka (já nejsem problém), i když technika externalizace pochází z narativní terapie, je v SFBT občas využívána.

(klientka mluví o své biologické matce)

H: Hm, tak já nevím, asi se nechtěla starat, protože nás tak bylo víc, každého tak nechala.

P: Aha, takže tady poprvé k vám vnikl ten strach z těch doktorů...

H: Mhm

P: ...protože ...tady jste zůstala sama.

Důležitou součástí každé intervence je ocenění klientky a podpora v jejím snažení, a to i v případech, že se jí nebude dařit dosahovat stanovených cílů nebo posun nebude nějak znatelný.

P: Zdá se mi, zkuste mi to potvrdit, jestli si to myslím dobře nebo ne, že máte něco, co ten strach ve vás nemůže překonat, že je jakoby něco, na co ten strach, i když je tak velký a v životě vám to kazí, tak něco, nad čím ve vás nezvítězil zatím.

...

P: Já chci říct, že z vás mám velkou radost, jak se snažíte a myslím si, že ta H., co bych ji mohl znát před třičtvrtě rokem nebo před rokem, teď už tady sedí jiná H. Taková nějaká silnější H., taková, že se těm strachům a různým obavám nevzdává, i když cokoliv přijde, tak vím, že ta H. je bojovnice, a že má v sobě něco, co je silnější než veškeré strachy, i kdyby se ty strachy snažily tu H. jakkoliv vyšachovat, tak v důsledku ona mu to nedá, tomu strachu. A bude bojovat za to, co je pro ni důležité,

a ušla kus cesty a ono to nebude jednoduchý to, co bude, ale ta H. to dokáže. Ať už to proběhne jakkoliv, a jakkoliv to bude konkrétně probíhat, tak ta H. projeví tu svoji statečnost...

Pomocí této škály může pracovník zjišťovat důvěru ve změnu klientky a tím ji podpořit v další snaze hledat řešení.

P: Na kolik si myslíte, že se vám to podaří? Tady, jsem úplně 100% přesvědčená že jo, tady že se to vůbec nemůže podařit.

H: Sedmička.

P: Jo? Proč si to myslíte?

H: Tak když se budu snažit...

P: Takže když vám o něco jde, tak je naděje, že se to může stát?

H: Mhm.

Sama klientka ukázala, že má určitá řešení, na nichž může stavět. Když to funguje, dělej toho víc.

P: Mhm, a pak, co ten strach dělá s váma?

H: Je čím dál větší.

P: Roste jako, jo?

H: Mhm.

P: A potom?

H: Tak musím začít něco dělat, něco vymyslet.

P: Takže to je taková finta, jak tomu strachu čelit, že začnete něco dělat.

H: Mhm.

P: A zabírá to?

H: Zabírá, no.

Na začátku třetího setkání klientka opět vyplňuje škálu, na kterou pracovník navazuje. Podívá se, zda se nějak posunula (ať už směrem k cíli nebo ne) a podle toho se ptá na další otázky. Pomocí nich se snaží zjistit, co mělo vliv na tento klientčin posun na škále.

P: Takže ona se ta důvěra doktorům trochu zvedla jo?

H: Mhm.

P: Dokázala byste, my jsme to minule měli tak nějak na jedničce, myslíte, že to byla jednička? Nebo to je jedno, jak to bylo minule, ale kdyby tady bylo za žádnou cenu nepůjdu k žádnému doktorovi, ani kdybych měla umřít, ani kdyby se mělo cokoliv stát, a tady desítka, v pohodě, jdu kdykoliv potřebuju, kde byste se umístila?

H: Asi tady.

P: Tyjo. Jaké to pro vás je?

H: Tak je to lepší! Protože se nemusím už tak moc bát.

... (5. sezení)

P: Tady vidím, že se, že jste to dala výš. Tady to bylo někde tu, a teď je to o kus výš. Co se vám tak osobně, díky čemu se udělal ten rozdíl? Co se, co je, nebo co teď prožíváte? Kde byste se umístila?

H: Asi tady.

P: Tyjo. Jaké to pro vás je?

H: Tak je to lepší!

P: Je to lepší? Proč je vám v tom líp?

...

H: Hm, tak když přijde nějaký ten problém, tak si řeknu, že žádný strach neexistuje, že ať se stane cokoliv, tak že prostě do té nemocnice půjdu.

Škála neslouží jen k tomu, aby zachytila aktuální stav nebo posun, který se už u klientky odehrál, ale může být také využita v situaci, kdy se zjišťuje potencionální změna.

P: A podle čeho byste poznala, že jste tady? Co se dál bude dít, že si řeknete, teď už jsem tu?

H: No, tak když se třeba dostanu do té nemocnice, tak že když tam třeba budu ležet, tak nebudu se tam bát.

P: Mhm, a místo toho budete dělat co?

H: No, tak budu si říkat, tak když už tu ležím, tak mi pomůžou a když budu něco potřebovat, tak zavolám sestřičku a ta mi pomůže.

Během všech setkání pracovník stále znovu zhodnocuje pokrok, kterého s klientkou společně dosáhli.

P: Před tím, než jsme spolu začali pracovat, ten strach vás úplně nedokázal ovládnout.

H: Mhm

P: Kde by byl tehdy?

H: Tak někde tady.

P: A kde je dneska? Kolik má síly nad vámi?

H: Tak určitě v pŕlce.

P: Takže vy jste mu ted' dala takovou fakt obrovskou nakládačku!

Ve čtvrtém setkání se začíná proměňovat prožívání klientky. Stále více staví na svých dovednostech a její posun je znát také na škále.

P: Mhm. No a jak to vypadá s důvěrou v doktory?

H: Jo, včera jsem byla u doktorky a dopadlo to úplně v pohodě!

P: Jo? Tyjo. Takže když by tady byla ta škála, 10 jsem už úplně v pohodě, důvěřuju už těm doktorům, kterým potřebuju, a 0, nejhorší problém, nejsem ani schopna zajít, říct, co potřebuju, vůbec nic, úplně mě ten strach ovládá. Tak kde byste se ted' dala?

H: Tak možná sem.

P: Jo? Tak to je rozhodně víc, než si pamatuju že bylo minule.

H: Jo, no.

...

P: Dobře. Jak poznáte, že jste na 5 a půl? Třeba tady, jak poznáte, že jste tady?

H: Hm, tak že by se třeba, ted' mě hrozily kapačky, tak asi bych si je už nechala dát.

P: Mhm, a kam až potřebujete dojít, abyste si řekla tak to zvládnou všechno, co je přede mnou. Je už to někde tady nebo je to...

H: To je výš.

P: A kam...

H: Tady.

P: Tady, takže tady je to potřeba...Super, podle čeho ještě poznáte, že jste zase ještě o kousek dál?

H: No, tak že když se třeba dostanu do nějaké té těžké situace a budu potřebovat pomoc, tak že si ji nechám dát, tu pomoc.

P: Já mám tady z toho dojem, jak to tu tak pozoruju, že jste tady přišla na to, jak to řešit.

V pátém sezení se zvyšují hodnoty na škále a klientka už je mnohem klidnější, než tomu bylo na začátku.

P: Vyplňte mi zase tohleto? (škály).

H: Jo. Vyplňuje.

P: Ty jo, to je vysoko!

H: Je, no (usmívá se)

P: Mhm. (Dívá se na škálu) ...podívám na to dnešní, je to ještě o kousíček výš než minule všechno...

H: Mhm

U klientky je zřejmá posun v jednání, pracovník zjišťuje, zda klientka umí pro sebe pojmenovat původce této změny, nové dovednosti, které se naučila.

P: Přemýšlím, my totiž se tady, vy se totiž poslední dobou držíte hodně vysoko v tom. Kdybyste měla jedním slovem popsat, co vám to, co teď v životě máte, co jste před tím neměla. Před tím třičtvrtě rokem nebo tak. Nemyslím teď, že máte (mimčo), ale jakoby ve svém prožívání, nebo nějakou schopnost, nebo něco, co to je? Když jste se pohnula odsud sem?

H: Mhm, tak asi si víc věřím.

P: Jo?

H: mhm.

P: Mhm, více si věříte jako konkrétně co, čemu?

H: Že to dokážu, v té nemocnici dokážu být.

Pracovník ukončuje po domluvě s klientkou intervenci ve chvíli, kdy dosahuje na škále takového výsledku, se kterým je sama spokojená.

P: Jo, jo. Vy jste taková statečná, mi teď přijde!

H: Tak musím. (směje se)

P: A to je úžasné, já si vzpomínám, zase znovu ten rozdíl, jak jsme se viděli před tím, půl rokem, nebo třičtvrtě rokem, jak jste byla tady, teď byste byla kde?

H: Hm, tak možná tady.

P: Tady, jo? Tyjo, jak to, že tak vysoko?

Pomocí Na řešení orientované intervence se podařilo, aby klientka, která si s sebou nese mnohé problémy ze své minulosti, dokázala překonat bariéry za pomoci podrobné představy žádoucího posunu a uvědomění si a aktivace vlastních zdrojů, ne za pomoci hledání a rozbírání samotného problému nebo jeho příčin. Nalezením tohoto konkrétního a pro klientku vlastního individuálního řešení se podařilo, že je schopna překonat bariéru v sociálním fungování, která ji v mnoha ohledech komplikovala život a její zařazení do společnosti.

4.1.Diskuze

V předchozím příkladu jsem poukázala, jak intervence s prvky SFBT fungovala. Nesmíme samozřejmě předpokládat, že bude takto úspěšná vždy, ve sto procentech případů. Není to však pracovník, kdo primárně zná její úspěšnost. Pracovník nemusí vždy správně odhadnout, zda se hodí v konkrétním případě použít SFBT nebo jiný přístup a to až do chvíle, kdy jej použije. Klient je tím, kdo posuzuje, zda byla intervence úspěšná a pomohla mu, nebo naopak, a podle jeho reakce pracovník postupuje dál.

V následujícím textu představím možné výhody uplatnění SFBT v práci s rodinami v NRP.

Variabilní formát setkávání

Pracovník se může setkávat s celou náhradní rodinou, ať už pěstounskou nebo adoptivní. Pokud je to potřeba, dají se naplánovat sezení pouze s jednotlivci nebo dvojicemi, například sezení jen s adoptivními rodiči nebo pěstouny, jen s jednotlivými dětmi (např. dospívajícími) nebo sourozeneckou skupinou či lze pracovat jen s jedním rodičem a dítětem. To může být výhodou v situaci, kdy se například druhý rodič nemůže intervence účastnit z časových, zejména pracovních,

důvodů. Pracovník může intervenci zaměřit jen na jedno konkrétní dítě, u kterého se hledají možná řešení za přítomnosti a podpory rodiče/rodičů.

Intervence může být propojená taky s širším systémem, ať už školou, další rodinou (např. prarodiče), orgánem OSPOD nebo také u pěstounských rodin s biologickou rodinou dítěte.

Formy sezení při práci s klientem/klienty

Intervence není svázaná s určitým prostředím, forma může být jak institucionální – odehrává se obvykle v kanceláři pracovníka, kam musí klient/klienti sami přijít a kde se mohou cítit příliš formálně; tak terénní – pracovník přichází do prostředí pro klienta/klienty známého, bezpečného. Pracovník dává prostor, aby si klient vybral a zvolil, která forma bude pro něho nejvhodnější. Forma sezení se také přizpůsobuje jak vývojovým úrovním zúčastněných, tak i jejich potřebám a preferencím.

Individuální přístup

SFBT intervence staví na individuálním přístupu. Zohledňuje konkrétní specifiky a možnosti dané rodiny, jednotlivce. Pracovník společně s klientem dohodne vyhovující čas i místo a také cíl intervence. Svými otázkami podporuje klienta (rodinu) v tom, aby sám pojmenoval svůj individuální cíl, čeho by za pomoci intervence chtěl dosáhnout, jak by si představoval svůj život „bez problému“. V sezeních potom pracovník s klientem pomocí různých technik rozvíjí konkrétní a pro klienta vyhovující řešení, pracovník zapojuje klienta do tvorby plánu. Využívá také jeho nápady a postřehy.

Individuální přístup souvisí také se zaměřením na konkrétní cíle, což je možné skloubit např. s vypracováváním individuálního plánu pro dítě. Navíc s tím rozměrem, že zdůrazňuje zhodnocení konkrétních zdrojů.

Podpora pozitivní identity

SFBT svým zaměřením na zdroje, ocenění a osobní postřehy a nápady může být silným nástrojem pro formování a podporu pozitivní identity, kterou zdůrazňuje Matějček jako důležitou potřebu pro vývoj dítěte. Pozitivní identita je podporována nejen u dětí ale i u dospělých v rámci jejich výchovné role.

Důraz na spolupráci

I když je intervence zaměřena na individuální přístup a práci s klientem (rodinou), na osobní zdroje a individuální pokroky, zohledňuje také vztahový kontext v rámci celé práce. Ukazuje jednotlivci, jak vytvářet pozitivní vztahy s lidmi, nejčastěji s těmi, se kterými žije v každodenní interakci – s adoptivními rodiči či pěstouny, sourozenci, popřípadě dalšími členy rodiny. Učí, jak měnit pohled na druhé lidi, jak se na ně nedívat jako na nepřátele, ale jako na ty, kteří jim chtějí v řešení pomoci a kteří je podporují.

Intervence je nepatologizující

Děti, které si často nesou již mnoho zranění, starostí, trápení a deficitů ze své minulosti, se ve svých životech velmi často potýkají s tématem „problém“, v některých případech také s tím, že oni sami jsou tím problémem. To se může týkat i adoptivních rodičů nebo pěstounů, kteří během svého života nebo při přípravě na přijetí dítěte, mohli řešit nejrůznější problémy a potýkat se s negativním přístupem, zaměřeným právě na rozvoj problému.

Na řešení orientované poradenství a SFBT pracují tak, aby neposilovaly rozvoj problému, ale naopak, staví do popředí možnosti a zdroje. Tím posilují a podporují kontinuální rozšíření osobních kompetencí pro řešení problémů a dodávají tak dítěti či rodiči povzbuzení a podporu v jejich snažení.

SFBT intervence nemusí být vždycky tou ideální a optimální možností. Má však již zmíněné výhody pro práci s rodinami v Náhradní rodinné péči. Pracovník však musí vždy pružně reagovat na klientovo (rodiny nebo jednotlivce) zhodnocení

úspěšnosti a vhodnosti SFBT, aby mohl popřípadě včas změnit přístup ke klientovi nebo rozvíjet již fungující přístup.

Závěr

Mým cílem bakalářské práce bylo teoreticky popsat možnosti aplikace Přístupu zaměřeného na řešení v rámci poradenství v Náhradní rodinné péči.

Jako metodologii jsem si zvolila syntézu odborné literatury, kdy se opírám o již publikované poznatky z oblastí Náhradní rodinné péče i Na řešení orientovaného přístupu, zejména pak z původního konceptu Steve De Shazera a Insoo Kim Bergové – Solution Focused Brief Therapy.

Nejprve popisuji, jak můžeme chápat Náhradní rodinnou péči dnes, jaké jsou formy náhradní výchovy a jak historický vývoj tyto jednotlivé formy ovlivnil. Poukázala jsem taky na vztah mezi náhradními rodiči (adoptivními rodiči nebo pěstouny) a dětmi, přicházejícími do Náhradní rodinné péče. Jak již jsem zmiňovala dříve, „Do náhradní rodinné péče se z největší části dostávají děti tzv. sociálně osiřelé. Sociálně osiřelé jsou proto, že své biologické rodiče sice mají, ti se však o ně z nejrůznějších důvodů buď neumějí, nemohou nebo nechtějí starat.“ (str. 13)

Myšlenky Solution Focused Brief Therapy Steve De Shazera a Insoo Kim Bergové, založené na hledání řešení, místo rozebírání a prohlubování problému, se rychle rozšířily do nejrůznějších oblastí nejen v poradenství. Ukazují, jak se přístup vyvíjel, kde autoři čerpali inspiraci a naopak, jak oni sami inspirovali své pokračovatele. Popisují také, jak se přístup staví k pojmu „problému“ a jakých technik a principů je při jeho řešení využíváno.

V dalších kapitolách píšou o rolích sociálního pracovníka v práci s rodinou, jak vypadá samotná terapie a jak její techniky pomáhají při hledání řešení v adoptivních či pěstounských rodinách. Pomocí konkrétní kasuistiky, v níž pracovník využil Na řešení orientovaného přístupu, poukazují na možné výhody tohoto přístupu.

V diskuzi se zabývám výhodami Na řešení orientovaného přístupu a tím, jak konkrétně se dá využít v rámci Náhradní rodinné péče. Jsou jimi: variabilní formát

setkávání, formy sezení při práci s klientem/klienty nejsou svázány s určitým prostředím, individuální přístup, podpora pozitivní identity, důraz na spolupráci a nepatologizující intervence.

Seznam použitých zkratek

BFTC – Brief Family Therapy Centre

BT – Brief Therapy

CPS - Counseling and Psychological Services

EBTA – European Brief Therapy Association (Evropská asociace krátkodobé terapie)

FBS – Family Based Service

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NRP – Náhradní rodinná péče

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PPPD – Pěstounská péče na přechodnou dobu

SF – Solution-focused

SFA – Solution-focused approach

SFBT – Solution Focused Brief Therapy

SFT – Solution-focused Therapy

SFTA – Solution Focused Brief Therapy Association (Asociace krátké terapie zaměřené na řešení)

SP – Sociální pracovník

Seznam použité literatury

Monografie

- BERG, Insoo Kim. *Posílení rodiny: Příručka krátké terapie*. Londýn: BT Press, 1991
- Edited by BRODZINSKY, David. M., SCHECHTER, Marshall. D. *The psychology of adoption*. 1st Oxford University Press paperback ed. New York: Oxford University Press, 1993. ISBN 01-950-8273-7.
- COLLINS, Donald., JORDAN, Cathleen., COLEMAN, Heather. *An introduction to family social work*. 4th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, xx, 492 p. ISBN 11-333-1262-4.

- COREY, Marianne. Schneider., COREY, Gerald. *Becoming a helper*. 5th ed. Belmont, CA: Thomson Higher Education, c2007, xvii, 411 p. ISBN 05-346-1452-3.
- DE SHAZER, Steve., DOLAN, Yvonne. M., a kol. *Zázračná otázka: krátká terapie zaměřená na řešení*. Vyd. 1. Překlad Ondřej Fafejta. Praha: Portál, 2011, 239 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-802-6200-079.
- DE SHAZER, Steve. *Kľúče k riešeniu v krátkej terapii*. Trenčín: Galanta, 1993.
- DE SHAZER, Steve. *Words were originally magic*. 1st ed. New York: W.W. Norton, c1994, xvii, 285 p. ISBN 03-937-0170-0.
- FRANKLIN, Cynthia. *Solution-focused brief therapy: a handbook of evidence-based practice*. 1st ed. New York: Oxford University Press, c2012, xx, 426 p. ISBN 01-953-8572-1.
- MATĚJČEK, Zdeněk a kol. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Vyd. 1. Praha: Portal, 1999, 183 p. ISBN 80-717-8304-8.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s. Knižnice psychologické literatury. ISBN 80-042-5236-2.
- MATĚJČEK, Zdeněk., DYTRYCH, Zdeněk. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 143 s. ISBN 80-716-9897-0.
- MATOUŠEK, Oldřich., JORDAN, Cathleen., COLEMAN. Heather. *Základy sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
- MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Ilustrace Vladimír Jiránek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 38. sv. ISBN 80-864-2958-X.
- NAVRÁTIL, Pavel a Libor MUSIL. *SBORNÍK PRACÍ FAKULTY SOCIÁLNÍCH STUDIÍ BRNĚNSKÉ UNIVERZITY: SOCIÁLNÍ PRÁCE S PŘÍSLUŠNÍKY MENŠINOVÝCH SKUPIN*. Brno, 2000.
- NEUKRUG, Ed. *Counseling theory and practice*. 1st ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2010, xxiv, 631 p. ISBN 04-950-0884-2.

- O'CONNELL, Bill. *Solution-focused therapy*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, c2005, xv, 154 p. ISBN 14-129-0328-9.
- ÚLEHLA, Ivan, Cathleen JORDAN a Heather COLEMAN. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- WINBOLT, Barry. *Solution focused therapy for the helping professions*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011, 206 p. ISBN 18-431-0970-0

Článek v časopisu

- BAJER, Pavel. Cesty k pravému rodičovství. *Sociální práce/Sociálna práca: Odborná revue pro sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2003, č. 2. ISSN 1213-624
- Foster Parents And Solution: Focused Brief Therapy Social Work Essay. In: *UK essays: Social Work* [online]. 2003-2013 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.ukessays.com/essays/social-work/foster-parents-and-solution-focused-brief-therapy-social-work-essay.php#ixzz2McrN53VZ>
- SCHEINOSTOVÁ, Alena. Doma je v rodině, děti patří domů. *Katolický týdeník: List českých a moravských diecézí*. Praha 2, 2012, XXIII, č. 42. ISSN 0862-5557.
- SVOBODOVÁ, Michaela., VRBOVSKÁ, Petra., BÁRTOVÁ, Darina. Zpráva o stávajícím stavu náhradní rodinné péče a děti a mládež bez rodinného zázemí v České republice (2001). *Sociální práce/Sociálna práca: Odborná revue pro sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2003, č. 2. ISSN 1213-624
- ŠPORCOVÁ, Ivona., WINKLER, Jiří. Potřeby dítěte a náhradní výchovná péče. *Sociální práce/Sociálna práca: Odborná revue pro sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2003, č. 2. ISSN 1213-624
- ŠTURMA, Jaroslav. Profesionálně, s láskou, bez nároků. *Katolický týdeník: List českých a moravských diecézí*. Praha 2, 2012, XXIII, č. 42. ISSN 0862-5557.

- ZOUBKOVÁ, Petra. Otazníky náhradní výchovné péče. *Sociální práce/Sociálna práca: Odborná revue pro sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2003, č. 2. ISSN 1213-624

Článek na internetové stránce

- Adoptce.com: projekt náhradní rodinné péče. [online]. 2010 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.adoptce.com/informace/zakladni-pojmy/>
- Dalet. [online]. 2010-2011 [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <http://www.dalet.cz/>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7297>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Průvodce pro náhradní rodinnou péči: Jak na náhradní rodinnou péči*. Praha 2, 2009. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce_pro_nahradni_rodinnou_pec_i_.pdf
- MPSV. *PĚSTOUNSKÁ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU PRO NEJMLADŠÍ DĚTI*. Praha 2, 2011. ISBN 978-80-7421-039-6. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13147/PPPD.pdf>
- Středisko náhradní rodinné péče. [online]. 2009-2011 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/statistiky_nahradni_vychovy_v_cr.html
- TREPPER, Terry. S., DOLAN, Yvonne., MCCOLLUM, Eric., NELSON, Thorana. Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 32, 2006, s. 133 – 139, Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/Dolan-SFBT.pdf>
- ZATLOUKAL, Leoš. DALET. *Přístup zaměřený na řešení: Stručný úvod*. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/SFBT-uvod.pdf>

Zákony

- Česká republika. Občanský zákoník. In: *40/1964 Sb*. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/040-1964-sb-obcansky-zakonik.html>

- Česká republika. Zákon o rodině. In: 94/1963 Sb. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7262/Zakon_o_rodine.pdf
- Česká republika. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. In: 359/1999 Sb. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf

Přílohy

Obr. 1 (str. 28)

