

Zatloukal, L., Havlík, M., Doleček, Z., Šotola, J. *Komplexní posuzování potřeb klientů v rámci poradenského rozhovoru z hlediska přístupu zaměřeného na řešení*. Sociální práce 2011 (v tisku).

Komplexní posuzování potřeb klientů v rámci poradenského rozhovoru z hlediska přístupu zaměřeného na řešení

Autoři: Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D., Mgr. Miloš Havlík, Mgr. Zdislav Doleček,
Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.

Kontaktní e-mail: leos.zatloukal@dalet.cz

Název v angličtině: Complex needs assesment in counseling conversation from the solution-focused approach perspective

Klíčová slova: posuzování potřeb, poradenství, přístup zaměřený na problém, přístup zaměřený na řešení

Key words: needs assesment, counselling, problem-focused approach, solution-focused approach

Abstrakt:

Příspěvek se věnuje potřebám klientů sociálních služeb a jejich posuzování. V první části příspěvku je pozornost věnována definování pojmu „potřeba“. Autoři zastávají názor, že potřeba je konstrukt popisující rozdíl mezi žádoucím a aktuálním stavem. Druhá část se věnuje dvěma přístupům využívaným při posuzování potřeb – přístupu zaměřenému na problém a přístupu zaměřenému na řešení. Oba přístupy jsou popsány včetně jejich praktické aplikace a jsou diskutovány jejich výhody a nevýhody.

Abstract:

The paper is devoted to clients' needs and their assesment in social services. The first part is concentrated on definition of the term „need“. Authors argue that need is a construct which describes the difference between preferred and current situation.

The second part of the paper is devoted to two approaches utilized in needs assesment – namely problem-focused and solution-focused approach. Both of them are described (including their practical application) and their advantages and disadvantages are discussed too.

Autoři:

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. je absolventem doktorského studia sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě a studentem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Absolvoval komplexní 750h výcvik v systemické psychoterapii (ISZ), výcvik v hypnoterapii (prof. Kratochvíl, Dr. Zíka) a další kurzy a výcviky pod vedením tuzemských i zahraničních lektorů. Vyučuje poradenské/terapeutické přístupy a vybrané manažerské dovednosti na katedře psychologie a na katedře sociální práce (obojí na Univerzitě Palackého v Olomouci), pracuje jako terapeut v manželské a rodinné poradně v Brně a jako sociální pracovník na azylovém domě pro bezdomovce. Je rovněž spoluzakladatelem a vedoucím týmu terapeutů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz) a působí jako krajský metodik komunitního plánování sociálních služeb.

Kontakt: leos.zatloukal@centrum.cz

Mgr. Miloš Havlík je sociolog a andragog, pracuje jako ředitel neziskové organizace FOKUS Vysočina, která se zabývá psychosociální rehabilitací osob s duševním onemocněním. Absolvoval výcviky v systemické a narativní psychoterapii (ISZ). Je spoluautorem *Metodiky pro plánování sociálních služeb* a publikace *Nové zjišťování potřeb*. Zabývá se konzultantskými, poradenskými a lektorskými službami v oblasti rozvoje kvality a plánování sociálních služeb.

Kontakt: milos.havlik@fokusvysocina.cz

Mgr. Zdislav Doleček je absolventem Univerzity Palackého v Olomouci oborů speciální pedagogika se zaměřením na dramaterapii a speciálně pedagogická andragogika. Pracuje jako vedoucí oddělení služeb seniorům a občanům se zdravotním postižením Magistrátu města Olomouce, je tajemníkem sociální komise Rady města Olomouce a působí také jako manažer pracovní skupiny v rámci komunitního plánování sociálních služeb. Je rovněž zakladatelem skupiny dramaterapeutů, který pořádá dramaterapeutické workshopy (i tématicky zaměřené) pro pracovníky v oblasti sociálních služeb (www.dramaterapie.atlasweb.cz).

Kontakt: zdislav.dolecek@seznam.cz

Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D. je absolventem doktorského studia antropologie na Karlově univerzitě v Praze. V současné době vyučuje kulturní antropologii na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Zároveň působí v o.p.s. Člověk tísni v rámci projektu „Do lavic!“, který je zaměřen na zmírnění dopadů sociálního vyloučení na vzdělávání dětí a žáků. Několik let působil jako koordinátor olomouckého Střediska integrace menšin v rámci stejnojmenného projektu. Těžišti jeho odborného zájmu jsou problematika sociálního začleňování pomocí vzdělávání, oblast síťování organizací a institucí a téma hledání rovnováhy mezi pomáhajícím a restriktivním přístupem při práci s obyvateli sociálně vyloučených lokalit.

Kontakt: jaroslav.sotola@upol.cz

Komplexní posuzování potřeb klientů v rámci poradenského rozhovoru z hlediska přístupu zaměřeného na řešení

*„Čím větší pozornost jsem věnovala tomu, co mí klienti říkají, tím více jsem chápala, že znají své životy mnohem lépe než já.“
(Harlene Anderson)*

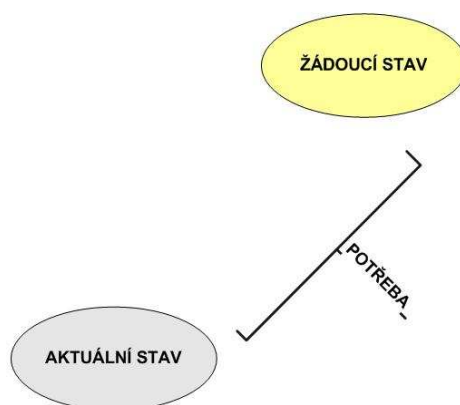
„První zásadou je naslouchání zákazníkům, s uchem přiloženým k jejich praktickým potřebám.“ (Tom Peters)

Potřeby klientů¹ lze vnímat jako jeden z ústředních konceptů v oblasti poskytování sociálních služeb. Zjištění či přesněji „posouzení“ potřeb tvoří jádro individuálního plánování služby (Černáková, Johnová, 2002), a proto lze tuto dovednost považovat za jednu z klíčových kompetencí sociálních pracovníků a terapeutů. Posuzování potřeb má přesah i mimo rámec případové práce s klienty – mělo by se kupříkladu promítnout i na lokální úrovni do plánování sociálních služeb (Zatloukal, 2008a; Havlík, Koldinská et al., 2009). Tento text nabízí teoretickou reflexi pojmu „potřeba“ i praktickou inspiraci pro sociální pracovníky zaměřenou na otázku, jak lze postupovat při posuzování potřeb v každodenní práci s klienty.

1. Posuzování potřeb jako spoluvytváření rozdílů

Pojem „potřeba“ je poměrně obtížné definovat, přesto se velmi často používá ke zdůvodňování způsobu, jakým je nebo má být klientům poskytována určitá služba nebo při plánování změn v sociální oblasti (např. v rámci komunitního plánování sociálních služeb – Zatloukal, 2008a).

Obecně a asi nejjednodušeji lze „potřebu“ definovat jako **rozdíl mezi aktuálním stavem a žádoucím stavem** (Gupta, et al. 2007 – viz. obr. 1).



Obr. 1: Znárodnění potřeby (upraveno podle Gupta et al., 2007)

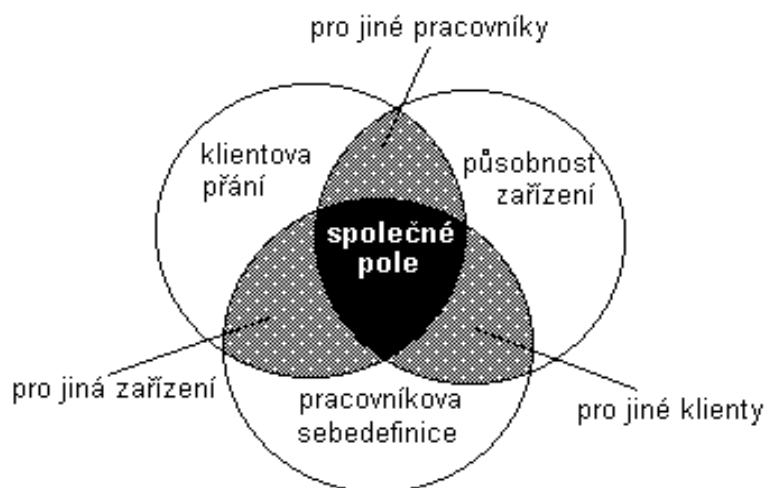
Tato definice působí na první pohled jednoduše, ale je komplikovanější. Otázkami, které celou problematiku potřeb a jejich posuzování výrazně komplikují, totiž jsou: 1. kdo a podle čeho definuje žádoucí stav a 2. kdo a podle čeho posuzuje aktuální stav.

Ife (In Navrátil, 2006) popisuje čtyři diskursy sociálních služeb, v nichž se uplatňují různé procesy hodnocení aktuálního i definování cílového stavu (tedy potažmo i procesy definování potřeb klientů sociálních služeb):

- **charitativní diskurs** – sociální služba je chápána jako **dar** dobrodince potřebnému (prosebníkovi), přičemž pracovník (v tomto diskursu „filantrop“) posuzuje, zda jedinec zasluhuje pomoc (je potřebný) nebo je v tíživé situaci vlastní vinou a pomoc nezasluhuje (nebo má být naopak potrestán)
- **profesní diskurs** – klient či uživatel služby je v relativně pasivní roli a při posuzování jeho potřeb se především zohledňuje, jakými znalostmi, schopnostmi a dovednostmi **nedisponuje** a na toto posouzení navazuje **intervence**; pracovník je v roli profesionála či experta, který disponuje zvláštními znalostmi a způsoby poznání a zodpovídá se klientovi, profesi a svému zaměstnavateli.
- **manažerský diskurs** – sociální služba je chápána jako **produkt** určený pro spotřebitele, pracovník se zaměřuje na určení potřeb klienta (spotřebitele) a na vyhledání přiměřených zdrojů pro jejich uspokojení; klíčový je zde **vztah klienta ke státu** (jeho práva na služby, na minimální standard služeb atd.) a nikoli k profesionálovi jako v předchozím modelu, pracovník je nejčastěji případovým manažerem („case manager“) a zodpovídá se především státu a managementu své organizace.
- **tržní diskurs** – sociální služba je pojímána jako **zboží** a klient jako zákazník, který je nakupuje, **klient-zákazník** má aktivnější roli než v předchozích modelech, protože se předpokládá, že druh i způsob poskytování služby ovlivňují ve velké míře požadavky klientů-zákazníků a úkolem pracovníka je společně s klientem vypracovat a posléze naplňovat zakázku.

V současné praxi poskytování sociálních služeb v našich podmínkách se můžeme v různé míře setkat se všemi uvedenými diskursy. Pravděpodobně nejdominantnější je u nás však nyní manažerský diskurs, typický důrazem na standardizaci kvality služeb, pokusy o efektivní plánování služeb na regionální úrovni či na případovou práci s klienty (Navrátil, 2006). V praxi sociální práce se – alespoň podle našich zkušeností ze supervizí a vzdělávání u různých sociálních služeb - tento diskurs poměrně často proplétá s prvky profesního diskursu, zejména v přímé poradenské práci (expertní pozice pracovníka, intervence založená na posouzení deficitů apod.).

V manažerském diskursu (a ještě více v diskursu tržním) platí, že potřeba klienta je určitý **konstrukt vzniklý vyjednáváním** mezi zainteresovanými subjekty.² Toto pojetí potřeb také zastáváme dále v textu. Potřeba bude podle tohoto pojetí identifikována a řešena pouze pokud se na její existenci shodne **klient** (něco si přeje), **pracovník**, který potřeby mapuje (např. to není v rozporu s profesní etikou a spadá to do oblasti, v níž se pracovník pohybuje...) a **různé instituce** (spadá to do oblasti působnosti poskytovatelské instituce a poskytovatel na ni například reaguje nějakou službou, zadavatel či zadavatelé³ danou potřebu financují apod.⁴). Názorně je to ukázáno na obrázku 2 – potřeba může být konstruována pouze v označeném „společném poli“ jednotlivých aktérů, přičemž toto „společné pole“ není předem dané a neměnné, ale lze jej rozšiřovat nebo naopak zužovat na základě vyjednávání všech zúčastněných aktérů.⁵



Obr. 2: Společné pole (Úlehla, 1999)

Z výše uvedeného je zjevné, že při definování potřeb se často uplatňuje větší množství hledisek. Obecně lze říci, že potřeby se většinou definují a řeší tam, kde jsou identifikovány nějaké problémy, potíže či stížnosti. Podle Goolishiana a Andersonové (Goolishian, Winderman, 1998; Ludewig, 1994) vznikne kolem takových problémů sociální systém⁶, který se k danému tématu vztahuje a každý člen v něm se na „potřeby“ dívá jinak.⁷

Příklad:⁸

Paní Nováková je 75 let, žije v Olomouci a před dvěma týdny skončila v nemocnici po obtížně se hojícím zranění (uklouzla na ledě a zlomila si nohu). Vzhledem ke zranění je odkázána na vozík a je otázka zda a jak bude chodit a zda bude soběstačná (hygiena, nákupy, ...). Paní Nováková je vdova, žije sama v panelovém bytě na sídlišti a má dvě děti.

Starší je **syn Miroslav** (49 let) je rozvedený, žije v Olomouci, má tři děti s exmanželkou Jiřinou, prohrál velké částky v automatech a má vážné problémy s alkoholem, chodí si pravidelně k paní Novákové půjčovat peníze, práť prádlo a na obědy. Paní Nováková se velmi trápí tím, jaký její syn je, ale vždy říká „je to můj syn, přece mu musím pomoci.“.

Mladší **dcera Květoslava** (45 let) žije se svým druhým manželem a s dvěma dětmi (jedno z prvního a jedno z druhého manželství) na druhém konci republiky v Plzni, navštěvuje paní Novákovou jen o svátcích (vánoce, velikonoce), občas si zavolají.

Paní Nováková se stýká ještě s jednou **kamarádkou**, občas zajdou na kávu. Žádné další kontakty neudrží.

Paní Nováková uvádí, že se často - ještě před vstupem do nemocnice - cítila nějak „vycucaná“ a „smutná“, někdy se musela velmi těžce přemlouvat, aby vůbec něco udělala. Nyní v nemocnici je většinou zasmušilá a zamklá, není příliš motivovaná rehabilitovat, spíše je apatická, ale vždy se chová k ostatním lidem i personálu slušně. Stěžuje si i na vysoký tlak a má problémy se srdcem - v minulosti prodělala lehký infarkt.

Jednotliví **potencionální aktéři** „problémového systému“ a jejich možné pohledy na to, co jsou v dané situaci potřeby:⁹

- **pečovatelka:** paní Nováková potřebuje především zajistit péči o sebe (hygiena, jídlo...)
- **sociální pracovník:** paní Nováková je velmi osamělá a má minimum sociálních kontaktů, je potřeba jí zprostředkovat nějaký kontakt se sociálním okolím, aby nebyla sama a izolovaná, tím by mohla být vyřešena i její „deprese“ či „apatie“.
- **lékař:** paní Nováková potřebuje především vyřešit své zdravotní problémy, které ji výrazně omezují a snižují kvalitu života (kontroly srdce, rehabilitace po zranění)
- **psycholog** – paní Nováková by měla navštěvovat psychoterapii, aby vyléčila depresi.

- **psychiatr** – paní Nováková potřebuje léčit diagnostikovanou duševní poruchu (depresi), měla by užívat předepsané léky
- **paní Nováková** – sama uvádí, že jí nejvíc záleží na tom, aby byl syn v pořádku, to ji trápí nejvíc; rovněž se obává, aby ona sama nebyla v budoucnu nikomu na obtíž
- **dcera** – za nejdůležitější považuje, aby bylo o paní Novákovou dobře postaráno, aby byla v bezpečí a měla vše, co potřebuje, sama se o ni postarat nemůže.
- **syn** – nejvíce se v souvislosti se vzniklou situací obává, že přijde o posledního člověka, kterého má a který nad ním ještě nezlomil hůl, ale starat se o ni nedokáže

Určitou orientaci a uchopení různých pohledů při posuzování potřeb nabízí Bradshawova typologie potřeb (In Hartl, 1997; Royse et al., 2009):

- **Normativní potřeby** – odborník, organizátor nebo vědec něco definuje jako v dané situaci „potřebu“. Je tedy experty stanoven „požadovaný standard“, pokud se ho někomu (jedinci, skupině) nedostává, je považován za toho, kdo má potřebu. Příkladem může být IQ – kdo ho má nižší než je norma, je považován za toho, kdo má nějaké specifické potřeby.
- **Pocitované potřeby** – přání a chtění dotčených osob, lidé jsou dotazováni, zda pocítují potřebu; není „objektivním“ měřítkem potřeb lidí, protože lidé mohou mít nepřiměřená očekávání, mnohdy ani nevědí, že nějaká služba je k dispozici nebo někdy nechtějí přiznat slabost.
- **Vyjádřené potřeby** (také „požadavky“) – pocitované potřeby vyjádřené činem (zápis na čekací listinu, odvolání, žádost apod.); předpokládá se, že člověk takový čin nedělá, pokud necítí potřebu. Nelze však zjednodušovat, že není-li požadavek, není ani potřeba (může existovat požadavek, ale jeho důvodem není potřeba, ale třeba opoziční politická aktivita; naopak požadavek plynoucí z potřeb nemusí být vyjádřen kvůli kulturním zvyklostem, studu...)
- **Komparativní potřeby** – měřítko potřeby se získá studiem charakteristik populace, která přijímá službu. Když lidé podobných charakteristik (např. tzv. „alkoholici“, lidé z podobných krajů, apod.) služby využívali, pak i u lidí, kteří tyto služby nevyužívají, ale patří do stejné skupiny, předpokládáme, že jsou potřební.

Při souběžné analýze všech čtyř druhů potřeb mohou nastat následující kombinace, které již v sobě obsahují jistá vodítka pro příslušná opatření (Hartl, 1997):¹⁰

| Normativní | Pocitovaná | Vyjádřená | Komparativ. | Potřeba/ Popis |
|------------|------------|-----------|-------------|--|
| + | + | + | + | Potřeba podle všech definic, nesporná, tzv. skutečná (např. příjem pod minimální hranicí) |
| + | + | - | + | Ačkoli jedinec či skupina má potřebu podle ostatních definic, nemůže nebo nechce své potřeby vyjádřit (např. stigmatizace spojená se službou, vzdálenost, poplatky, velká administrativa, není informovanost o službě) |
| + | + | - | - | Potřeba je uznána odborníkem i pocitovaná, ale neexistuje poptávka ani nabídka služby (např. potřeba existence nějakého specializovaného poradenství) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| - | + | + | + | Potřeba není uznána odborníkem, je však pocíťována, žádána i poskytována (např. určité léky) |
| + | + | + | - | Potřeba je uznávána odborníkem, pocíťována i žádána, ale není k dispozici (chybí zdroje) |
| + | - | - | + | Potřeba je uznávána odborníky a někteří s podobnými charakteristikami jsou příjemci služby, ale jedinec (skupina) tuto potřebu ani nepocíťuje ani nepožaduje |
| + | - | - | - | Odborník stanovil potřebu, ale není pocíťována, žádána ani uspokojována (např. některá preventivní očkování dětí) |
| - | - | - | + | Služba je poskytována bez ohledu na to, že není žádná potřeba (služba pro službu) |
| - | + | + | - | Potřeba, kterou odborníci nedoceňují ani není pokryta službami, ale je pocíťována a žádána. |
| - | + | - | - | Potřeba, která je pouze pocíťována (potřeba lásky, uznání, moci...) |
| - | + | - | + | Odborníci potřebu neuznávají, je pocíťovaná, ale nevyžadovaná, ale služby na ni reagující se nabízejí. |
| - | - | - | - | Absence potřeb. |

Obr. 3: Komplexní hodnocení potřeb (Bradshaw In Hartl, 1997)

Výše uvedená typologie potřeb ukazuje různé pohledy, které lze při posuzování potřeb uplatnit. Pokud bychom rozšířili předchozí jednoduchou definici potřeb o aspekt vyjednávání mezi různými pohledy různých aktérů posuzování potřeb, mohli bychom potřebu souhrnně definovat jako **konstrukt, který vyjadřuje shodu zainteresovaných aktérů na rozdíl mezi aktuálním a žádoucím stavem**. Znamená to, že pracovník společně s dalšími aktéry společně vytvářejí tento rozdíl. Aby se tento rozdíl stal účinným (v našem případě byl posouzen jako „potřeba“), musí být dostatečně významný (v Batesonově (2006) terminologii je jakákoli informace „rozdíl, který dělá rozdíl“).

Lze shrnout, že z hlediska komplexního posuzování potřeb jsou pro posuzování nezbytné informace o:

- **žádoucím stavu** – konkrétní a měřitelný popis stavu, kdy je potřeba naplněna
- **aktuálním stavu** – konkrétní popis stávající situace
- **sociálním kontextu** – zapojení zainteresovaných osob do posuzování potřeb.

Pokud je kterákoli z výše uvedených dimenzí opomenuta, není podle našeho názoru možné potřeby (které pojímáme v souladu s výše uvedenou definicí) řádně popsat. Mnohdy se v praxi i v odborné literatuře za potřeby označují i věci, které této naší definici neodpovídají a které bychom proto **za potřeby** v pravém slova smyslu **neoznačili**.

Příkladem může být:

- **diagnóza** – diagnózu lze chápat jako odborné označení aktuálního (deficitního) stavu, může mít podobu lékařskou (např. diabetes, bipolární afektivní porucha...) nebo i sociální (např. sociální vyloučení, sociální nepřizpůsobení...); označení nějaké situace diagnostickou nálepkou neříká nic o cíli, ale jen o aktuálním stavu, ale zároveň implicitně podsouvá, že když „objektivně rozumíme“ situaci, je tím dáno, co má být cílem a co je tedy potřebou. V redukčně pojaté medicíně tento model může fungovat (je-li diagnostikována cukrovka, je cílem správná hladina hormonu inzulínu a potřebou její doplnění), v sociálních službách je však podobný model stěží udržitelný.¹¹
- **nabídka služeb** – někdy se říká „potřebujete psychiatra“ nebo „potřebujete osobní asistenci“; podobných způsobem jsou občas formulovány i otázky v dotaznících, které mají údajně zjišťovat potřeby uživatelů¹²; takový postup je předčasný, protože ještě nejsou k dispozici ani údaje o aktuální situaci ani o žádoucí situaci, nebí tedy ani definována potřeba a již je zde snaha definovat způsob, jak naplnění potřeby zajistit.¹³
- **přání klienta** – ačkoli přání klienta je nezbytným výchozím aspektem potřeby, potřeba je až výsledkem vyjednávání zainteresovaných aktérů (bezdomovec například může udávat, že si nutně „potřebuje dát panáka, aby byl v pohodě“, ale žádná sociální služba pro bezdomovce - pokud je nám známo - toto přání neakceptuje jako potřebu a neřizuje speciální „výčepy pro bezdomovce“)
- **představa experta o potřebách klienta** – tyto představy o potřebách mají většinou charakter normativní (opírají se o teoretické modely potřeb, u nichž se předpokládá univerzální platnost – např. Maslowova pyramida potřeb) anebo komparativní (vycházejí z předsudků experta o potřebách určité cílové skupiny klientů, s níž pracuje); kdyby se při posuzování potřeb vycházelo pouze z představ (či předsudků) odborníků, byl by opomenut jeden z klíčových aktérů vyjednávání o potřebách – klient samotný.
- **představa veřejnosti o potřebách klienta** – tuto variantu zmiňujeme jen pro doplnění, v praxi je k vidění spíše výjimečně, že by pracovník při posuzování potřeb vycházel jen z nějaké obecně sdílené (často velmi zjednodušené) představy o tom, co by klient mohl potřebovat (kulturní stereotypy pracovníka však na posuzování potřeb klientů - zejména určitých cílových skupin - vliv mít samozřejmě mohou).

2. Komplexní posuzování potřeb – přístup zaměřený na problémy a přístup zaměřený na řešení

Manažerský (a ještě více tržní) diskurs v sociálních službách klade do centra pozornosti potřeby klientů/ zákazníkům. V manažerské literatuře lze nalézt velké množství podnětů, jak realizovat různé analýzy potřeb zákazníků (např. Kotler, 2007; Cooper, Lane, 1999; Foret, 2003; Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2001).¹⁴ Většinou se jedná o poměrně nákladné a obsáhlé kvantitativní výzkumné projekty. Díky tomu jsou však málo využitelné pro menší a středně velké firmy, které si takto nákladné analýzy nemohou dovolit. Kritické těchto „klasických“ marketingových analýz potřeb zákazníků (např. Jenkins, Gregory, 2007; Levinson, 2009) navíc upozorňují, že takové analýzy často přinášející rozpačité výsledky (málo nebo vůbec nepoužitelné výsledky, nízká validita výsledků, málo nových informací ve srovnání s vysokými vynaloženými náklady apod.). Mnozí autoři poukazují na nutnost alternativních postupů (Jenkins, Gregory, 2007; Levinson, 2009; Peters, 2001) nebo přinejmenším na přínos kombinace „klasických“ a „inovativních“ prvků v marketingových analýzách a v marketingu jako takovém (Kotler, de Bes, 2005).

Je zajímavé, že snad všechny „inovativní“ či „alternativní“ marketingové postupy směřují k **přímé a bezprostřední interakci se zákazníky** (namísto rozesílání dotazníků apod.).

Peters (2001) tento trend popisuje jako „posedlost nasloucháním zákazníkům“ a vytyčuje tři jednoduché kroky:

- **jít tam, kde jsou zákazníci** – zjištění potřeb lze nejlépe provázet přímo v prostředí, kde se zákazník pohybuje (Peters uvádí zásadu, že marketing by měl být alespoň polovinu času na cestách)
- **naivní, nezkreslené a intenzivní naslouchání** – to, co lidé říkají, je třeba brát vážně a nefiltrovat to příliš rychle vlastními teoriemi a názory (tzv. „postoj ne-vědění“ – Anderson, 2009)
- **zajištění rychlé reakce** – je třeba bezodkladně podniknout kroky k naplnění potřeb, zjišťovat potřeby zákazníků a nereagovat na ně je neefektivní a někdy (zejména v sociálních službách) to může být i neetické.

Někteří autoři výstižně poukazují na to, že (kvalitativní) rozhovor je v důsledku „vědecky správný“ přístup ke zkoumání potřeb, ačkoli na první pohled působí málo vědecky (Havlík, Koldinská et al., 2009). Sculley v této souvislosti provokativně uvádí, že „žádné velké marketingové rozhodnutí se nikdy neudělalo na základě kvantitativních údajů.“ (In Peters, 2001, s. 177)

V oblasti sociálních služeb platí, že komplexní posuzování potřeb klienta se odehrává v rozhovoru s odborným pracovníkem (sociálním pracovníkem, poradcem, terapeutem, někdy bývá označován i jako „klíčový pracovník“, „případový manažer“ nebo „manažer péče“ – Overtweit, 1993; Adams, Domielli, Payne, 1998; Havlík, Koldinská et al., 2009; Čermáková, Johnová, 2008). V našich podmínkách probíhá posuzování potřeb spíše roztroušeně v jednotlivých poskytovatelských organizacích. Ve Velké Británii byl vytvořen model „managementu péče“ („care management“), který umožňuje posuzovat potřeby komplexně, relativně nezávisle na aktuální nabídce služeb a koordinovaně (Welch, 1991; Overtweit, 1993).

Ať již se při posuzování potřeb postupuje podle britského modelu „managementu péče“ anebo poněkud méně koordinovaně, domníváme se, že je zjevné, že rozhovor s klientem je při komplexním posuzování potřeb nenahraditelný. Na druhou stranu máme za to, že zdaleka ne každý rozhovor vede k tomu, aby byly potřeby popsány vhodným způsobem. Pro vedení poradenského rozhovoru, v němž by bylo možné potřeby vhodným způsobem definovat, si potřebuje pracovník osvojit určité dovednosti a odbornost. K tomu (a samozřejmě i k provázení klienta při samotném naplňování potřeb) odborným pracovníkům slouží profesní vzdělání a různé výcviky v některém z etablovaných poradenských směrů.

Existuje mnoho způsobů, jak lze potřeby odborně a efektivně zjišťovat a tyto způsoby lze různě klasifikovat a porovnávat.¹⁵ Z našeho pohledu je užitečné rozlišit dva obecné přístupy – přístup zaměřený na problém a přístup zaměřený na řešení. Tyto přístupy lze chápat spíše jako webberovské „ideální typy“ sloužící jako pomůcky pro reflexi, než jako konkrétní způsoby práce používané v praxi. Lze říci, že pracovníci se ve svém způsobu práce pohybují na kontinuu mezi těmito dvěma extrémními polohami. Některé terapeutické a poradenské přístupy mají svými teoretickými východisky blíže k zaměření na problém, protože akcentují nutnost porozumět příčinám problémů (dynamické), popsat vzájemnou podmíněnost aspektů problému (KBT) nebo problémy alespoň detailně popsat a priorizovat podle různých hledisek (úkolově orientovaný přístup). Oproti tomu jiné spíše tíhnou k zaměření na řešení, protože se při práci bez detailního popisu problému v zásadě obejdou a „intervence“ nejsou zde nejsou konstruovány na základě znalosti problémů, ale většinou na základě znalosti cílů a zdrojů, které jsou k dispozici (např. ericksonovské přístupy, přístup zaměřený na řešení, systemický přístup, terapie realitou apod.). Přesto nelze hranici jednoduše vést mezi jednotlivými poradenskými či terapeutickými přístupy, protože v rámci každého přístupu existují různé „proudy“ které kladou porůznu důraz na určité aspekty domovské teorie a jiným přisuzují

menší důležitost.¹⁶ Hranice tedy spíše leží mezi jednotlivými pracovníky, kteří v různé míře akcentují při své práci různé aspekty svých přístupů a vytvářejí vlastní tvořivé modely a syntézy. Tato hranice je díky tomu i poněkud neostrá, přesto však pro reflexi může být užitečná.

Oba obecné přístupy – přístup zaměřený na problém a přístup zaměřený na řešení - stručně popíšeme a srovnáme s ohledem na to, jak umožňují posuzovat potřeby klientů (tedy jakým způsobem definují aktuální a žádoucí stav a reflektují pohledy různých aktérů). Nabízené srovnání je ovlivněno našimi vlastními teoretickými východisky a preferencí zaměření na řešení. Zároveň je třeba mít na zřeteli skutečnost, že coby „ideální typy“ budou oba přístupy působit jako určité extrémy, které se v takto čisté podobě v praxi (snad) ani nevyskytují.

Přístup zaměřený na problém

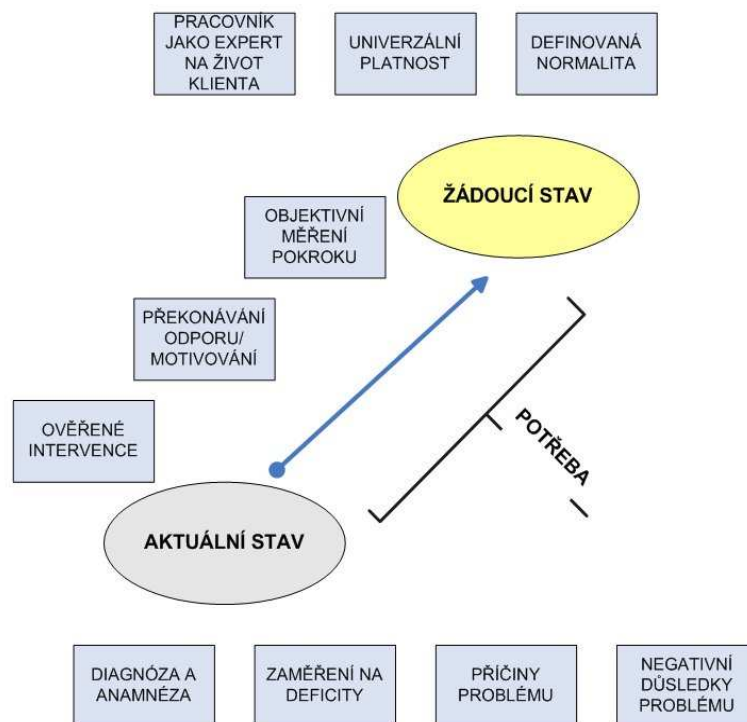
Tento přístup má mnoho různých variant a podob, kterým je společné, že vychází z důkladné **definice problému** či deficitu (aktuální stav), který se srovnává s nějakou **objektivizovanou normou** (cílový stav) (De Jong, Berg, 1998; Duncan, Miller, Sparks, 2004). Pokud například klient trpí smutkem a apatií, je problém definován jako deprese (není tak veselý a tak aktivní, jak stanovuje norma), potřeba je chápána jako rozdíl mezi „deprezí“ a „normalitou“ a intervence (terapie, léky, ...) směřují k návratu daného člověka k normě. Pokud jiný klient nemá stálé bydlení, je problém definován jako „bezdomovectví“, normou je stálé bydlení, potřeba je rozdílem mezi „bezdomovectvím“ a normou „stálého bydlení“ a intervence směřují k tomu, aby klient stálé bydlení našel a udržel.

Zjišťování potřeb v přístupu zaměřeném na problém:

Přes značnou variabilitu různých teoretických konstruktů, které mohou vytvářet filosofické zázemí přístupu zaměřeného na problém¹⁷, lze nalézt společné prvky v postupu pracovníka při posuzování potřeb klienta (Duncan, Miller, Sparks, 2004; Wampold, 2001; De Jong, Berg, 1998):

- a) **Navázání vztahu s klientem** – cílem je navázání spolupráce a získání důvěry klienta, aby se mohl otevřít a hovořit o svých problémech
- b) **Důkladné zjišťování informací o klientovi (anamnéza)** – protože pracovník předem neví, co všechno je z hlediska problému relevantní a jak to s čím souvisí, zjišťuje maximum informací o klientovi a ověřuje si jejich pravdivost z různých zdrojů. Pracovník tak sbírá informace o rodinném zázemí klienta, jeho dětství, studiu, práci, zdravotním stavu, rodinném stavu apod.
- c) **Definice problému či deficitu (diagnóza)** – pokud možno přesné a objektivní určení povahy problému, které spočívá ve srovnání aktuálního deficitního stavu s normou (diagnostickými kritérii).¹⁸ Klíčová otázka je: „Co je to za problém? Jaké symptomy vykazuje?“
- d) **Nalezení příčiny problému** – na základě předpokladu, že pokud bude nalezena příčina problému, může být teprve problém úspěšně odstraněn, se uvažuje o tom, co problém způsobilo. K těmto úvahám se opět využívá teoretických vodítek daného přístupu. Klíčové otázky: „Jak dlouho již problém trvá?“, „Jak vznikl?“, „S čím souvisí?“, „Co problému předcházelo?“, „Co problém udržuje?“, „Co by klient ztratil, kdyby byl problém vyřešen?“
- e) **Negativní důsledky problému** – zvažují se možná rizika nebo již nastalé negativní následky problému, klient je o nich často poučován a potažmo přesvědčován, aby něco změnil.

- f) **Práce s „odporem“** – odpor je koncept vycházející z psychoanalýzy, který označuje situaci, kdy klient nevědomě vzdoruje léčbě (Freud, 1991); ačkoli ne všechny přístupy zaměřené na problém sdílejí tento pohled na „odpor“, všechny se nějak ve svých teoriích věnují označování klientů z hlediska připravenosti ke změně a technikám, jak klienty „motivovat“ ke změně.
- g) **Ověřené intervence** – na základě výše uvedených informací (tedy zjištěných potřeb) by měl pracovník coby expert zvolit „správnou“ (nejlépe výzkumem ověřenou a potvrzenou) intervenci, použít ji a vyhodnotit ji - pokud byla úspěšná, byl úspěšný i proces definování potřeb.



Obr. 4: Posuzování potřeb v přístupu zaměřeném na problém

Výhody tohoto přístupu:

- pracovník se při posuzování potřeb i při volbě intervence může držet osvědčených modelů, což mu dodává **pocit jistoty a odbornosti**
- tento postup dobře **pasuje na očekávání klientů** (většina klientů očekává, že právě takto bude spolupráce s pracovníkem probíhat)
- tento postup má **silné zázemí i v odborných kruzích**, protože odpovídá teoretickým východiskům vlivných poradenských směrů, požadavkům „řízené péče“ a v neposlední řadě i standardům pro výzkum efektu intervencí (tzv. „evidence based practice“)
- tento postup **může fungovat** stejně dobře jako kterýkoli jiný, tj. může dosahovat signifikantně lepších výsledků než kdyby klient žádnou „intervenci“ neabsolvoval a srovnatelných výsledků s alternativními přístupy (Wampold, 2001)

Úskalí tohoto přístupu:

- **žádoucí stav je definován jen normativně, popř. komparativně** (viz. Bradshawovu typologii uvedenou výše) - je předem dána norma, která je ztotožněna s tím, co by mělo být cílem, aniž by do definice žádaného stavu bylo nutno promítat přání klienta (v důsledně uplatněném přístupu zaměřeném na problém by nás přání klienta vlastně nemělo zajímat, protože na definici žádaného stavu nemá vliv).
- **aktuální stav** je definován jako **deficit** (chybění něčeho), což klienta jednostranně označuje jako „neschopného“, „selhávajícího“, „nemocného“ či „nekompetentního“ (zdroje a silné stránky jsou naopak často přehlíženy nebo nedoceňovány)
- **důkladná anamnéza** znamená zjišťování velkého množství informací, které pro práci s klienty **nevyužíváme** (ale nikdy nemůžeme předem vědět, co využijeme a co ne, proto je sbíráme), tento postup je nákladný (zabere mnoho času pracovníka, který je třeba zaplatit) a lze jej zpochybnit i po etické stránce (zjišťování informací o klientovi by se mělo dít v nejmenším možném rozsahu)¹⁹
- **pátrání po příčinách** problému často vede k **obviňování nebo ke konfliktům**, což je neproduktivní a může to vést k iatrogennímu poškození²⁰ klienta
- příčiny problémů jsou navíc pouze **hypotetické**, nikdy se nelze dobrat definitivní jistoty; zkušenost ukazuje, že kolik je odborníků, kteří hledají příčiny problémů, tolik bývá i různých názorů na ně
- **řešení problémů obvykle nezávisí na příčinách** jejich vzniku, ale spíše na zdrojích a možnostech (jestliže má uživatel problém se splácením dluhů, pak vysvětlení, že jej nezodpovědnosti naučili rodiče nevhodnou výchovou, při níž nebyly dobře nastavené hranice, nenabízí řešení; naopak věci nesouvisející s domnělou či „skutečnou“ příčinou problémů mohou vést k řešení – například využít finanční poradenství či zavést plánování výdajů)
- **zaměření na rizika a možné negativní následky** může někdy fungovat jako **sebenaplňující proroctví** a tím vést rovněž k iatrogennímu poškození klienta²¹
- **malá pozornost** je věnovaná **kontextu**, prostor pro vyjednávání potřeb je velmi úzký a je silně prosazován expertní pohled na úkor ostatních pohledů.

Přístup zaměřený na řešení

Přístup zaměřený na řešení je typický důrazem, který se klade především na pečlivé dojednávání cílů a na zjišťování a rozvíjení zdrojů klienta (schopnosti, dovednosti, znalosti, silné stránky, podpora okolí...). Směry, které mají k zaměření na řešení nejbližší vycházejí většinou z „postmoderního myšlení“ (Grenz, 1997; Loewenthal, Snell, 2003; Zatloukal, 2007a, 2007b) a ze způsobu práce Milтона H. Ericksona (Zeig, Munion, 2008) a Steva de Shazera.²² Zvláštní zmínku si zde zaslouží Glasserova terapie realitou (Glasser, 1992; 2000), která vychází z jiných teoretických východisek (blíží se spíše existenciálnímu a humanistickým směrům v klíčovém důrazu na svobodu a odpovědnost člověka), ale programově se zaměřuje na řešení místo na problém a jeho zkoumání.

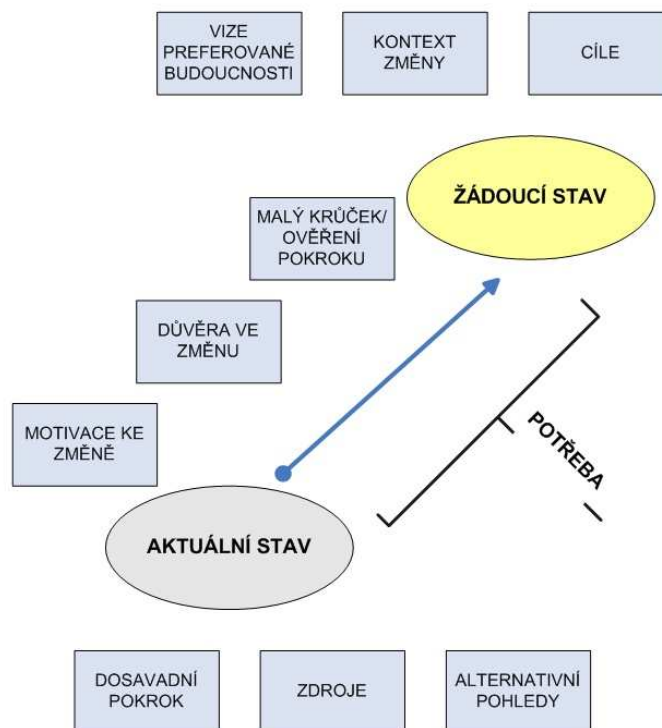
Zjišťování potřeb v přístupu zaměřeném na řešení

V případě přístupu zaměřeného na řešení lze opět nalézt několik společných bodů napříč různými teoretickými východisky jednotlivých směrů, které se na pomyslném kontinuu k tomuto pólu blíží.

- a) **Připojení ke klientovi** – vytvoření spolupracujícího vztahu s klientem, nehodnotící porozumění jeho pohledu, práce pracovníka s vlastními předsudky

- b) **Orientace v kontextu** – zjišťování, kdo je zapojen do „problémového systému“ a jaká má očekávání a přání; klíčové otázky: „Čí to byl nápad vyhledat pomoc?“, „Kdo co očekává?“, „Kdo vás podporuje?“, „S kým je možné vyjednávat?“, „Komu by to, co si přejete, rovněž prospělo?“
- c) **Vize preferované budoucnosti a definování cílů** – detailní popis žádoucího stavu a z něj definované cíle, které splňují požadavky dobře zformulovaných cílů (De Jong, Berg, 1997); klíčové otázky: „Předpokládejme, že jsme se potkali po dvou letech, váš problém je vyřešený a žijete uspokojivý a šťastný život... Jak to vypadá? Co děláte? Co dělají druzí lidé?...“, „zázračná otázka“ (podrobněji viz. Zatloukal, 2009)
- d) **Monitorování dosavadního pokroku a výjimek** – detailní zjišťování toho, co již klient vykonal a kam se posunul směrem k cíli a zjišťování situací, kdy problém byl menší nebo méně často; klíčové otázky: „Na škále od 0 do 10, kde 0 je situace, kdy to bylo nejhorší a 10 situace, kdy je problém vyřešený – kde se nyní nacházíte? V čem je rozdíl mezi A (aktuální stav, který klient číselně určí) a 0?“, „Stalo se vám někdy, že se problém nevyskytnul, ačkoli jste čekal, že se objeví? Nebo že měl menší intenzitu?“
- e) **Zjišťování zdrojů** – popis schopností, dovedností a dalších podpůrných faktorů, které klientovi umožnili situaci zlepšit nebo udržet na stávající úrovni; klíčové otázky: „Jak se Vám podařilo dostat se na škále z 0 na A?“
- f) V této fázi je již potřeba (rozdíl mezi žádoucím a aktuálním stavem zohledňující kontext) podrobně definována, místo ověřené intervence typické pro přístup zaměřený na problém zde většinou následuje **zkoumání motivace klienta ke změně a důvěry ve změnu** (pomocí škály, konfrontace nebo demonstrace v sezení anebo jiného nástroje), zkoumání a vyzdvižení **zdrojů** a definování prvního **malého krůčku** směrem k cíli (De Jong, Berg, 1997; Úlehla, 1999; De Shazer, 1994; Glasser, 2000).

Jednotlivé fáze přehledně znázorňuje obrázek 5.



Obr. 5: Posuzování potřeb v přístupu zaměřeném na řešení

Výhody tohoto přístupu:

- Podrobný a konkrétní **popis žádoucího stavu i aktuálního stavu**
- **Žádoucí stav** je definován na základě **přání klienta** a s ohledem na **sociální kontext**
- V rámci mapování aktuálního stavu jsou zmapovány především **zdroje**, které lze využít pro další práci snáze než deficity
- **Úspornost** – pracovník zjišťuje pouze informace, které lze využít pro definování potřeb a možností jejich naplňování
- Takto vedený rozhovor je **příjemnější pro klienta i pro pracovníka** a minimalizuje riziko iatrogenního poškození klienta

Úskalí tohoto přístupu:

- Klade velké **nároky na pracovníka**, protože nemá takovou míru jistoty jako v přístupech zaměřených na problém a je nucen spíše experimentovat a občas i tápat
- jeho praktikování vyžaduje **dlouhodobý trénink** zahrnující nejen osvojení potřebných dovedností, ale i změnu myšlení
- při extrémním uplatnění tohoto přístupu, kdy by byl problém zcela ponechán stranou, by se mohlo stát přísné zaměření na řešení **překážkou k vybudování důvěryplného a bezpečného vztahu s klientem**, protože klient by mohl získat dojem, že jeho problémy pracovníka nezajímají nebo že jej s nimi dokonce obtěžuje.
- Tento způsob uvažování je v rozporu s mnoha etablovanými teoriemi a může být **překvapující** i pro klienty

Závěrem

Posuzování potřeb je v sociálních službách oblastí četných nedorozumění a nejasností. V tomto příspěvku jsme se v první části pokusili nastínit, jak potřebám a procesům jejich posuzování rozumíme. Dobře definovaná potřeba popisuje dojednaný rozdíl mezi žádoucím stavem a aktuálním stavem klienta.

V druhé části jsme představili dva obecné přístupy – přístup zaměřený na problém a přístup zaměřený na řešení, které oba mohou vést k popisu potřeb podle výše uvedených kritérií, ale rozličnými cestami. Oba přístupy vnímáme spíše jako ideální typy, které umožňují pracovníkovi reflektovat jeho způsob práce z určité (z našeho pohledu užitečné) perspektivy. Konkrétní pracovníci se – bez ohledu na svou teoretickou orientaci – nacházejí někde na kontinuu mezi oběma póly. Oba přístupy mají své výhody i úskalí. Vzhledem ke zvýšenému riziku (nikoli však nutnosti) iatrogenního poškození klienta a k relativně chudému popisu obou klíčových aspektů potřeb (aktuálního stavu coby deficitu i stavu žádoucího coby normy) u přístupu zaměřeného na problém, doporučujeme spíše směřovat v rozhovorech s klienty k zaměření na řešení, které považujeme za bezpečnější pro klienta i pracovníka a nabízející bohatší a v další práci využitelnější popisy žádoucího i aktuálního stavu. Kromě těchto pragmatických hledisek pro nás hraje roli i hledisko „estetické“: mít příležitost obdivovat klienty ze jejich schopnosti a (třeba drobné) úspěchy, sledovat s nimi známky zlepšení, objevovat společně zdroje a možnosti, o kterých neměli tušení, že je mají, moci tvořivě experimentovat, to vše pro nás znamená společně se podílet na vytváření uměleckého díla svého druhu. Harry Korman tento aspekt na workshopu v Olomouci shrnul výstižně:

„Nedělám přístup zaměřený na řešení proto, že je lepší, než ostatní, ale prostě proto, že mě víc baví.“

Literatura:

- ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M. (eds.) **Social work: Themes, issues and critical debates**. Hampshire: Palgrave, 1998.
- ANDERSON, H. **Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii**. Praha: NC publishing, 2009.
- BATESON, G. **Mysl a příroda: nezbytná jednota**. Praha: Malvern, 2006.
- BĚLOHLÁVEK, F., KOŠTAN, P., ŠULEŘ, O. **Management**. Olomouc: Rubico, 2001.
- BERG, I. K. **Posílení rodiny**. Praha: ISZ, 1992.
- COOPER, J., LANE, P. **Marketingové plánování**. Praha: Grada, 1999.
- ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. **Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (průvodce poskytovatele)**. Praha: MPSV, 2002.
- DE JONG, P., BERG, I. K. **Interviewing for solutions**. Pacific Groove: Brooks/ Cole publ., 1998.
- DE JONG, P., MILLER, S. D. **How to interview for client strengths**. *Social work* 40, 1995, s. 729 – 736.
- DE SHAZER, S. **Words were originally magic**. New York: Norton & co., 1994.
- DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., SPARKS, J. A. **The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- FORET, M. **Marketingový výzkum**. Praha: Grada, 2003.
- FREUD, S. **Vybrané spisy I.: Přednášky k úvodu do psychoanalýzy, Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy**. Praha: Avicenum, 1991.
- GLASSER, W. **Counseling with choice theory**. New York: HarperCollins publ., 2000.
- GLASSER, W. **Reality therapy**. In ZEIG, J. K. (ed.) *The evolution of psychotherapy: The second conference*. New York: Brunner/ Mazel publ., 1992, s. 270 – 278.
- GOOLISHIAN, H. A., WINDERMAN, L. **Constructivism, autopoiesis and problem determined systems**. *The Irish journal of psychology* 9, 1998, s. 130 - 143.
- GRENZ, S. J. **Úvod do postmodernismu**. Praha: Návrat domů, 1997.
- GUPTA, K. et al. **A practical guide to needs assesment**. 2nd ed. San Francisco: John Willey and sons, 2007.
- HARTL, P. **Komunita občanská a komunita terapeutická**. Praha: SLON, 1997.
- HAVLÍK, M., KOLDINSKÁ, J. et al. **Nové zjišťování potřeb**. Praha: Komunitní plánování o.p.s., 2009.
- JENKINS, D., GREGORY, J. **Gorily chtějí banány: Tajemství štíhlého marketingu**. Praha: Práh, 2007.
- KOTLER, P. **Marketing management**. Praha: Grada, 2007.
- KOTLER, P., DE BES, F. T. **Inovativní marketing**. Praha: Grada, 2005.
- KRATOCHVÍL, S. **Základy psychoterapie**. 4. vyd. Praha: Portál, 2002.
- LEVINSON, J. C. **Guerilla marketing**. Brno: Computer press, 2009.
- LOEWENTHAL, D., SNELL, R. **Post-modernism for psychotherapists: A critical leader**. New York: Brunner-Routledge, 2003.
- LUDEWIG, K. **Systemická terapie**. Praha: Pallata, 1994.
- MATOUŠEK, O. et al. **Metody a řízení sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- MATOUŠEK, O. et al. **Sociální služby**. Praha: Portál, 2007.
- MATOUŠEK, O. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- NAVRÁTIL, P. **Posouzení v sociálně-historickém kontextu**. In SMUTEK, M., KAPPL, M. (eds.) **Proměny klienta služeb sociální práce**. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, s. 453 – 460.
- NAVRÁTIL, P. **Posouzení v sociální práci**. In NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. et al. **Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce**. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010a, s. 9 – 23.
- NAVRÁTIL, P. **Reflexivita v posouzení a v sociální práci**. In NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. et al. **Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce**. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010b, s. 24 – 46.
- NAVRÁTIL, P. **Teorie a metody sociální práce**. 2. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001.
- OVRETVEIT, J. **Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management**. Buckingham: Open University press, 1993.
- PETERS, T. **Prosperita se rodí z chaosu**. Praha: Pragma, 2001.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. **Psychoterapeutické systémy**. Praha: Grada, 1999.
- ROYSE, D. et al. **Needs assesment**. New York: Oxford University Press, 2009.
- SALAMON, E., ANDERSSON, M., GREVELIUS, K. **The AGS commision model**. Stockholm: 1991.

- SKŘIČKOVÁ, Z. (ed.). **Metodiky pro plánování sociálních služeb**. Praha: MPSV ČR, 2007.
- ÚLEHLA, I. **Umění pomáhat**. 2. vyd. Praha: SLON, 1999.
- VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. **Systemická terapie a poradenství**. Brno: Cesta, 2001.
- WAMPOLD, B. E. **The great psychotherapy debate: Models, methods and findings**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- WELCH, B. **Mapování a management péče**. Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce, 1991.
- ZATLOUKAL, L. „Zázračná otázka“ a její využití v krátké terapii. *Psychoterapie*, 3, 2009, s. 179 - 191.
- ZATLOUKAL, L. **Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování**. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008a.
- ZATLOUKAL, L. **Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů**. *Psychoterapie* 1, 2007b, s. 183 – 203.
- ZATLOUKAL, L. **Postmoderní myšlení v poradenské praxi**. *Sociální práce* 2007a, č. 3, s. 75 – 86.
- ZATLOUKAL, L. **Práce se „zakázkami“ v psychoterapii a poradenství – systemický přístup**. *Sociální práce* 2008b, č. 3, s. 82 - 93.
- ZATLOUKAL, L. **Význam teoretického rámce při výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy**. *E-psychologie (elektronický časopis Českomoravské psychologické společnosti)* 4, 2010, s. 37 – 54 (Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/zatloukal1.pdf>).
- ZEIG, J. K., MUNION, M. W. **Milton H. Erickson**. Praha: Triton, 2008.

¹ V textu používáme pojmy „klient“ nebo „uživatel služby“ jako synonyma, přičemž prvnímu označení zde dáváme přednost.

² Z tohoto důvodu používáme pro popis tohoto procesu pojem „posuzování potřeb“ (jako ekvivalent anglického „needs assessment“) namísto u nás často užívaného pojmu „zjišťování potřeb“. Pojem „zjišťování potřeb“ z našeho pohledu sugeruje nějakou objektivní – na vyjednávání zainteresovaných stran nezávislou - existenci potřeb, které lze nějakým vhodným způsobem „správně“ odhalit či zjistit, což neodpovídá našemu pojetí potřeb.

³ Podrobněji k zadavatelům a jejich hierarchii viz. Salamon et al. (1991), Zatloukal (2008b).

⁴ K pojmům poskytovatel a zadavatel viz. Skříčková et al. (2007).

⁵ Ačkoli tvrdíme, že lze „společné pole“ měnit na základě vyjednávání, neznamená to, že všichni účastníci mají při tomto vyjednávání stejný vliv na výsledek. Stále se uplatňuje hierarchie zadavatelů (Zatloukal, 2008b). Dobře je to patrné na definici potřeby z britské příručky o „managementu péče“: „Potřeba je termín vyjadřující požadavky jednotlivců, které jim mají umožnit dosáhnout, udržet si nebo obnovit přijatelnou úroveň sociální nezávislosti nebo kvality života tak, jak jsou definované příslušnou poskytovatelskou organizací nebo úřadem.“ (Welch, 1991, s. 17)

⁶ Goolishian a Andersonová jej nazývají „problémem determinovaný systém“, Ludewig (1994) jednodušeji „problémový systém“.

⁷ Podrobněji k „problémovým systémům“ viz. Ludewig (1994), Zatloukal (2008b), Von Schlippe, Schweitzer (2000).

⁸ Jména i reálie příkladu jsou smyšlené, příklad slouží jen pro ilustraci.

⁹ Pro didaktické účely jsou pohledy jednotlivých aktérů záměrně zjednodušené a vyhraněné.

¹⁰ Za „skutečnou“ potřebu je podle Bradshawa považována pouze první varianta. S tímto závěrem se ztotožňujeme v tom smyslu, že pouze v první variantě dochází ke shodě jednotlivých pohledů a nacházíme se v pomyslném „společném poli“ (viz. obr. 2)

¹¹ Podrobněji k diskusi o diagnózách a o medicínském modelu v psychoterapii a poradenství viz. Miller, Duncan, Hubble (2000) nebo Zatloukal (2010).

¹² Typickým jevem u takových dotazníků je bod: „Označte prosím, které služby vám chybí...“, po němž následuje výčet sociálních služeb podle zákona 118/ 2006 Sb. a respondent má zaškrtnout své „potřeby“.

¹³ Tato chyba se objevuje velmi často, proto na nutnost oddělit posuzování potřeb od směřování klientů do stávajících služeb opakovaně upozorňuje např. Welch (1991) nebo Ovetveit (1993).

¹⁴ V oblasti poskytování sociálních služeb se tímto „klasickým“ přístupem při zjišťování potřeb zabývá např. Matoušek et al. (2003) nebo Royse et al. (2009).

¹⁵ Navrátil (2010a,b) například zdůrazňuje rozdíl mezi objektivistickým a konstruktivistickým přístupem k posuzování životní situace klienta (což zahrnuje i posuzování potřeb), jiné klasifikační modely, podle nichž lze jednotlivé poradenské a terapeutické přístupy klasifikovat, nabízí např. Prochaska, Norcross (1999) nebo Ludewig (1994).

¹⁶ Některé díle proudy v rámci různých přístupů, které mají blízko k našemu pohledu, jsou zmíněny v Zatloukal (2007b).

¹⁷ Někdy se v obdobném smyslu hovoří o „medicínském modelu“ aplikovaném v terapii, poradenství či sociální práci (De Jong, Berg, 1997; Zatloukal, 2010; Duncan, Miller, Sparks, 2004).

¹⁸ Diagnóza může vycházet nejen z diagnostických manuálů, ale i z teorií jednotlivých přístupů (a každý přístup takovou možnost nabízí – diagnóza pak může mít podobu např. „problematický životní scénář“ (transakční analýza), „iracionální přesvědčení“ (REBT), „neadaptivní vzorec chování“ (behaviorální přístup), „nedokončená záležitost“ (gestalt), „noogenní neuróza“ (logoterapie), „nevyřešený konflikt z dětství“ (psychoanalýza), „problémem determinovaný systém“ (systemický přístup), „rezignace na autorství vlastního příběhu“ (narativní přístup) apod. Tím, že každý přístup nabízí možnost v rámci svých teoretických konstruktů diagnostikovat či nálepkovat klienty, není řečeno, že každý pracovník musí této možnosti využívat nebo že ji všichni využívají stejnou měrou. Nakolik pracovník potřebuje přesnou diagnostiku, natolik se pomyslně blíží k pólu zaměření na problém a vzdaluje od pólu zaměření na řešení.

¹⁹ Zaujetí anamnézou ukazuje i příklad z nedávné doby: Jeden z autorů (L. Z.) se zúčastnil školení o anamnéze určeného pro pracovníky azylových domů pro bezdomovce, na němž lektor prezentoval velmi podrobný seznam anamnestických údajů, které silně doporučoval zjišťovat, protože „to může souviset s problémy těchto lidí“. Kromě rodinného zázemí nebo zdravotního stavu zde byly i položky jako „průběh porodu“ nebo „prožívání puberty“, což vyvolalo četné pobavené úsměvy účastníků. Když byl lektor dotázán, zda by se výběr informací, které pracovník zjišťuje, neměl spíše než od nějakého „objektivního“ seznamu odvíjet od způsobu práce daného pracovníka (jiné informace jsou užitečné pro pracovníka používajícího dynamické přístupy, jiné pro pracovníka pracujícího v rámci gestalt přístupu nebo systemického přístupu), nebyl schopen tuto otázku reflektovat. Přesto lze říci, že jeho zaujetí anamnézou a zejména některými konkrétními položkami anamnézy logicky souvisí s jeho vlastním (nikoli jediným správným) způsobem práce s klienty a zasloužilo by si tedy hlubší reflexi.

²⁰ Integrovaní poškození klienta je újma, která klientovi vznikla v důsledku terapie či poradenství.

²¹ Na kurzu ericksonovské hypnoterapie v Olomouci vyprávěl Jiří Zíka příhodu, která tento fakt dobře dokumentuje: Měl před lety ještě coby aktivní sportovec (běžec dlouhých tratí) úraz kolene a lékař mu po operaci řekl: „Tohle vás bude bolet ještě pět let.“ Ačkoli to patrně nemyslel doslovně, tato předpověď se posléze přesně na den naplnila.

²² Podrobněji o přístupu zaměřeném na řešení viz. De Jong, Berg (1998), De Shazer (1994), De Jong, Miller (1995), Berg (1992),