

**UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální práce v kontextu domácího násilí
v kombinaci s duševním onemocněním**

Social work in the context of domestic violence combined
with mental illness

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Ester Poláčková

Praha 2019

Autor práce: **Bc. Ester Poláčková**

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Cirmannová, Ph.D.**

Oponent práce: **Mgr. Sylvie Stretti**

Datum obhajoby:

Hodnocení:

PODĚKOVÁNÍ

Především děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Tereze Cirmannové, Ph.D. za její odborné vedení, lidský přístup, spolehlivost a neutuchající podporu.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Sociální práce v kontextu domácího násilí v kombinaci s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7. 5. 2019

Bc. Ester Poláčková

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá možnostmi sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím majícími duševní onemocnění. V teoretické části shrnuje současnou formu sociální práce s cílovou skupinou klientů ohrožených domácím násilím a cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním. V praktické části je popsáno šetření této problematiky, analyzovány rozhovory se sociálními pracovníky a navržena metodika práce. V závěrečné diskuzi je polemizováno nad výsledky šetření a nad úspěšností užití navržené metodiky.

ANNOTATION

The diploma thesis follow up the possibilities of social work with survivor of domestic violence having mental illness. The theoretical part summarizes the current form of social work with the target group of clients by survivor of domestic violence and the target group of clients with mental illness. In the practical part is described the investigation of this issue, analyzed interviews with social workers and proposal of work methodology. In the final discussion, the results of the survey and the success of the proposed methodology are controversial.

KLÍČOVÁ SLOVA

Domácí násilí, oběť domácího násilí, osoba ohrožená domácím násilím, sekundární viktimizace, duševní onemocnění, sociální práce, teorie a metody sociální práce, domácí násilí v kontextu duševního onemocnění, psychiatrická sociální práce, šetření, metodika, interdisciplinární spolupráce.

KEYWORDS

Domestic violence, victim of domestic violence, survivor of domestic violence, secondary victimization, mental illness, social work, theories and methods of social work, mental illness, domestic violence in the context of mental illness, psychiatric social work, investigation, methodology, interdisciplinary cooperation.

OBSAH

Úvod	7
1 Aktuální rámec sociální práce s klienty ohroženými domácím násilím	10
1.1 Sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím v České republice	12
1.1.1 Odborné sociální poradenství	14
1.1.2 Intervenční centra	15
1.2 Sociální práce s osobami ohroženými DN v zahraničí	17
1.2.1 V USA	18
1.2.2 V zemích západní Evropy	20
1.3 Feministická teorie sociální práce	23
2 Aktuální rámec sociální práce s klienty s duševním onemocněním	25
2.1 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním v ČR	25
2.1.1. Metody sociální práce s klienty s duševním onemocněním	26
2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie v sociální práci	27
2.2 Psychiatrická sociální práce (psychiatric social work) v zahraničí	28
2.2.1 Psychiatric social work in USA	28
2.2.2 V zemích západní Evropy	29
3 Metody sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím v kombinaci s duševním onemocněním	32
3. 1. Přehled užívaných metod v České republice	32
3. 2. Přehled užívaných metod v zahraničí	34
3. 3. Analýza: Setkání duševního onemocnění a domácího násilí	36
4 Možnosti sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím v kombinaci s duševním onemocněním - metodologický rámec šetření	40
4. 1. Metoda sběru dat a metodika šetření	42
4. 2. Metoda zpracování dat	42
4. 3. Charakteristika respondentů	44
4. 4. Limity šetření	44
4. 5. Konceptualizace užitých pojmů	45
5 Možnosti sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím v kombinaci s duševním onemocněním - výsledky a interpretace	48
5. 1. Výsledky	48
5. 2. Analýza a interpretace	54
5. 2. 1. Pohled sociálních pracovníků na problematiku domácího násilí a duševního onemocnění	55
5. 2. 2. Zdroje a návyky pracovníků	55
5. 2. 3. Postupy: know - how organizací	56
5. 2. 4. Teorie, metody, techniky	57
5. 2. 5. Nefunkční postupy a jiné podněty respondentů	61

5. 2. 6. Shrnutí	62
5. 3. Diskuze dílčích otázek	63
6 Diskuze	66
7 Základní návrh metodiky	72
7. 1. Postupy a podmínky jednání	72
7. 1. 1 Další forma spolupráce	76
7. 1. 2. Klient v akutní formě nemoci	76
7. 2. Doporučení pro organizace pracující s klienty s duševním onemocněním	77
7. 3. Předpoklady použití a limity funkčnosti metodiky	78
Závěr	80
Summary	81
Použitá literatura	83
Seznam příloh	87

ÚVOD

Toho času pozoruji při práci s klienty v organizace proFem - Centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o. p. s. nedostatky v oblasti manuálů či obecně stanovených postupů, jak pracovat s klienty s duševním onemocněním.

Práce s tímto druhem klientů má svá specifika, která se do poradenství v kontextu domácího násilí bezpochyby promítají. Je třeba brát na zřetel psychický stav klienta a jeho možnosti, jak uchopí práci na zakázce a spolupráci s danou organizací. Nelze například poskytovat poradenství, pokud je klient akutně psychotický, případně je jeho nemoc jinak dopenzována. I přes dnešní trend s klientem pracovat jako s jedinečnou bytostí a vyhýbat se “škatulkování” do různých diagnóz jsem toho názoru, že s klienty s duševním onemocněním je třeba pracovat jinak než s klienty z tzv. zdravé populace. Při poskytování poradenství se můžeme setkat s různými problematickými situacemi, kdy je pracovník nucen zvažovat původ klientových projevů. Jsou jeho projevy součástí duševního onemocnění, nebo dlouhodobé přítomnosti domácího násilí? Dle toho pak pracovník aplikuje metodu nebo techniku práce s klientem.

Diplomová práce je zpracována během letního a zimního semestru roku 2018 a letního semestru roku 2019.

Práce bude sestavena ze sedmi kapitol. V první kapitole bude shrnuta forma aktuální sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím a krátký prostor bude věnován terminologii. Navazuji vzhledem do sociální práce s touto cílovou skupinou v zahraničí. V neposlední řadě bude krátce popsána feministická teorie sociální práce, a to z důvodu častého spojování s domácím násilím.

Druhá kapitola je totožně sestavena s tím rozdílem, že popisuje práci s klienty s duševním onemocněním, místo feministické teorii se věnuji kognitivně-behaviorální terapii, je to opět z důvodu obecného spojování tohoto druhu terapeutické práce s danou cílovou skupinou.

Ve třetí kapitole se zaměřuji na postupy a metody sociální práce v případě propojení problematik domácího násilí a duševního onemocnění. Čerpám z publikací a článků, které pojednávají o potížích dvou rozdílných cílových skupin u jednoho klienta.

Čtvrtá kapitola popisuje metodologický rámec šetření včetně konceptualizace pojmů. V první části páté kapitoly budou rozebrány výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky a ve druhé části budou interpretovány. Šestá kapitola obsáhne diskuzi věnující se úvahám

nad sociální prací s osobami ohroženými domácím násilím a nad jejím dalším směřováním, je rozebírána jinakost ve způsobu práce a celkového zaměření organizací pracujících dle své cílové skupiny. Dále je polemizováno nad možnostmi užívání metodiky v praxi.

Sedmá kapitola je věnována samotné metodice, která je sestavena dle zjištěných informací v diplomové práci. Reflektuje poznatky a aplikuje je do přímé práce s klienty.

Závěr je věnován reflexi počátečních předpokladů a shrnutí diplomové práce. Citováno je ve zkrácené formě ISO 690 a plné citace jsou uvedeny v Seznamu použité literatury.

1 AKTUÁLNÍ RÁMEC SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY OHROŽENÝMI DOMÁCÍM NÁSILÍM

Domácí násilí je podstatný fenomén, který nalézáme napříč všemi druhy společností a skrz celou naši historii rodin a osob žijících ve společné domácnosti. Stále nás, mohu si snad dovolit říci odborníky (sociální pracovníky), překvapuje jeho vysoký výskyt, latentnost a stálost pokračování přes veškeré praktiky a možnosti prevence. Tento postoj mohu doložit na statistikách počtu vykázaní, které každoročně vyhotovuje Bílý kruh bezpečí.¹ Pokud se podíváme na poslední čtyři roky, zjistíme, že počet vykázaní v České republice se liší pouze v desítkách vykázaných osob.² Podle průzkumu obecně prospěšné společnosti **proFem**³ z roku 2012 se v České republice setká s násilím ve vztahu během svého života 40 % žen. Dále podle výsledku průzkumu je policie přivolána pouze k 20 % případů domácího násilí.⁴

Tímto krátkým úvodem do kapitoly bych chtěla vyjádřit aktuálnost tématu a, jak je bezesporu důležitá role sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím. Násilí ve společnosti bude existovat i nadále a na tento fakt musí opakovaně sociální práce reagovat a rozvíjet se tak, aby klientům co nejlépe a adekvátně pomohla v jejich nelehké životní situaci.

Abych mohla dále pokračovat, zastavím se zde ještě u pojmu **osoba ohrožená domácím násilím**. Toho času moderní pojmenování se dostává do literatury čím dál častěji a nahrazuje koncept **oběť domácího násilí**. Pojem oběť v mnohých odbornících i klientech vyvolával příliš mnoho rozpaků, klienti se často s ním neidentifikovali, nebo je přímo toto pojmenování vyděsilo. Pro příklad uvedu kratší rozhovor z prvního kontaktu s klientkou.

Pracovnice: *„Říkala jste, že Váš manžel Vám dá facku pokaždé, když mu nechutná večere nebo když mluvíte o tom, že nemáte dostatek peněz k nakoupení dárku buď na Vánoce, anebo na narozeniny dětem. Slovně Vás napadá, a to nadávkami a výhrůzkami, kontroluje, kam a kdy odcházíte. Z toho všeho mohu usoudit, že jste oběť domácího násilí. Nikdo nemá*

¹ Statistiky. *Domaci nasili.cz: Bílý kruh bezpečí* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.domacinasili.cz/statistiky/>.

² Za rok 2014 bylo vykázano 1382 agresorů, v roce 2015 vykázano 1306, v roce 2016 vykázano 1316 a v roce 2017 vykázano 1348 osob.

³ **proFem - centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o. p. s.** poskytuje odborné sociální poradenství pro osoby ohrožené domácím násilím v Praze, dále zaštiťuje tři intervenční centra ve Středočeském kraji (Benešov, Beroun, Příbram).

⁴ Průzkum o domácím násilí v ČR 2012. *ProFem: centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o.p.s.* [online]. NMS Market Research, 2012, 25. 4. 2012 [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.profem.cz/clanek.aspx?a=84>.

právo se k Vám takto chovat. “

Klientka: „Oběť? To si nemyslím. Určitě jsou lidé, kteří jsou na tom hůř. On, Franta...víte...nejdou jen tyhle chvíle. Občas se chová hezky, nakoupí, o děti se umí krásně postarat, bere nás všechny často na výlety. Já bych jen chtěla, aby neměl tyhle nálady. Víte? On za to vlastně ani nemůže...“

U klientky můžeme vidět, že se snaží omlouvat manželovo chování, pojem oběť ji vyděsil. Neztotožňuje se s ním. Je ve stádiu, kdy teprve zvažuje své další kroky⁵. Pracovnice ji označila jako oběť a tím pádem vlastně jejího manžela za nebezpečného agresora. Hrozí zde například, že klientka se již nevrátí z důvodu obavy z pracovnice a jejího pohledu na manžela.

Obecně se zastává názor, že pojem oběť klienty stigmatizuje, nálepkuje. Na druhou stranu ani pojmenování osoba ohrožená domácím násilím není šťastné. Z pojmu není zcela jasné, co přesně se klientovi stalo či zda násilí na něm páchané pokračuje. Může například navozovat pocit, že problém je zlehčován. Pro příklad uvedu opět rozhovor pracovnice s klientkou z prvního kontaktu.

Pracovnice: „Abych se ve Vaší situaci lépe vyznala, trochu ji shrnu. Pokud na něco zapomenou, tak mě klidně doplňte. Před dvěma dny Vás partner napadl, když se vrátil z práce domů. Vy už jste od pohledu věděla, že je něco špatně. Začal na Vás hned ve dveřích křičet, že máte určitě milence. Nechtěl Vás poslouchat, že nikoho nemáte. Po té po Vás hodil židli a následně Vás začal škrtit. Vyběhla jste z domu ven a volala jste o pomoc. Partner vyběhl za Vámi, srazil Vás k zemi a dal Vám pěstí několikrát do obličeje. Policii zavolala Vaše sousedka. To, co mi tu popisujete, značí, že jste osoba ohrožená domácím násilím.“

Klientka: „Vždyť mě ten debil vymlátil všechny zuby. Podívejte se na mě, jak vypadám. Mám na sobě tunu make upu, abych zakryla modřiny. To jsem sakra víc než ohrožená. Jak jsem mohla být tak slepá. Fakt nevím, co mu hráblo.“

Klientka z pojmu osoba ohrožená domácím násilím může mít pocit nepochopení. Obzvlášť, pokud se jí stalo takové příkoří, že ji partner prakticky bezdůvodně zbil. Pojem vůbec neodráží její emoční a psychologický stav. Hrozí, že pracovník s klientem nenaváže vztah.

Dle mého názoru by šikovný pracovník měl z těchto situací umět tzv. správně vybruslit a na použitých pojmech tolik nezáležet. Domnívám se, že názvosloví nemusí být

⁵ U osob ohrožených domácím násilím je třeba důsledně domapovat, v jaké fázi rozhodování se klient nachází, některé neuvážené kroky ze strany pracovnice nebo příliš rychlá řešení klienta mohou zúzkostnit a případně dostat zpět k agresorovi..

příkládán stěžejní význam při práci s klientem, pokud mu následně vysvětlíme, co konkrétně jsme tím měli na mysli. V druhém rozhovoru lze velmi dobře použít některé z technik krizové intervence a s klientkou pracovat s emocemi, klást otázky typu: „*A jak se Vám to takhle poslouchá/mluví o tom?*“

Pro koho je tedy pojem osoba ohrožená domácím násilím určen? Dle mého názoru je především pro odbornou veřejnost, která sama není rozhodnuta, zdali je vhodný či ne. Shoduje se ale na tom, že je to lepší pojmenování než výraz oběť.⁶ A především z tohoto důvodu budu tento termín používat ve své diplomové práci.

V anglicky psané literatuře mají pro osoby ohrožené domácím násilím výraz *survivor*, to znamená přeživší. Ani tento výraz se však do českého prostředí nedá implementovat bez problémů. Tento výraz odkazuje spíše na oběti holocaustu.

Je těžké nalézt slovo pro pojmenování toho, co klienti zažívají. Je to celá paleta různých emocí: bezmoc, ztráta a různých situací, které, ať bychom se snažili sebevíc, nemůžeme skrýt pod jedno jednoduché pojmenování. A po klientech ani nemůžeme požadovat, aby se s námi navrženými termíny ztotožnili.

1.1 Sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím v České republice

Záchrannou sítí pro osoby ohrožené domácím násilím v České republice tvoří především čtyři zákony: zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), zákon na ochranu před domácím násilím (zákon č. 135/2006 Sb.), zákon o Policii ČR (zákon č. 273/2008 Sb.) a zákon o obětech trestných činů (zákon č. 45/2013 Sb.). Tyto zákony a služby tvoří pilíře efektivní sociální práce. Samotná sociální práce je poskytována prostřednictvím sociálních služeb. Metody sociální práce budou zmíněny v rámci jednotlivých služeb. Podrobněji se jim budu věnovat až v empirické části v kapitole třetí.

Zlomovou událostí pro celou sociální práci byl bezesporu zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Pro oblast domácího násilí bylo důležité, že se jím formulovalo pět hlavních prvků pomoci. Těmito prvky jsou intervenční centra, odborné sociální poradenství,

⁶ Nad lepším pojmenováním osoby ohrožené/oběti domácího násilí se chvíli diskutovalo pod vedením Bc. Petry Wünschonové, ředitelky Lociky - Centra pro děti ohrožené domácím násilím, na Konferenci VČAS A SPOLU - trestní řízení očima dítěte, která se konala 23. 11. 2017 v prostorách Ministerstva vnitra ČR.

azylové domy, krizová pomoc a telefonická krizová pomoc.

Telefonická krizová pomoc pro osoby ohrožené domácím násilím je především poskytována na DONA lince, kterou provozuje Bílý kruh bezpečí. Je ale samozřejmostí, že osoby ohrožené mohou volat i na jiné telefonické krizové linky (například na Linku důvěry, Pražskou linku důvěry apod.). Jejich hlavní zásadou je být nízkoprahový. Toto označení znamená, že je nastaven co nejnižší práh pro vstup do služby. Z toho důvodu jsou linky anonymní a bezplatné. Anonymní jsou oboustranně. Klient své jméno nemusí uvádět, pracovník se představuje pouze jako pracovník dané linky. Linky slouží především na krátkou dobu pro osoby, které se nacházejí v těžkých životních situacích, kdy už nemůžou využívat, nebo jim již nefungují jejich obranné mechanismy.⁷

V posledních letech se začaly rozšiřovat i **chatové krizové linky**, které zpravidla poskytuje portál elinka.iporadna.cz. Chatovou službu pro osoby ohrožené domácím násilím zde dvakrát do týdne poskytuje proFem - centrum pro oběti domácího a sexuálního násilím (dále jen proFem).

Krizová pomoc je stejně jako telefonická krizová pomoc poskytována osobám, které se dostali do takové životní situace, kterou již nezvládnou vlastními obrannými mechanismy. Krizová pomoc je poskytována terénně, ambulantně a pobytově.⁸ Na poskytování krizové pomoci u problematiky domácího násilí se specializuje například společnost Acorus, jejíž azylový dům je vybaven i krizovými lůžky, kde klient může zůstat 5 pracovních dnů.⁹ Krizová intervence je poskytnuta osobám ohroženým domácím násilím i v intervenčních centrech, kterým věnuji jednu podkapitolu.

Dalším pilířem pomoci pro osoby ohrožené domácím násilím jsou **azylové domy**. Především pro ženy, které zažívají domácí násilí, je vytvořena síť azylových domů. Některé mají utajované adresy, aby pachatel domácího násilí nemohl oběť najít. Dům s utajenou adresou provozují společnosti Acorus a Rosa. Pobyt v azylovém domě je limitován časem, většinou zde mohou klientky zůstat 1 rok.¹⁰ Společnost Acorus následně spravuje, můžeme je nazývat, “*startovací byty*”, kde klientky po odchodu z azylového domu mohou limitovanou dobu zůstat, než si seženou vlastní bydlení. Jak bylo již řečeno, do těchto azylových domů mohou jen samotné ženy nebo ženy s dětmi. Vzhledem k jejich neustále naplněné kapacitě ale

⁷ Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §55.

⁸ Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §60.

⁹ Poslání služby krizová pomoc. ACORUS, z. ú.: *pomoc osobám ohroženým domácím násilím* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.acorus.cz/cz/sluzby/krizova-pomoc.html>.

¹⁰ Poslání služby azylový dům. ACORUS, z. ú.: *pomoc osobám ohroženým domácím násilím* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.acorus.cz/cz/sluzby/azylovy-dum.html>.

ženy často odcházejí i do azylových domů pro rodiny, nebo matky s dětmi, které však nedisponují utajovanou adresou, a agresor si je tam může jednoduše najít. Okolo vánočních svátků bývají ale i ty plné a klientky jsou umisťovány na čekací listinu.

Opomíjenou oblastí v sociálních službách je možnost utajeného bydlení pro ohrožené osoby mužského pohlaví. Domácí násilí na mužích je stále značně skryté. Muži jako osoby ohrožené dochází do sociálních služeb v minimu případů. Z toho důvodu je těžké vytvořit jakékoliv průzkumy a statistiky. Z několika statistik, kterými disponujeme, mohu zmínit například statistiku Bílého kruhu bezpečí, dále jen BKB. BKB uvádí, že za 1.– 3. čtvrtletí v roce 2017 z jejich počtu klientů ohrožených domácím násilím bylo jen 16 % mužů.¹¹ Statistiku BKB můžeme srovnat se starším průzkumem O' Learyho a kol. z roku 1989, který uvádí, že výlučně násilnou osobou ve vztahu bývá žena v 16-26 % případů.¹² Přitom ženy jako pachatelé domácího násilí jsou obecně uváděny pouze 2-5 % případů.¹³ Můžeme jen do budoucna doufat v kampaně pro lepší informovanost mužů o jejich právech, cílené především na jejich sebevědomí, a v otevření tohoto tabuizovaného tématu.

1.1.1 Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je, na rozdíl od základního sociálního poradenství, zaměřeno na jednu specifickou cílovou skupinu, se kterou dále pracuje. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách upřesňuje, že je poradenství „*poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin... (4). Služba podle odstavce 3 obsahuje tyto základní činnosti:*

a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

b) sociálně terapeutické činnosti,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.”¹⁴

Odborné sociální poradenství v oblasti domácího násilí poskytuje pomoc a podporu osobám ohroženým domácím násilím a jejich blízkým osobám. Osoba ohrožená je zmocňována k co největší možné samostatnosti, k zvládnutí krizových situací vlastními silami, a to prostřednictvím **individuální sociální práce** a **case managementu**. Cílem je především podpora a pomoc, prevence sociálního vyloučení, edukace v právní i sociální oblasti,

¹¹ Statistika: Statistika z poraden Bílého kruhu bezpečí 1.- 3. čtvrtletí 2017 - osobní kontakt (OSP). *Bílý kruh bezpečí: pomoc obětem trestných činů v ČR* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/onas/statistiky/>.

¹² Ševčík, D., Špatenková, N. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*, s. 66.

¹³ Tamtéž, s. 65.

¹⁴ Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §37

zprostředkování dalších návazných služeb. Poradny v oblasti problematiky domácího násilí disponují zaměstnancem nebo konzultantem s právním vzděláním, který provádí hlubší právní poradenství, a psychoterapeutem, který poskytuje pro klienty terapie.

Do poraden zaměřených na domácí násilí je ve většině případů nutné se předem objednat. Je to z více důvodů, například pro ochranu samotné sociální pracovnice. Může se stát, že na konzultaci přijde agresor, který se jeví a snaží se jednat jako osoba ohrožená. Objednáním klienta předem se může sociální pracovnice s kolegyněmi či kolegou domluvit, aby po nějakém čase přišli na kontrolu, popřípadě konzultovali přímo ve dvou, pokud se jim na klientovi něco nezdá v pořádku. Samotné objednání předem může být dobré i pro samotnou klientku. Může si udělat čas a sama se na konzultaci připravit, popřípadě najít například i hlídání pro své děti. Při vstupu do služby klientka musí procházet prvním kontaktem se sociální pracovnicí, kdy je probírána klientova situace a možnosti, jak konkrétně organizace může pomoci. Sociální pracovnice mapuje klientův stav a definuje spolu s klientem zakázku. Dále sociální pracovnice vyhodnocuje, jaké další služby klient potřebuje, a nabízí mu je (právní poradenství, advokát, terapie apod.). Při dalších konzultacích se s klientem pracuje na definici zakázek (bezpečnostní plán, rozvod, bydlení, předběžná opatření, trestní oznámení, svěření dítěte do péče apod.). Důležitou součástí odborného sociálního poradenství je fakt, že klient službu může kdykoliv opustit a pak se kdykoliv zpět vrátit. Klientovi je slíbena diskrétnost a svoboda ve výběru možností, jak může svou situaci řešit, a to včetně možností k pachateli se vrátit, nebo řešení své situace odložit. Klient je vždy upozorněn na oznamovací povinnost, kterou sociální pracovnice musí dodržovat, pokud se nějaký z trestných činů děje v domácnosti klienta (vražda, těžké ublížení na zdraví, obchodování s lidmi, zbavení osobní svobody, brání rukojmí, zneužití dítěte k výrobě pornografie, týrání svěřené osoby, padělání a pozměnění peněz...¹⁵).

Odborné sociální poradenství v ČR pro osoby ohrožené domácím násilím poskytuje například Acorus, z.ú., Althaiia, o.p.s, Bílý kruh bezpečí, z.s., Centrum naděje a pomoci, z.s., Centrum J.J.Pestalozziho, o.p.s., proFem - Centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o.p.s., Charita ČR, Diakonie ČR, Persefona, z.s., Středisko sociálních služeb Praha a další...

1.1.2 Intervenční centra

Intervenční centra jsou specializovaná pracoviště pro pomoc osobám ohroženým domácím násilím. Jako v odborném sociálním poradenství pracují metodami individuální

¹⁵ Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, část druhá, Hlava X, Díl 8, § 368

sociální práce a case managementu. Zásadou práce v intervenčních centrech je komplexnost poskytování služby. Klienti v nich mají možnost využívat právní a sociální poradenství, psychologickou pomoc a krizovou intervenci. Intervenční centra úzce spolupracují s Policií ČR, a to prostřednictvím interdisciplinárních setkání a vykázání.

Vykázání dle zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky je nástroj policie, kdy policie může vykázat pachatele domácího násilí na 10 dní ze společné domácnosti. Desetidenní lhůta je počítána od následujícího dne po vykázání policií. V praxi to znamená, že Policie ČR po vykázání pachatele pošle datovou schránkou nebo emailem zprávu do intervenčního centra, kde mají následně 48 hodin na kontaktování ohrožené osoby. Ohrožené osobě nabídnou své služby a je pouze na ni, zdali je chce využít. Pokud ohrožená osoba využít služby chce, je objednána na nejbližší možný termín. Důvodem je možnost sepsání předběžného opatření ve věcech ochrany před domácím násilím, které se podává na soud a lze s ním prodloužit vykázání až na 6 měsíců. Soud musí rozhodnout bezodkladně do 48 hodin. Vykázání může sloužit jako prevence proti dalšímu násilí, ale také jako možnost rozhodnout se, kam dál směřovat svůj život. Osoby ohrožené mají v této lhůtě čas rozmyslet si své další kroky, přemýšlet nad rizikovým vztahem, zapsat se na čekací listiny v azylových domech, najít si jiné náhradní bydlení, požádat o rozvod apod.

Do intervenčních center ale může přijít kdokoliv, kdo zažívá domácí násilí, nebo ho zažívá někdo z jeho blízkých a bude mu služba poskytnuta. Mnoho klientů jen přemýšlí nad svými možnostmi, v centrech hledají rady, pomoc a podporu. Jiní se snaží agresora opustit, ale chtějí to skrývat do poslední chvíle, a to především ze strachu z něj. Policii nevěří nebo s ní nemají dobré zkušenosti. Je mnoho druhů klientů, například i ti kteří nevědí, že mohou policii přivolat, nebo ti, které do center poslal jejich lékař. Je také mnoho oddělení Policie ČR, která z různých důvodů nevyužívají možnosti vykázání. V tomto případě je možnost sepsat předběžné opatření i bez vykázání a tímto způsobem policie tzv. obejít. V intervenčních centrech je s klienty možné sepsat i další různá právní podání a připravovat klienta na související soudní procesy - rozvod, trestní řízení apod.

Pro lepší dokreslení funkce intervenčních center představím jednu kazuistiku.

V domácnosti u paní A. došlo k vykázání poté, co ji manžel napadl z důvodu, že jí volali její rodiče. Celá situace se odehrála tak, že paní A. telefonovala, manžel náhle vešel do obývacího pokoje a začal ji slovně napadat, co zas telefonuje a že ho určitě zase pomlouvá. Paní A. odložila telefon a manželovi se omlouvala, že jen hovořila s matkou. Manžel klientky se i tak rozčilil a klientku velmi silně rukou uhodil, poté ji chytil za vlasy a vlácel přes obývací

do ložnice. V ložnici si sundal opasek z kalhot a bil ji opaskem. Když konečně přestal a odešel do koupelny, tak paní A. rychle vzala mobil a zavolala policii. Policie přijela a manžela klientky vykázala. Již na místě jí předali kontakt na intervenční centru, zároveň ale odeslali do intervenčního centra zprávu o proběhlém vykázání. Intervenční centrum se paní A. druhý den ozvalo a domluvilo s ní konzultaci. Při konzultaci byla paní A. poskytnuta krizová intervence. Na konzultaci paní A. střídavě plakala a mluvila o dvou dětech, které s manželem má a o které se bojí, že přijde, když od něj odejde. Manžel ji tím pravidelně vyhrožuje, a proto u něj stále zůstává. Klientka se rozmluvila, že násilí trvá již asi 5 let, a to od narození druhého syna. Od manžela chce odejít, ale velmi se ho bojí. Zázemí má dobré u rodičů. Ti jí už několikrát nabízeli, aby i s dětmi k nim odešla. V intervenčním centru je jí nabídnuta psychická podpora od sociální pracovnice, je s ní sepsáno předběžné opatření ve věcech ochrany proti domácímu násilí, které prodlouží vykázání na měsíc. V tomto měsíci má čas se odstěhovat i s dětmi k rodičům. Dále je s klientkou sepsáno předběžné opatření v péči o děti, které se podává zároveň s návrhem na úpravu práv a povinností k nezletilým dětem do a po rozvodu. Manžel se snaží klientku kontaktovat skrz SMS a telefonáty, rozvést se nechce, a proto je klientka provedena celým sporným rozvodovým řízením. Je jí předán kontakt na levnějšího advokáta, který má s intervenčním centrem dohodu. Po rozvodu by klientka chtěla na manžela podat trestní oznámení. V intervenčním centru jí pomohou sepsat trestní oznámení. U trestního řízení má klientka právo na zmocněnce, který by ji zastupoval, a proto s ní v intervenčním centru sepiší i návrh na přidělení zmocněnce v TR. Až po čase se u klientky začínají objevovat příznaky traumatu, a proto jsou jí poskytnuty bezplatné terapie.

V registru poskytovatelů sociálních služeb můžeme najít informaci, že intervenční centra provozuje dohromady 18 různých společností na 48 různých místech v ČR. Ve všech těchto místech by měla osoba ohrožená domácím násilím nalézt pomoc, podporu a pochopení.

1.2 Sociální práce s osobami ohroženými DN v zahraničí

V tématech, jako je domácí násilí, je jistě důležitá zahraniční spolupráce a inspirace, co je třeba zlepšit a kde lze nalézt mezery v našem nebo jejich systému pomoci. V první řadě zde stručně popíší systém pomoci osobám ohroženým domácím násilím v USA, kde často nacházíme inspiraci a jejichž profesionální sociální práci si v ČR bereme za příklad. Prostředí USA je specifitější svou národnostní rozmanitostí a velké rozdíly jsou patrné i v systému

sociálního zabezpečení a sociálních služeb. Americká správa sociálního zabezpečení je úřad nezávislý na státu, který má jasně stanovené limity pro vyplácení sociálních dávek. Hlavními nástroji v systému sociálního zabezpečení v USA jsou důchodové pojištění, invalidní důchod a pozůstalostní důchod, zdravotní pojištění (není povinné, je možné i ve formě zvýšení daní; zaměstnavatel, který má více než padesát zaměstnanců, má povinnost nabídnout zaměstnanci sjednání pojištění), pojištění pro případ nezaměstnanosti (platí pouze, pokud klient pracoval na plný úvazek a po určitý počet dní), přídavky na sociální zabezpečení a dočasná podpora sociálně slabým rodinám.¹⁶ Sociálním službám a formám pomoci se budu věnovat v celé podkapitole.

1.2.1 V USA

Hlavní prvky pomoci osobám ohroženým domácím násilím tvoří v USA policie, státní programy, intervenční a preventivní programy, Family Justice Center (centra rodinné spravedlnosti), krizové linky, azylové domy/domácí útočiště a komunitní centra. Pilíř financování aktivit na podporu osob ohrožených domácím násilím stanoví zákon o prevenci a péči rodinám zasaženým násilím. Na základě tohoto zákona jsou financovány programy a ubytování pro osoby ohrožené domácím násilím.¹⁷

Pokud se hovoří o domácím násilí v USA, jsou nejčastěji zmiňována centra rodinné spravedlnosti (**Family Justice Center**). Posláním těchto center je poskytování společného přístupu osobám ohroženým domácím násilím a jejich rodinám, a to prostřednictvím koordinované spolupráce mezi službami, soudy, policií a dalšími prvky pomoci tak, aby osoba ohrožená získala maximální ochranu a pachatel byl schopen přijmout odpovědnost za své činy.¹⁸ Nástrojem policie v USA, chránící osobu ohroženou, je **zadržovací příkaz**. Tento příkaz je podobně koncipován jako vykazání v ČR. Agresor, na kterého je zadržovací příkaz uplatněn, nesmí osobu ohroženou ani její děti žádnou cestou po určitou dobu kontaktovat. Pokud se pachatel snaží ohroženou osobu kontaktovat, může ho policie zadržet. Policie se může také rozhodnout podat trestní oznámení proti pachateli po dokončení vyšetřování. Jakmile policie podá trestní oznámení, soudce pro stát (prokurátor) zahájí soudní řízení proti

¹⁶ *What You Need to Know When You Get Supplemental Security Income (SSI)* [online]. Security today and tomorrow, June 2017, , 32 [cit. 2018-02-25]. DOI: 480265. Dostupné z: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-11011.pdf>

¹⁷ *Family Violence Prevention & Services Act. NNEDV: The National Network to End Domestic Violence (NNEDV)* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://nnedv.org/content/family-violence-prevention-services-act/>

¹⁸ *The Union County Family Justice Center: About us* [online]. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://unioncountyfjc.org/about-us/>

pachateli. Policie může také nabídnout osobě ohrožené domácím násilím informace o komunitních zdrojích pro dočasné bydlení a další podporu, kterou bude potřebovat. Dalšími prvky ochrany jsou **nouzové zadržovací příkazy**. Policie může tento příkaz vydat, pokud se osoba ohrožená ocitne v bezprostředním nebezpečí. Dále také v případech, kdy nemůže okamžitě soud vydat příkaz k zadržení. Obvykle vyprší po několika dnech.

Dočasný zadržovací příkaz vydává soudce, než je případ projednán před soudem. Je tomu tak především kvůli bezpečí osoby ohrožené. Dočasné zadržovací příkazy mají obvykle platnost asi 14 dní.

Nekontaktní příkaz může soudce vydat, pokud věc přejde k soudu a agresor je obviněn z trestného činu. Je to trest za zločin a znamená, že násilník by již neměl mít s obětí žádný kontakt. Nekontaktní příkaz může být vydán na krátkou nebo i dlouhou dobu, záleží na případě a formě násilí. Dalším nástrojem soudu je **objednávka omezující domácí násilí**. Je to nařízení, které může trvat déle než nouzové nebo dočasné zadržovací příkazy. Může trvat i několik let.¹⁹

Důležitou právní normou pro posuzování domácího násilí je v USA rovněž **zákon o násilí na ženách** (VAWA), schválený v roce 2013 Barackem Obamou. Tento zákon například upravuje nároky na bydlení pro osoby ohrožené domácím násilím. Především stanovuje formu hypoték, zakazuje odmítnutí pronájmu osobám ohroženým a umožňuje pronajímatelům vypudit z bytu agresora.²⁰

Osoby ohrožené domácím násilím mají také nárok na **programy veřejné pomoci**. Statní program sociálního zabezpečení známý jako TAFT (dočasná pomoc pro potřebné rodiny). Tento program je určen rodinám s nízkými nebo žádnými příjmy. Existují také programy komunitní pomoci.

Se sociální prací se osoby ohrožené domácím násilím setkávají především v komunitních centrech, při ubytování a v programech zaměřených na osoby ohrožené domácím násilím.

Lídrem v poskytování pomoci osobám ohroženým domácím násilím se v USA stala

¹⁹ Getting a restraining order. *WomensHealth.gov: The Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.womenshealth.gov/relationships-and-safety/domestic-violence/getting-restraining-order>

²⁰ VIOLENCE AGAINST WOMEN ACT INCLUDES HOUSING PROVISIONS. *NCSHA: National council of state housing agencies* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.ncsha.org/blog/violence-against-women-act-includes-housing-provisions>

organizace **HELP USA**. Tato společnost poskytuje telefonní linku pomoci, individuální poradenství, podpůrné skupiny, krizovou intervenci, právní a policejní obhajobu, doporučení na různá místa, třídy rodičovských dovedností, vzdělávání v komunitě a přechodné bydlení.²¹ V HELP USA na většině pracovních pozic musí mít zaměstnanci minimálně bakalářské vzdělání v oblasti sociální práce.²²

Nejznámější **krizovou linkou v USA** je The National Domestic Violence Hotline, která je poskytována nonstop: jak telefonicky, tak chatově.²³ Krizovou pomoc dále poskytují i různá soukromá nebo církevní **krizová centra** napříč všemi státy USA.

V USA lze také nalézt **Safe Shalter House/Shalter House** neboli bezpečná útočiště/azylové domy. Tyto domy jsou bezpečné a řeší dočasné bydlení pro ženy a děti, které jsou ohroženy domácím násilím. Některé z domů mají také ubytování pro ohrožené muže.

Zajímavou pomocí, kterou lze najít v USA, je úkryt a dočasná pomoc pro zvířata, která jsou v domácnosti, kde je přítomno domácí násilí. Tuto službu zajišťuje Animal Welfare Institut, na jejich internetových stránkách lze najít nejbližší útulek, kde se o zvíře ohrožené osoby postarají.²⁴

1.2.2 V zemích západní Evropy

Sociální pracovníci ve Velké Británii pracují ve vládních sociálních odděleních, sociálních službách, charitativních organizacích, neziskových organizacích, zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, kliniky, pečovatelské domy, hospice a pečovatelská střediska. Sociální pracovníci pracují i v základních školách, středních školách a na univerzitách. Pro výkon funkce sociálního pracovníka je nutnost mít minimálně bakalářské vzdělání v oblasti sociální práce, psychologie anebo podobnému oboru. Sociální pracovníci jsou členy HCPC (Health and Care Professions Council), Rady pro zdravotnictví a péči, obdoby naší profesní komory.²⁵

Sociální péče je ve Velké Británii vnímána jako individuální podpora vůči zranitelným, nemocným či postiženým osobám, které potřebují pomoc a podporu. Klienty

²¹ HELP ROADY. *Help USA* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.helpusa.org/help-roads/>

²² Careers. *HELPUSA* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.helpusa.org/careers/>

²³ Contact Us. *Hotline: The National Domestic Violence Hotline* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.thehotline.org/about-us/contact/>

²⁴ SAFE HAVENS: SEARCH FOR SAFE HAVENS FOR PETS OF DV VICTIMS NEAR YOU. *Animal Welfare Institut*, [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://awionline.org/safe-havens>

²⁵ SOCIAL WORKER. *AllAboutCareers* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.allaboutcareers.com/index.php?/careers/job-profile/social-worker>

vede především k jejich nezávislosti.²⁶ Služby, které jsou poskytovány pro osoby ohrožené domácím násilím, můžeme najít ve zdravotnických zařízeních, specializovaných centrech, sociálních službách, trestních soudech, azylových domech (refuges, útočiště), občansko-právních poradnách a vzdělávacích institucích.²⁷ I ve Velké Británii existují krizové linky pro osoby ohrožené domácím násilím (National Domestic Violence Helpline, Stalking Helpline, Rape Crisis a další).

8. března 2014 byl v Anglii a ve Walesu zaveden systém pro zveřejňování informací o domácím násilí. Každý, kdo s někým udržuje partnerský vztah, má právo se u policie informovat o jeho násilné minulosti. Tento institut je nazván: Právo se ptát. Ve stejném zákoně je i ustanoven příkaz na ochranu před domácím násilím. Tento příkaz znemožňuje agresorovi vrátit se do domácnosti po dobu 28 dní.²⁸

Důležitým bodem v pomoci osobám ohroženým domácím násilím jsou ve Velké Británii tzv. útočiště. Jsou to místa s utajovanou adresou a někdy i telefonními čísly. Existuje jich po celé zemi více než 500. Tyto domovy jsou otevřené nepřetržitě, ohrožené osoby tedy mohou přicházet po celých 24 hodin.

Největší organizací, která zde působí v oblasti domácího násilí, je Women Said. Women Said je federací, která spravuje více než 220 organizací poskytujících přes 300 záchranných služeb, včetně služeb terénních, krizových, právních a ubytovacích.²⁹

V **Německu**, stejně tak jako u nás, fungují poradenská a intervenční centra. Tato střediska aktivně oslovují osoby ohrožené domácím násilím a jejich blízké po zásahu policie. Jsou zřízena federálním zákonem o pomoci obětem trestné činnosti. Tímto zákonem se může vyloučit pachatel z bytu na určitou dobu, zadržet pachatel, nebo lze uložit další ochranná opatření (např. zákaz styku a veškerých kontaktů).³⁰ V poradenských a intervenčních centrech pracují sociální pracovníci vykonávající terénní služby, poradenství a krizovou intervenci. Nejznámější krizovou linkou pro osoby ohrožené domácím násilím je v Německu

²⁶ Alcock, P.,. *Social Policy in Britain*, s. 165.

²⁷ Domestic violence and abuse: how services can respond effectively. *NICE: National Institute for Health and Care Excellence* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/advice/lgb20/chapter/Introduction>

²⁸ Domestic violence and abuse. *GOV.UK* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/guidance/domestic-violence-and-abuse>

²⁹ Who we are. *Womens Said* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.womensaid.org.uk/about-us/who-we-are/>

³⁰ Gewalt gegen Frauen in der Familie. *Zukunftsministerium: Was Menschen berührt* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie/index.php>

BIG - Hotline³¹.

Do sítě služeb pro osoby ohrožené domácím násilím i v Německu patří azylové domy. Kontakty na azylové domy předává policie, města, obce a poradenské služby. Německo je specifické svou sociální pomocí více než jiné země. Například jen v Berlíně funguje 5 poradenských center, 6 ženských azylových domů a 10 projektů pro utečenecké bydlení. Ve všech projektech zde pracují především sociální pracovníci a v některých případech i učitelé.³²

Model pomoci osobám ohroženým domácím násilím jsme v ČR převzali z **Rakouska** (proto se nyní na něj chvíli zaměřím). Z toho můžeme vyvodit, že i tam pilířem pomoci pro osoby ohrožené domácím násilím jsou intervenční centra, poradenské asociace, krizové linky (např. Frauenhelpline) a ženské azylové domy. Intervenční centra jsou specializovaná poradenská centra pro oběti domácího násilí (násilí v partnerství). V Rakousku se ochrana před domácím násilím řídí federálními zákony o ochraně před domácím násilím. Zákony zahrnují policejní a civilní ochranu, ochranu před trestnou činností a ochranu obětí. Ochrana proti násilí je poskytována všem osobám s bydlištěm v Rakousku bez ohledu na jejich původ nebo státní příslušnost. Intervenční centra poskytují psychosociální podporu, například i při doprovodu na policii k podávání zpráv. Rovněž podávají informace o přípravě na trestní řízení, pracovníci sledují soudní slyšení a hlavní slyšení. Do intervenčních center může přijít osoba ohrožená domácím násilím nebo někdo z jejího blízkého okolí. Pracovníci, tak jako u nás, aktivně kontaktují osoby ohrožené domácím násilím po **vykázání** pachatele policií. Zákaz vstupu po vykázání v Rakousku trvá 14 dní, lze ale soudním příkazem prodloužit na 4 týdny. Pro dlouhodobou ochranu před pachatelem může sloužit **zadržovací příkaz**.³³

I v Evropě můžeme najít, dle modelu z USA, centra rodinné spravedlnosti, a to tzv. Evropskou alianci rodinně - spravedlnostních středisek (**The European Family Justice Center Alliance** - EFJCA) začínající tvořit síť poboček, kde může osoba ohrožená vyhledat pomoc. Nyní jsou dvě v Nizozemsku a jedna v Itálii, Německu, Polsku a v Belgii.³⁴

³¹ *BIG Hotline* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.big-hotline.de/node/305>

³² INFORMATIONEN IN GEBÄRDENSPRACHE. *Big-Berlin* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.big-berlin.info/dgs>

³³ Was ist im Falle von akuter Gewalt zu tun?. *Frauenhelpline* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.frauenhelpline.at/>

³⁴ *European alliance for hope and empowerment: About us* [online]. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.efjca.eu/index>

Po srovnání forem pomoci v USA, Velké Británii, Německu, Rakousku a u nás mohu konstatovat, že pomoc osobám ohroženým domácím násilím především stojí na policii a sociální práci ve všech daných zemích. Na západ od nás je ale pilíř ještě propracovanější, a proto je velmi důležité inspirovat se v zahraničí, organizovat společné projekty a snažit se společně o vývoj a neustálé zdokonalování oboru sociální práce.

1.3 Feministická teorie sociální práce

Práce s osobami ohroženými domácím násilím je často spojována s feministickou teorií sociální práce, a to zvláště pokud se bavíme o společnostech, jako je Rosa, z.s. a proFem, o.p.s.. Tato teorie, stejně tak jako celý koncept feminismu, je opletena mnohými nejasnostmi a mýty, proto se ji pokusím krátce přiblížit.

Feministická teorie patří mezi tzv. antidiskriminační proudy sociální práce. Vznikla při nutnosti aplikovat do sociální práce pochopení pro konflikty, se kterými se může žena během svého života potýkat. Tato teorie se snaží vysvětlit jejich strukturu a dynamiku, dále také upozorňovat na situace, které diskriminaci žen podporují.

Přístup má pomoci sociálním pracovníkům adekvátně reagovat na sexuální nerovnosti, omezování a útlak klientky partnery a společností, a to napříč všemi feministickými teoriemi (ty se liší především silou, kterou sociální pracovník ženu brání a zmocňuje).³⁵

V literatuře je tato teorie nejčastěji dělena na **liberální** (poukazuje na nerovnost ve společnosti, individualitu žen, nejčastěji prostřednictvím lobbingu na vládní činitele), **radikální** (tento druh je založen na teorii, že společnost je patriarchální, a proto jsou ženy diskriminovány. Z toho důvodu by měly mít ženy vlastní služby oddělené od mužů, tedy poradny a krizová centra pro ženy a další), **kulturní** (zdůrazňuje důležitost vlastní kultury žen a podporuje její rozvoj, dále se snaží poukazovat na rozdíly mezi ženami a muži), **socialistickou** (zabývá se ekonomickou nerovností u chudých a nízkopříjmových žen, dnes také otázkou matek - samoživitelek), **womanism** (do feministických teorií přidává rasismus spojený s barvou pleti)³⁶ a **postmoderní** („postmoderní feministky hledají způsob, jak dekonstruovat kulturně koncipovanou ideologii mužské nadřazenosti,“³⁷).

³⁵ Flynn Saulnier, Ch. (2000). Incorporating Feminist Theory into Social Work Practice: Group Work Examples. Social Work with Groups. 23. 5-29. 10.1300/J009v23n01_02.

³⁶ HYDE, Ch. A. *Feminist Social Work Practice* [online]. Temple University, 2013, červen [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.151. Dostupné z: <http://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-151>

³⁷ Flynn Saulnier, Ch. (2000). Incorporating Feminist Theory into Social Work Practice: Group Work Examples. Social Work with Groups. 10.1300/J009v23n01_02., p. 14

V České republice je s feministickými teoriemi sociální práce nejvíce spojována vysokoškolská pedagožka Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D, jejíž text *Feministické teorie sociální práce* popisuje až sedm různých druhů feministických teorií sociální práce: liberální, radikální, marxistická (socialistická), postmodernistická (poststrukturalistická), womanism (antirasistická), lesbianistická a globální (transnacionální).³⁸

³⁸ Janebová, R. *Feministické teorie sociální práce*, s. 7-66.

2 AKTUÁLNÍ RÁMEC SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Toho času je duševní onemocnění velkým společenským tématem. Vznikají iniciativy, jako je například *Nevypusť duši*³⁹, které se snaží o edukaci v oblasti duševního zdraví už od základních škol. Je stále otázkou, zdali počet lidí zasažených duševním onemocněním stoupá vlivem dnešní postmoderní společnosti, která má na jedince nepochybně velké nároky, nebo se toto téma stalo tzv. společensky zajímavým a zasažení lidé usilují o plné začlenění do společnosti a rovné příležitosti.⁴⁰

Podle výzkumu Národního ústavu duševního zdraví „*prožije duševní onemocnění v Česku každý rok přibližně každý pátý obyvatel*“⁴¹. To je alarmující počet obyvatel, na který musí reagovat sociální práce, a to hlavně vývojem svých služeb, které může zasaženým lidem nabídnout. Budu se tedy v následující podkapitole krátce věnovat i deinstitucionalizaci a komunitní formě sociální práce, ke které dnešní trendy sociální práce směřují.

Ve své diplomové práci budu používat termín duševní onemocnění. Je to z toho důvodu, že jiné názvosloví hodnotím jako stigmatizující, např. termín *osoba s psychiatrickou diagnózou* a další. Z podstaty sociální práce⁴² již nejsou tyto termíny použitelné.

2.1 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním v ČR

Stejně tak, jako sociální práce s osobami ohroženými domácím násilím, je sociální práce s klienty s duševním onemocněním nejčastěji aplikována skrz sociální služby, případně zdravotní střediska. Síť sociálních služeb pro klienty s duševním onemocněním je tvořena zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Pro klienty s duševním onemocněním existuje dnes celá škála různých sociálních služeb napříč sociálním poradenstvím, péčí i prevencí.

O poradenství jsem již psala v podkapitole první kapitoly nazvané Odborné sociální

³⁹ Nevypusť duši založily v roce 2015 dvě studentky, které díky velké náročnosti studia na univerzitě v Anglii začaly mít vážné psychické problémy. Iniciativa cílí především na mládež a studenty, aby jim, na základě prožité zkušenosti, pomohla předejít podobným situacím.

⁴⁰ Jako velký pokrok hodnotím to, že pokud jdu s klienty k soudnímu jednání, nejsou z důvodu psychického onemocnění stigmatizováni. Pokud dochází pravidelně na kontroly ke svému lékaři, není důvod, proč zpochybňovat klientovy kompetence k rozhodování o svém životě, případně životě svých dětí.

⁴¹ Národní ústav duševního zdraví. *Tisková zpráva: Světový den duševního zdraví* [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz>

⁴² Především snaha o tzv. anti-labeling.

poradenství, nyní pouze shrnu, že v případě klientů s duševním onemocněním je toto poradenství zaměřeno specificky na jejich potřeby. Služby sociální péče jsou zaměřeny na samostatnost klienta v jeho přirozeném prostředí. U této cílové skupiny mluvíme například o pečovatelské službě, podpoře samostatného bydlení, denních stacionářích, týdenních stacionářích, chráněném bydlení, sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a dalších. Ze služeb sociální prevence připomenu například telefonickou krizovou pomoc, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a sociální rehabilitace.

Nejčastěji zmiňované organizace zaměřené na práci s danou cílovou skupinou jsou Fokus, z.ú., Eset - Help, z.s., Green doors, z.ú., Baobab, z.s., Kaleidoskop, z.ú. Často ale nalezneme i organizace, které jsou takřka neznámé, a to z důvodu působení na malém městě. To je například organizace Lomikámen, z.ú. Síť těchto organizací dokáže poměrně kvalitně zachytit klienty, kteří touží po zpětném začlenění do většinové společnosti.

2.1.1. Metody sociální práce s klienty s duševním onemocněním

První metodou sociální práce, kterou představím, je **individuální sociální práce**. Od 20. století je tato práce nejvíce ovlivněna **systemickým terapeutickým směrem**. Tento směr pracuje s klientem jako jednotkou v různých systémech, jako je například rodina⁴³. Zaměřuje se na vzájemné působení klienta a jeho prostředí. **Case - management** je taktéž práce s jednotlivcem, jde však o časově omezenou dobu, kdy se s klientem pracuje na jeho osobním růstu. S klientem se vypracovává tzv. individuální plán. Pracovník provází klienta body individuálního plánu a případně ho odkazuje na jiné sociální služby.⁴⁴

Neodmyslitelnou metodou sociální práce s klientem s duševním onemocněním je práce **komunitní**. Tato forma je dnešním trendem navazujícím na snahu deinstitutionalizace a novou reformu psychiatrické péče. Jde o snahu klienta co nejlépe zmocňovat v řešení problematických situacích, se kterými se střetne ve svém životě, aby mohl zůstat ve svém domově (přirozeném prostředí) a tím mohl zkvalitňovat svůj život. V komunitní práci jde o to, aby se klient setkával s lidmi s podobnou sociální situací, kteří jsou v jeho blízkosti, a navzájem si pomáhali. Členové komunity se musí navzájem respektovat a překonávat společně nelehké životní situace, do kterých se dostávají. Osvědčilo

⁴³ Systemickému přístupu bude věnován prostor v analytické části práce.

⁴⁴ Mahrová, G., Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 19 - 21.

se praxí, že lidé s duševním onemocněním se svou jedinečnou křehkostí potřebují podporu člověka, který jejich trápení co možná nejlépe pochopí. V komunitě osob s podobnými obtížemi pochopení naleznou. Mezi pracovníky bývají i tzv. peer konzultanti. Tedy pracovníci, kteří sami mají diagnostikováno duševní onemocnění.

Reforma psychiatrické péče toho času podporuje vznik **Center duševního zdraví (CDZ)**. Do roku 2021 by mělo po České republice vzniknout postupně třicet center, která budou základnou pro dalších sto odborných pracovišť. Z těchto pracovišť budou vyjíždět odborníci, jejichž práce bude zaměřena na terénní služby, tedy práci v přirozeném prostředí klienta. Měli by vyjíždět především ke klientům, kteří jsou zasaženi vážnou formou duševního onemocnění, a předejít tím institucionalizaci klientů, tedy tomu, aby klienti nebyli do konce života odkázáni na pavilony nemocnic určené pro chronické pacienty.⁴⁵

Skupinovou sociální práci nalezneme taktéž na odborných pracovištích pro klienty s duševním onemocněním, jako je například Fokus, z.ú. Jejím smyslem je především posílení sociálního fungování klienta v dané skupině a skupiny jako celku. Jedná se často o vzdělávací a rekreační aktivity, případně aktivity posilující fungování komunity jako celku.⁴⁶

2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie v sociální práci

Kognitivně - behaviorální terapie (dále jen KBT) v sociální práci otevírá možnosti jak ovlivňovat klientovo chování, které klient nebo jeho okolí udává jako problémové. V současné době jde asi o jeden z nejrozšířenějších terapeutických směrů užívaných při práci s klienty s duševním onemocněním. Sociální pracovník pracuje skrz doporučené postupy, které vychází z daného terapeutického směru. Tyto postupy jsou založeny na teoriích podmiňování. KBT vychází z možnosti získání racionálního pohledu klienta na svět a podporuje vyhasínání jeho iracionálních představ. Pracovník se dále snaží klienta utvrzovat a podporovat ve chtěné změně jeho chování a vytvářet spolu s ním příjemné a bezpečné prostředí. Posiluje ty mechanismy, které jsou pro klienta důležité a výhodné. V KBT se pracuje s technikami, jako jsou odměny a tresty, expozice, vyhasínání, nácvik asertivity a spousty dalších. Kanfer a Schefft, dva američtí psychologové, mluví o šesti předpisech, kterými by se měl sociální pracovník v KBT řídit. Těmito předpisy jsou: orientace na chování, budoucnost, řešení, dále pozitivní orientace, krok za krokem a flexibilitu.⁴⁷

⁴⁵ PROTOPOPOVÁ, D. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. *ZN Plus* [online]. 2018, **2018**(9), 2 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.p

⁴⁶ Mahrová, G., Venglářová M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 22 - 23.

⁴⁷ Navrátil, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 99 - 106.

Organizace Kaleidoskop, z.ú., která se specializuje na práci s klienty s poruchami osobnosti, pracuje formou dialekticko-behaviorální terapie, která z KBT vychází, „je však obohacena o prvky akceptace a všímavosti. DBT klade důraz na neustálé vyvažování mezi přijetím a změnou a na integraci protichůdných hledisek do nového celku. Tato dialektika je kontrapozicí k černobílému způsobu myšlení lidí s hraniční poruchou osobnosti.”⁴⁸ V DBT pozorují větší prostor věnovaný emocím, jejich rozpoznání a práci s nimi. Pro kvalifikaci v KBT je třeba mít absolvovaný pětiletý specializovaný výcvik, který obsahuje kolem 600 hodin teorie, praxe a supervizí.

2.2 Psychiatrická sociální práce (psychiatric social work) v zahraničí

I v sociální práci s klienty s duševním onemocněním je zahraniční spolupráce na místě. Tato spolupráce přináší inspiraci, inovativní metody a přístupy. První podkapitulu věnuje sociální práci s klienty s duševním onemocněním v USA, dále v zemích západní Evropy, jako jsou Velká Británie a Německo. Už nyní můžeme vidět velký vliv těchto zemí na naši sociální práci a sociální služby, například částečně zmiňovaná reforma psychiatrické péče, case management a další.

2.2.1 Psychiatric social work in USA

Sociální pracovníci v USA, stejně jako u nás, musejí splňovat nároky vysokoškolského vzdělání. Mají širokou škálu možností, kde najít uplatnění: například na klinikách pro duševní zdraví, ve školách, agenturách pro péči o děti, v nemocnicích, komunitních centrech, dalších různých službách cílených na pomoc lidem. Speciální kategorií jsou pak sociální pracovníci jako soukromé osoby.

Pro potřeby této kapitoly se budu zabývat dvěma oblastmi sociální práce v USA. První je **zdravotně - sociální oblast**. V této službě poskytuje pracovník jednotlivcům, rodinám a skupinám psychosociální podporu potřebnou pro zvládnutí chronických, akutních nebo terminálních onemocnění. Služby zahrnují poradenství, vzdělávání, odkazování na jiné služby, pracovník pracuje jako preventista a pomáhá s překonáním bariér po návratu do domácnosti. Pracovník také vede případy prostřednictvím case managementu. Takového pracovníka najdeme v nemocnicích, v individuálních a rodinných zařízeních, v ambulantní

⁴⁸ Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú.: O nás. *Dialekticko-behaviorální terapie v léčbě poruch osobnosti*[online]. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.kaleidoskop-os.cz/>

péči, v domácích zdravotnických službách a v zařízeních ošetrovatelské péče.⁴⁹

Druhá je **oblast duševního zdraví a zneužívání drog**, v těchto typech služby sociální pracovník posuzuje a tzv. léčí klienty s duševními, emocionálními nebo drogovými problémy. Tato práce zahrnuje individuální a skupinovou sociální práci (terapii), krizovou intervenci, case management, obhajobu klientů, prevenci a vzdělávání. Tyto pracovníky nalezneme v ambulantních službách, individuálních a rodinných zařízeních, psychiatrických a na závislost orientovaných nemocnicích a v místních zařízeních pro intelektuální rozvoj a zdravotní postižení, duševní zdraví a léčbu závislosti na návykových látkách.⁵⁰

Sociální pracovníci v těchto službách často potřebují vzdělání v **klinické sociální práci**, které zahrnuje specifické metody sociální práce, psychoterapii, krizovou intervenci, skupinovou terapii a tzv. plánování zdravého léčení ve spolupráci se zdravotnickým personálem. Ke klinické sociální práci musí mít pracovník dokončené magisterské studium, a to se zaměřením na klinickou nebo psychiatrickou sociální práci akreditovanou CSWE (Council on Social Work Education)⁵¹.

Klinický sociální pracovník v první řadě posuzuje klientovu situaci a diagnostikuje problémy, a to skrz rozhovor s klientem, jeho blízkými a někdy i lékaři. Poté se s klientem domluví na cílech a plánu. Od sociálního pracovníka v ČR se nejvíce liší jeho práce používáním různých diagnostických metod, posuzováním rizik v klientově okolí a psychosociálním hodnocením klienta a jeho situace.⁵²

Sociální práce v USA je propracovaný systém různých služeb a sociální pracovník má opravdu velké možnosti uplatnění a způsobu výkonu svého povolání. Někdy je této formě sociální práce vyčítána právě klinická část, která je více méně podobná klinické psychologii a vztah pracovník - klient je limitován vztahem odborník - pacient. Tedy něčím, proti čemuž sociální práce v našem případě bojuje.

2.2.2 V zemích západní Evropy

Ve **Velké Británii** pracují s klienty s duševním onemocněním sociální pracovníci

⁴⁹ Occupational Employment Statistics: Healthcare Social Workers. *Bureau of Labor Statistics* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.bls.gov/oes/current/oes211022.htm#st>

⁵⁰ Occupational Employment Statistics: Mental Health and Substance Abuse Social Workers. *Bureau of Labor Statistics* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.bls.gov/oes/current/oes211022.htm#st>

⁵¹ LOUIE, K. Introductory Guide to Psychiatric Social Work. *Online MSW Programs* [online]. 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-psychiatric-social-work.html>

⁵² LOUIE, K. Introductory Guide to Clinical Social Work. *Online MSW Programs* [online]. 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html>

především skrz komunitní týmy pro duševní zdraví (Community mental health team - CMHT), tyto týmy sídlí buď v nemocnicích, nebo v komunitních centrech duševního zdraví. Zaměřují se především na práci s klientem v krizi a domácí ošetření, tedy pomoc v domácnosti klienta. Některé týmy poskytují 24 hodinovou službu. Pokud klient potřebuje pomoc v právních, finančních a jiných otázkách, může se obrátit na občanské poradny (Citizens Advice Bureau).⁵³ Velká Británie také disponuje propracovaným systémem krizových center a krizových linek, na které se klienti taktéž mohou obracet.

Síť péče pro klienty s duševním onemocněním zajišťuje Zákon o duševní kapacitě z roku 1983.⁵⁴ Zákon zajišťuje léčbu v nemocnicích a komunitě, rozděluje klienty na dobrovolné a nedobrovolné. Tento zákon doplňuje zákon z roku 2005, který specifikuje možnosti na zastoupení advokátem v případech soudního procesu a také možnost zástupce, kterého ustanovuje soud v případech propuknutí stavu, kdy klient nemá kompetence k rozhodnutí o svém životě, například při vypuknutí schizofrenní ataky. Do sociálních služeb se klient dostává prostřednictvím svého obvodního lékaře, který jej následně odesílá k psychiatrovi. Místní úřady pak posuzují individuálně klientovy potřeby a dle nich rozhodují, jestli má klient na péči nárok nebo ne. Poté je s klientem vytvořen individuální plán péče.⁵⁵ Důkladně propracovaná je psychiatrická sociální práce pro děti a dospívající, s těmi se pracuje prostřednictvím interdisciplinárních týmů, které vedou dětská psychiatra a jejichž členy jsou i dětská psychologové. Tyto týmy úzce spolupracují se školami a poskytují intenzivní psychosociální podporu dětem, a to zvláště těm zasaženým syndromem CAN.⁵⁶

V **Německu**, tak jako v USA, je sociální pracovník v prostředí nemocnic a klinik vzdělán v oblasti klinické sociální práce a spolupracuje se zdravotním personálem na diagnostice a léčebném plánu. Sociální pracovníci pracující s klienty s duševním onemocněním se dále nacházejí v sociálně - psychiatrických střediscích, v kontaktních a poradenských centrech, ve formách ambulantní psychiatrické péče (úkolem ambulantní psychiatrické péče je péče o duševně nemocné osoby v jejich domácím prostředí), v přechodných domovech pro duševně nemocné, svépomocných skupinách, krizových linkách apod. V Německu se tento systém vztahuje ke slovu sociální psychiatrie. Základem sociální

⁵³ Getting help. *Mental Health Foundation* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/getting-help>

⁵⁴ Zákon o duševní kapacitě z roku 1983 a 2005 platí na území Anglie a Walesu.

⁵⁵ Health and social care rights. *Mind for better mental health* [online]. February 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/health-and-social-care-rights/#.XH1O0_ZKhQI

⁵⁶ Pritchard, C. Psychiatric Social Work in the United Kingdom. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. (2015) 10.1016/B978-0-08-097086-8.28071-9, p. 3.

psychiatrie je předpoklad, že blaho a integrace duševně nemocných lidí do společnosti je úkolem komunity. Je jí však nyní i přesto vyčítáno, že je již hodně diagnostická a snaží se klienta zasadit do „škatulek“ diagnóz, léčebných plánů a prognóz.⁵⁷

Po rychlém srovnání způsobu práce a služeb určených pro klienty s duševním onemocněním v USA, Velké Británii a Německu je nepochybně zjevný velký rozdíl v profesionalizaci sociální práce. Musím si klást otázku, zdali i našemu prostředí by neprospěla klinická sociální práce, tedy přesně stanovený způsob určování sociálních diagnóz, způsobu práce, metod, technik a užší interdisciplinární spolupráce.

⁵⁷ DÖRR, M. Sozialpsychiatrie: Durchblick Gesellschaftliche Barrieren in der Sozialpsychiatrie. *Sozial Extra* [online]. **June 2014**(6), 39 - 41 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s12054-014-0137-3>

3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI OHROŽENÝMI DOMÁCÍM NÁSILÍM V KOMBINACI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Jaké nástroje a metody využívají sociální pracovníci při práci s danou cílovou skupinou v České republice, si dovoluji odvodit především z vlastních zkušeností sociální pracovnice působící v problematice domácího násilí a z metodik zaměřujících se na spojení jiných dvou cílových skupin. Zmiňuji pouze vybrané metody, se kterými jsem se ve své praxi setkala. Je to však s vědomím, že jich je samozřejmě daleko víc. Činím tak z důvodu nedostatku publikací a výzkumů směřujících k tomuto tématu. Mohu se tedy jen domnívat o vhodnosti zvolené metody a řídit se postupy, které jsou obecně doporučovány pro práci s klienty, kteří spadají pod více cílových skupin najednou.

3. 1. Přehled užívaných metod v České republice

Ondřej Sklenář⁵⁸ v *Metodice práce s klientem s duální diagnózou* (duševní onemocnění a závislost) uvádí tři dosavadní modely možné práce. Prvním je **návazný model**, kdy se klient plně soustředí na řešení/léčbu jedné problematiky a druhá je odsunuta na později. Účinnost takového přístupu je však velice malá, neboť neumožňuje vnímat klienta a jeho problémy jako nerozdělitelné. **Model paralelní** je druhou možností, kdy léčba probíhá souběžně ve dvou oddělených institucích. Jako nevýhodu tohoto modelu vidím neefektivitu a tzv. možné zahlcení klienta, kdy na něj jsou kladena od různých pracovníků různá očekávání a jiné úkoly. Třetím je **model integrovaný**, který obsahuje koordinovaný plán léčby propracovaný v rámci interdisciplinární spolupráce.⁵⁹ Zde vidím východisko pro možný způsob práce s osobami ohroženými domácím násilím a duševním onemocněním. Z toho důvodu se teď zaměřím na **case management**, ve kterém spatřuji dobrou reakci na integrovaný model. „*Case management se používá při řešení životních nebo sociálních situací, které mají multikauzální příčiny a do jejichž úspěšného zvládnutí je potřeba aktivně a intenzivně zapojit klienta a multidisciplinární tým...*”⁶⁰

Case management i přes své rozšíření do sociálních služeb nemá dodnes jednotný překlad, někteří odborníci o něm hovoří jako o „*koordinovaném vedení případu*” nebo jednodušeji o případovém vedení. Ve většině případů je za case management považováno

⁵⁸ Ondřej Sklenář je adiktolog, KBT terapeut a ředitele společnosti Magdaléna, o.p.s.

⁵⁹ Sklenář, O. *Metodika práce s klientem s duální diagnózou*, s. 13 - 14.

⁶⁰ Pemová, T., Ptáček, R. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*, s. 39.

vedení klientova případu, kdy úkolem sociálního pracovníka je koordinace služeb, které jsou klientovi nabízeny. Důležitou součástí práce je vztah mezi klientem a pracovníkem, na kterém celý přístup stojí. Z tohoto vztahu vyplývá klientova možnost mluvit o své situaci, svých zakázkách, zdrojích a požadavcích. Case management je nejrozšířenější na poli komunitní práce s klienty s duševním onemocněním.⁶¹ Drží se šesti zásad: 1. zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii, 2. již zmiňovaný vztah klient - case manager, 3. intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí, 4. asertivita intervencí (pracovník je aktivní, pokud klientova vůle upadá, svolává schůzky), 5. změna je možná i u dlouhodobě a závažně nemocných, 6. využívá zdroje komunity.⁶² Case manager nepracuje pouze s klientem a ostatními odborníky, snaží se zapojovat i klientovo prostředí, pokud je to možné, pracuje s klientovou rodinou odděleně, aby zjistil jejich potřeby a zdroje. Následně pracuje s nimi a klientem společně tak, aby nacházeli možnosti, jak klientovi a rodině pomoci se vzájemným pochopením a naplňováním zakázek.

Case management můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní probíhá uvnitř jedné organizace, kdy case manager koordinuje tým složený ze svých kolegů. V případě proFem je to například koordinace spolupráce s právníčkou, advokátem a terapeutkou, rozdělování rolí a úkolů, dalším bodem je svolávání případové supervize, a to pokud je vyhodnocena jako potřebná a další jiné koordinační úkony.

Ke case managementu vnějšímu lze zařadit **tzv. případové konference**, kdy case manager svolá společné setkání klienta, rodiny a ostatních služeb, které figurují jako nápomocné v klientově situaci (jiné neziskové organizace, lékaři, učitelé apod.). Konference je pak úzce zaměřena na hledání způsobu řešení klientova problému, a to pomocí hodnocení situace, hledání zdrojů, aktivizace klienta a koordinace péče. Měla by být svolána co nejrychleji, aby reagovala na aktuální klientovu nepříznivou životní situaci.⁶³

Krátce popíši i **metodu krizové intervence**, její techniky se dají využívat při práci s téměř jakýmkoliv druhem klientů nacházejícím se v krizi nebo krizové situaci. Krizová intervence je založena na krátkodobé spolupráci s klientem, *„jehož možnosti a schopnosti běžného fungování byly významně narušeny v důsledku působení psychosociálního stresoru. Hlavním cílem je identifikace spouštěče krize a redukce negativních či nezvládnutelných*

⁶¹ Szotáková, M. Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. *Sociální práce: Sociální práce a soudobá společnost*. 2014, **14**(3), 19.

⁶² Stuchlík, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*, s. 17

⁶³ Solařová, H. *Case management aneb případová konference v praxi*, s. 10 - 11.

emocí.”⁶⁴ Krizová intervence pracuje s Baldwinovou typologií krizí a Caplanovým modelem krize tak, aby se pracovník mohl orientovat ve fázi klientovy krize a adekvátně reagovat na jeho potřeby. Během rozhovoru pracovník využívá techniky aktivního naslouchání, kotvení, parafrázování, normalizace, shrnování, oceňování, zrcadlení apod. Specializovaný výcvik v krizové intervenci lze absolvovat na mnoha místech, například v organizaci REMEDIUM Praha, o.p.s., Děčko Liberec, z.s., Linka bezpečí, z.s. a u jiných. Krizovou intervencí bych zařadila jako metodu do návazného nebo paralelního modelu, kdy je primárně třeba krizi překonat, kompenzovat a následně přejít k praktičtějším možnostem řešení klientovy situace. Limitem krizové intervence je její krátkodobost (uvádí se maximálně 10 - 12 konzultací), po čase přestává být účinná a klient nereaguje na její techniky. Klienti nacházející se v situaci, o které píší, však využívají služby dlouhodobě, a tedy se jeví po čase (obvykle po navázání vztahu) jako nutné přecházet k metodě, s jejíž pomocí může pracovník reagovat účinně na klientovy potřeby.

3. 2. Přehled užívaných metod v zahraničí

„Ženy s těžkým duševním onemocněním⁶⁵, které se potýkají s intimním násilím partnerů, čelí dalším výzvám, které zhoršují otázky chování v oblasti zdraví a domácího násilí a vystavují tyto ženy většímu riziku pokračující viktimizace”⁶⁶ V této souvislosti proběhl v loňském roce výzkum v oblasti sociálních služeb na Univerzitě Severní Karolíny v USA, kterého se zúčastnilo 28 zaměstnanců služeb zaměřených na práci s osobami ohroženými domácím násilím (organizace pracující s ženami) a služeb zaměřených na práci s klienty s duševním onemocněním (komunitní zdravotní personál). Výzkum byl zaměřen na zmapování problémů, s nimiž se sociální pracovníci setkávají. Výsledky a doporučení výzkumu pro přímou práci jsou momentálně diskutovány.⁶⁷ Autoři článku, reflektující výzkum, se domnívají, že nejdůležitější složkou práce s danou cílovou skupinou je pochopení klientových výzev a překážek, kterým čelí. Výsledky výzkumu si autoři kategorizovali do třech skupin: 1. Výzvy na úrovni klienta, 2. Výzvy na úrovni pracovníků nebo personálu, 3.

⁶⁴ Špatenková, N. *Krize a krizová intervence*, s. 57

⁶⁵ Jako **těžké duševní onemocnění** autoři uvádějí chronický stav nemoci, případně spojené diagnózy. Především jde o duševní nemoci typu schizofrenie, bipolární afektivní porucha, závažné depresivní poruchy a jiné.

⁶⁶ VAN DEINSE, T. B., BLACK WILSON, A., MACY, R. J., CUDDEBACK, G. S. Intimate Partner Violence and Women with Severe Mental Illnesses: Needs and Challenges from the Perspectives of Behavioral Health and Domestic Violence Service Providers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. School of Social Work, University of North Carolina, **May 2018**, 11.

⁶⁷ Tamtéž.

Výzvy na úrovni systému (tedy organizačních a administrativních otázek). V **první kategorii** byla zjištěna vysoká komorbidita s dalšími problematikami, a to zneužíváním omamných látek, fyzickými zdravotními problémy, nucenou prostitucí a bezdomovectvím. Speciální skupinou jsou ženy, které jsou těhotné a z toho důvodu mají snížené léky, případně cizinky bez imigračního statusu. Jako velká obtíž se ukazuje nedostatečná podpora okolí, služeb a tzv. dvojí izolace. Klient s duševním onemocněním je obvykle izolován od většinové společnosti svou nemocí, když se k tomu přidá izolace zapříčiněná partnerem, pak je hluboce limitován možnostmi a podporou v okolí. V **druhé kategorii** pracovníci uváděli problém s navázáním důvěry ve vztahu klient - pracovník, problém může zapříčinit i pohlaví pracovníka, mužským pracovníkům se ženy méně svěřují. Bez důvěry se pak klientky nesvěřují s násilím, které je na nich pácháno. Dalším problémem je určit, které klientčino chování souvisí s duševním onemocněním a které s domácím násilím. Ve **třetí kategorii** jsou obtíže rozděleny do několika dalších skupin, a to obtíže spojené s nedostatečnou znalostí této společné problematiky, nedostatek příležitostí pro společné vzdělávání, nízká úroveň koordinace služeb, nestabilita zdravotních služeb a politika týkající se dodržování užívání léků (pravidla služeb ohledně nedodržování užívání léků, některé služby mají pro klienty stanovenou povinnost užívání léků).⁶⁸

Praktická doporučení pro přímou práci, která z výzkumu vyplývají, jsou pracovat s klientem na důvěrném vztahu, prohlubovat znalosti pracovníků při práci s traumatem a tzv. *Cross training* (vzdělávání propojující práci mezi různými cílovými skupinami). V navazování důvěrného vztahu by mohli pomoci i peer konzultanti. **Doporučením pro organizace** je vytvořit protokoly pro univerzální standardizované hodnocení, které bude obsahovat zhodnocení duševního onemocnění a psychiatrické péče. Společnost pracující s osobami ohroženými domácím násilím by pak měla mít k dispozici pracovníka s výcvikem v oblasti práce s klientem s duševním onemocněním (v USA klinický sociální pracovník), který by prováděl zhodnocení zdravotního stavu a úrovně kompenzací duševního onemocnění. Komunikace s klientem při hodnocení by měla být dle pravidel práce s traumatizovaným klientem. Tento dokument by měl obsahovat dohodu s klientem na plánu včasného vyhledání služby zaměřené na práci s duševním onemocněním, případně plán tzv. **případových konzultací**, kde budou spolupracovat všechny organizace, do kterých klient

⁶⁸ VAN DEINSE, T. B., BLACK WILSON, A. MACY, R. J., CUDDEBACK, G. S. Intimate Partner Violence and Women with Severe Mental Illnesses: Needs and Challenges from the Perspectives of Behavioral Health and Domestic Violence Service Providers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. School of Social Work, University of North Carolina, **May 2018**, 11, s. 2-8.

dochází. Azylové domy by v takovém případě měly přemýšlet nad prohloubením spolupráce se zdravotnickými zařízeními a orgány činnými v trestním řízení, aby poskytovaly klientce dostatečnou podporu a pomohly s řešením bytové otázky.⁶⁹ Metody, které můžeme aplikovat do našeho prostředí a vycházejí z daného doporučení, jsou prohloubení **individuálního plánování a case managementu** propojením s **hlubší interdisciplinární spoluprací**.

Proběhlo několik studií zaměřených na práci s osobami ohroženými domácím násilím a dalším znevýhodněním. Například studie z Univerzity v Kentu (Velká Británie), která se zabývá propojováním domácího násilí a mentálního postižení. I zde se potvrdilo, že sociální pracovníci nemají znalostní základ pro propojování obou cílových skupin. Autoři textu doporučují při práci s klienty s mentálním postižením pracovat na prevenci a upozorňovat na nebezpečí nevhodných vztahů, mluvit o projevech domácího násilí a o možnostech pomoci. Dále využívat možnosti spolupráce se službami zaměřenými na pomoc osobám ohroženými domácím násilím.⁷⁰

3. 3. Analýza: Setkání duševního onemocnění a domácího násilí

V této podkapitole analyzuji situace, kdy se setkávám na poli problematiky domácího násilí s duševním onemocněním. Dále specifikuji problémové situace a etická dilemata.

Za dva roky, co pracuji v proFem, jsem si vytvořila svou typologii možností, kdy a jak se s duševním onemocněním setkávám:

1. Klientka má duševní onemocnění a je s nemocí a léčbou v souladu,
2. klientka má duševní onemocnění, nemoc odmítá a neprobíhá léčba (nebo probíhá nedostatečně) - ale není akutní stádium,
3. klientčin partner nebo jiná osoba s násilným chováním je duševně nemocná,
4. klientka se nachází v akutním stádiu nemoci, případně jiné situaci.

⁶⁹ VAN DEINSE, T. B., BLACK WILSON, A. MACY, R. J., CUDDEBACK, G. S. Intimate Partner Violence and Women with Severe Mental Illnesses: Needs and Challenges from the Perspectives of Behavioral Health and Domestic Violence Service Providers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. School of Social Work, University of North Carolina, May 2018, p. 8-9

⁷⁰ MCCARTHY, M., BATES, C., TRIANTAFYLLOPOULOU, P., HUNT, S., MILNE SKILLMAN, K. "Put bluntly, they are targeted by the worst creeps society has to offer": Police and professionals' views and actions relating to domestic violence and women with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. University of Kent, 2019, 32(1), 11. DOI: 10.1111/jar.12503.

Přiblížím situace pomocí kazuistik⁷¹: *V prvním případě přichází klientka s tím, že ji manžel bije, a to nejčastěji rukou do obličeje a pak kopanci do oblasti nohou, chtěla by ho opustit, ale bojí se. Mají společně dvě děti a on ji vydírá tím, že ji o děti připraví. Klientka sděluje svůj velký strach z toho, že se na ni lidé budou dívat jako na blázna, protože od konce střední školy má diagnostikovanou úzkostně - depresivní poruchu a dochází jednou měsíčně za psychiatrem, který jí předepisuje antidepresiva. Po pár konzultacích a psychosociální podpoře klientka od manžela odchází s dětmi k rodičům, kde situace není ideální, ale je pro ni bezpečnější než s manželem. Dále si také hledá práci (je před koncem rodičovské dovolené) a hledá byt.*

Klientka následně podává návrh na svěřeni dětí do péče a návrh na rozvod. Otevírá se velký kruh soudů a obrovský nátlak ze strany OSPOD a soudkyně na dohodu. Soud v daném městě neoficiálně zkouší duluthský model, klientka je téměř donucena k pokusu o mediaci a k párové terapii. Klientka propadá do depresí, uvědomuje si svou situaci a využije možnost terapií. V případech, kdy se cítí bezmocně, a pro filtraci úzkost, si píše deník, který pak na konzultaci společně probíráme. Klientka si však plně uvědomuje hlavní projevy své nemoci - deprese a úzkosti. V konzultacích také zběžně sestavujeme krizový plán. Po deseti měsících jsou ukončené soudy⁷² a uzavírá se s klientkou spolupráce.

V případě takového druhu klientek nedochází k problémovým situacím spojeným s jejich nemocí. S touto klientkou byla práce zaměřena na zvýšení sebevědomí a na překonání strachu ze stigmatizace. Během klientčina soudu ve věci péče o děti byly provedeny psychiatrické posudky, které potvrdily její diagnózu, u jejího manžela diagnostikovaly narcistickou poruchu osobnosti s nedospělými prvky. Soudkyně však nakonec na ani jeden z posudků nebrala ohled.

Druhý typ je stěžejním důvodem pro psaní této diplomové práce. *Paní D. k nám přichází po doporučení jiné organizace našeho typu kvůli jejich momentální vytiženosti. Klientka mluví o násilí, které zažívá ze strany svého manžela. Dříve ji několikrát škrtil a bil pěstí do obličeje, nyní si už asi dva roky dává pozor, protože klientka byla hospitalizovaná na psychiatrii a na modřiny se jí doptávali. Žádné závěry však neudělali. Nyní ji manžel vyhrožuje, že když ho opustí, tak jí vezme syna, neustále ji ponižuje a kontroluje. Konzultace s*

⁷¹ Kazuistiky z mé praxe jsou formulovány tak, aby identita klienta nebyla rozpoznatelná.

⁷² Neúspěšně pro klientku bylo rozhodnuto pro tzv. **střídavou péči nevyváženou**. Tedy 60 % péče o děti náleží klientce a 40 % jejímu manželovi. Čím se tato forma liší od výlučné péče s rozšířeným stykem? Tím, že alimenty byly stanoveny 4000,- Kč za obě děti jejich otci, které platí jedenkrát měsíčně klientce, a 1000,- Kč platí klientka jednou měsíčně otci dětí. U výlučné péče by alimenty byly samozřejmě daleko vyšší...

klientkou jsou velmi náročné, mluví o mnoha tématech dohromady, nelze ji strukturovat, odbíhá od tématu, když ji vrátíte, drží se struktury asi dvě minuty, pak zase odběhne. Klientka mluví o tom, že má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu, kde ale převažují mánie, a dochází k psychiatrice a na terapie (1x měsíčně). S klientkou však nejde cokoli naplánovat a dostat se k zakázce. Zvažují spolupráci s dalšími organizacemi, kam dochází. Bohužel nezisková organizace, kam dochází, není nastavena pro spolupráci. Klientka se již před naší organizací byla poradit na OSPOD, protože její syn začal mít špatné známky a ve věku devíti let se pomočuje. OSPOD jí však řekl, že nemají co řešit. Iniciujeme s naší vedoucí případovou konferenci, kam ale přicházíme jen my, klientka, její manžel a OSPOD. Ostatní organizace a zástupci ze školy se omlouvají z účasti.

U této klientky je velice problematické její odbíhání od tématu a prakticky žádný její náhled na své onemocnění, dále nefunkčnost spolupráce s OSPOD, psychiatrickou a organizací, kam dochází na terapie. Pokusy o spolupráci uvnitř organizace, tedy konzultace s klientkou za přítomnosti dvou pracovníků, selhávají, návrhy práce plynoucí z opakovaných supervizí taktéž. S prací s klientkou se pojí velká etická dilemata, a to zdali takový způsob práce je vůbec užitečný, zdali motivovat klientku k výměně terapeuta a psychiatricky, jaké klientčiny projevy jsou součástí nemoci a jaké dlouhodobostí domácího násilí apod.

Třetí typ: *Klientka L. je objednána po vykázání, ke kterému došlo v její domácnosti. Klientka mluví o tom, že její vykázaný syn má diagnostikovanou schizofrenii a je agresivní v případě, že mu nechce dát peníze. Tuto agresivitu lze, dle jejích slov, zvládnout domluvou, ale v poslední době se jeho nemoc zhoršuje a nejspíš mu přestávají zabírat léky. Policii zavolali sousedi a krom vykázání ho odvezli do psychiatrické nemocnice. S klientkou se bavíme o možnosti prodloužení, která ale kvůli jeho hospitalizaci nebude třeba. Dále s ní probíráme možnosti, kam docházet a jaké organizace pracují s klienty s duševním onemocněním a jejich rodinami.*

Tato kazuistika ukazuje případ, kde s největší pravděpodobností nejde o domácí násilí, ale o dekompenzaci daného onemocnění. Policie však vyhodnotila situaci jako domácí násilí.

Třetí typ je skupina těžko uchopitelná, mohou zde být i osoby s násilným chováním, jež nejsou nijak diagnostikovány, nikdy nebyly léčeny, a pouze z klientčina popisu pozorujeme projevy některých onemocnění. Klientku můžeme zběžně edukovat o možnostech, které osobě s násilným chováním pro léčbu může nabídnout. Nabídky klientky však nebývají úspěšné. Proto se pracuje na náhledu klientky na situaci, odchodu apod.

Čtvrtý typ vnímám jako klientky v akutní formě nemoci (tedy například ve schizofrenní atace, s agresivním chováním, se sebevraženými tendencemi apod.), nebo klientky se zakázkami, na které se zaměřují jiné organizace. *Klientka Z. se objednává na konzultaci po té, co shlédla v televizi reportáž, kde vystupovala právnička proFem. Při konzultaci mluví o mnoha diagnózách, které jí byly přiděleny při hospitalizacích v psychiatrické nemocnici (asi čtyři různé diagnózy od hraniční poruchy osobnosti, nespecifické poruchy osobnosti a další dvě). Vypráví o zneužívání v dětství bratrem a strýcem, o poškozování, násilných vztazích, které vyhledává, a o tom, že by chtěla změnit své chování a myšlení o sobě samé. Při konzultaci klientka vstává a přechází po místnosti, pokusí se lehat si na křeslo, doptává se na osobní témata pracovnice. Je třeba držet pevně hranice konzultace a být mírně direktivní. Jako zakázku jmenuje změnu svého chování, vnímá, že násilné vztahy si opakovaně vybírá jako jistou formu sebepoškození. Klientka již zkoušela docházet na terapii, ale neúspěšně. Je odkazována na společnost Kaleidoskop, která se specializuje na práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Mluvíme o DBK terapii, která se jí velice zamlouvá, a o terapeutické komunitě. Po pár týdnech klientka píše e-mail, že nastupuje do terapeutické komunity.*

Práce se čtvrtým typem klientů mívají organizace popsané ve standardech kvality služby a propracované v metodikách. Klientka Z. byla zařazena do evidence odmítnutých zájemců o službu z toho důvodu, že ze strany organizace s ní nebylo možno pracovat na její zakázce na úrovni kvality, jako může organizace Kaleidoskop.

Při akutních projevech klientovy nemoci bývá vyspecifikováno, kdy přesně se například přivolává záchranná služba, kdo telefonuje a kdo zatím pracuje s klientem, součástí metodiky může být krátký návod na krizovou intervenci a bezpečnostní plán pracovníka.

4 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI OHROŽENÝMI DOMÁCÍM NÁSILÍM V KOMBINACI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM - METODOLOGICKÝ RÁMEC ŠETŘENÍ

V průběhu šetření si opakovaně pokládám otázku, zdali sociální pracovníci tuto problematiku vůbec vnímají jako výjimečnou a zdali se potýkají ve své práci s podobnými obtížemi jako já, nebo je to mojí nezkušeností v oboru a nedostatečností teoretického základu, který mám. Jako cíl šetření jsem proto stanovila zmapování nejzákladnější informace pro mou diplomovou práci, a to, jak vnímají sociální pracovníci práci s klienty ohroženými domácím násilím, kteří mají zároveň duševní onemocnění, co je podle nich výjimečné a jiné u této nově definované cílové skupiny. Jaké metody a postupy své práce užívají a které hodnotí jako pozitivní a negativní při práci s takovým druhem klientů? Výstupem z šetření bude soubor doporučení a přístupů, které se osvědčily pracovníkům působícím u těchto cílových skupin.

Níže uvádím tzv. transformační tabulku, kde je na prvním místě základní výzkumná otázka (ZVO), která je dále rozdělena na dílčí výzkumné otázky. Transformační tabulka je odvozena od slova transformovat, jelikož dílčí výzkumné otázky jsou transformovány do tazatelských otázek, které při šetření pokládám respondentům.

ZVO: Jak vnímají dotazovaní sociální pracovníci sociální práci s klienty ohroženými domácím násilím a duševním onemocněním a které metody a postupy vnímají jako efektivní?		
Dílčí výzkumné otázky:		Tazatelské otázky
Úvodní otázka		Můžete představit organizaci a svou pracovní náplň?
DVO 1	Jak vnímají sociální pracovníci výskyt problémových situací u klientů ohrožených domácím násilím a jaká je četnost výskytu? / Jak	Setkáváte se ve Vaší práci s klienty, kteří jsou duševně nemocní a zároveň jsou osobou ohroženou domácím násilím? Jak často se s takovým druhem klientů setkáváte?

	vnímají sociální pracovníci výskyt problémových situací u klientů s duševním onemocněním a jaká je četnost výskytu?	Jaké situace ve Vaší práci vnímáte jako problematické v kontextu domácího násilí a duševního onemocnění?
DVO 2	Jak vnímají dotazovaní sociální pracovníci podpůrné možnosti a specifika sociální práce s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševně nemocnými?	Na kolik mapujete a následně intervenujete, pokud pozorujete na klientovi znaky domácího násilí/duševního onemocnění?
		Co Vám ve Vaší práci nejvíce pomáhá, když už nevíte, jak s klientem pracovat? Co ještě usnadňuje Vaše konzultace s klienty?
		Je pro Vás práce s takovým druhem klientů specifická? Jaké řešení navrhnete, pokud je Váš klient psychotický/akutně ohrožený domácím násilím?
DVO 3	Které problémy sociální pracovníci zažívají při práci s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševně nemocnými?	S jakými problémy se při práci s takovým druhem klientů setkáváte?
		Obracíte se v takovém případě na NNO, která je na práci s takovým druhem klientů zaměřená? Pokud ano, na jakou?
DVO 4	Které postupy a metody sociální pracovníci užívají při práci s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševním onemocněním?	Jaké postupy užíváte nejčastěji při práci se svou cílovou skupinou? Hodnotíte je jako efektivní?
		Jaké metody užíváte nejčastěji při práci se svou cílovou skupinou? Můžete mi je popsat? Pokud bude váhat/nebude přístupný - můžete mi vybrat z kartiček?
DVO 5	Jaké možnosti pomoci pro klienty s duševním onemocněním/ ohrožené domácím násilím znají sociální pracovníci?	Jaký postup nebo metodu sociální práce byste doporučil/a při práci s klienty ohroženými domácím násilím a duševním onemocněním? Můžete mi tuto metodu popsat? Pokud bude váhat/nebude přístupný - můžete mi vybrat z kartiček?

		Jaký postup nebo metoda soc. práce by Vám v tomto případě přišla jako nevhodná a proč?
		Je něco, co Vás k tématu ještě napadá? Něco, co byste chtěl/a zmínit?
		Jaké máte možnosti dalšího vzdělávání?

73

4. 1. Metoda sběru dat a metodika šetření

Metodou sběru dat, jak už bylo řečeno, je kvalitativní šetření prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Respondentům položím stejné otázky v totožném pořadí, polostrukturovaný rozhovor však dává možnost doptávat se na fakta, která vnímám jako užitečná a potřebná pro hlubší poznání jevu, který respondent popisuje. Průměrná délka rozhovoru bude přibližně 60 minut.

Příprava rozhovorů probíhala ve dvou fázích. V první fázi byly rozeslány žádosti e-mailem do organizací pracujících s klienty s duševním onemocněním. Těmito organizacemi byly Fokus, z.ú., Eset - Help, z.s., Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z.ú. Ve druhé fázi jsem se zaměřila na organizace pracující s klienty ohroženými domácím násilím, tedy proFem - centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o.p.s., Acorus, z.ú. a Intervenční centrum pod Centrem sociálních služeb v Praze. Ve zmíněných organizacích jsem si ve velké většině případů domluvila osobní schůzku. Rozhovor uskutečněn osobně se sociálními pracovníky je zaznamenám na diktafon. Záznamy z diktafonu budou následně přepsány do počítače. Respondenti budou při každém rozhovoru seznámeni s informovaným souhlasem (Příloha I.), který následně podepíší.⁷⁴

4. 2. Metoda zpracování dat

Pro zpracování dat jsou použity prvky kvalitativní metody zakotvené teorie tak, jak ji popisují autoři Strauss a Corbinová v knize *Základy kvalitativního výzkumu (1999)*. Tato teorie byla zvolena z toho důvodu, že je obecně doporučována při popisu nových teorií a jevů.

⁷³ U otázek 12 - 14 byla respondentům nabídnuta možnost vybrat z připravených kartiček, pokud si na žádné metody nemohli vzpomenout. Na kartičkách byly popsány běžné metody sociální práce tak, jak je popisuje Oldřich Matoušek v Encyklopedii sociální práce (2013). Tato encyklopedie byla vybrána z důvodu, že je v českém prostředí neznámější a nejrozšířenější, tudíž bylo předpokládáno, že ji sociální pracovníci znají.

⁷⁴ Informované souhlasy dostupné v archivu u autorky textu.

Z mého pohledu je velice zajímavá interaktivita mezi autorem šetření a daty. Autor dle svých zkušeností přikládá datům různé významy (autoři publikace mluví o teoretické citlivosti) a neustále přemýšlí nad tím, jak zúžit zkoumaný jev a které pojmy jsou důležité, případně mu unikly: „*Začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné*”⁷⁵. Zakotvená teorie musí splňovat čtyři základní kritéria, a to shodu, srozumitelnost, obecnost a kontrolu. Dále je důležité stanovit podmínky, za nichž dané teorie platí.⁷⁶

Pro analýzu textu bude použito otevřené a axiální kódování s prvky kódování selektivního. Při otevřeném kódování rozkládáme text na slova či věty, kterým přiřazujeme kódy, a následně je rozdělujeme do kategorií.⁷⁷ Axiální kódování slouží k hledání spojení a uspořádání kategorií. „*To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.*”⁷⁸ Při selektivním kódování se určuje kostra příběhu prostřednictvím jedné hlavní kategorie, ke které se vztahují všechny ostatní kategorie.⁷⁹ Mapu kategorií a vztahy mezi nimi připojuji v Příloze II.

Analýza dat tedy probíhala způsobem přepisu rozhovorů do elektronické podoby (do Wordu), následně jejich nahráním do programu ATLAS.ti. V programu je rozklíčováno kolem 200 kódů, které jsou dále rozděleny do devíti kategorií. Program je přesně přizpůsoben pro otevřené kódování. Kategorie jsou pojmenovány dle své nosné informace, tedy obecně shrnují, co respondent uvádí. V programu je možné každou kategorii označit určitou barvou

pro lepší přehlednost. Při axiálním kódování uspořádávám kategorie a hledám vztahy mezi nimi, co s čím souvisí, co z čeho vychází apod. Kategorie 1 (Počet situací, dále K1) vede ke K2 (Způsob práce), ale také ke K3 (Následku), K2 vede ke K4 (Hledání řešení), K4 je ovlivněn K5 (Vlivy na hledání řešení), K5 ovlivňují K6 (Metody a postupy soc. práce), K4 je zároveň ovlivňováno K7 (Překážkami). K4 vede ke K8 (Řešení). Do K4 a K8 zasahuje i K9 (Konstatování). Například výskyt klientů s duševním onemocněním v organizaci pracující s klienty ohroženými domácím násilím (K1) vede ke způsobu práce, který pracovnice nějakým způsobem hodnotí (záporně, kladně) (K2), ale zároveň vede k tomu, že pracovnice uvažuje nad svým postupem (K3), při záporném hodnocení momentálního postupu začne hledat řešení, jak má s klientem pracovat (K4). Hledání řešení je ovlivněno například

⁷⁵ Strauss, A. L., Corbin, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*, s. 14.

⁷⁶ Tamtéž, s. 14 - 15.

⁷⁷ Tamtéž, s. 43.

⁷⁸ Tamtéž, s. 70.

⁷⁹ Tamtéž, s. 86.

organizační náladou, schopností pracovníka (K5). To je zase ovlivněno znalostním pozadím pracovníka a organizační kulturou a dalším (K6). Hledání řešení (K4) ale také ovlivňují jisté překážky (odmítnutí zaplacení kurzů, neznalost novějších metody, neznalost problematiky apod.) (K7). Hledání řešení následně vede k řešení situace (K8). Hledání a samostatné řešení situace ovlivňuje konstatování (K9), tedy hledání problémů, proč momentální ani nově nalezené metody a postupy nefungují. V kategorii Konstatování jsou důvody, které nemají nosný charakter a působí dojem výmluv (příklad: *Prostě to nefunguje...*).

Prvkem selektivního kódování jsem vybrala centrální kategorii, a to Řešení (K4). *Řešení při práci s klienty ohroženými domácím násilím, kteří mají zároveň duševní onemocnění.* Při analýze a interpretaci jsou použity přesné citace respondentů rozhovorů, pro lepší orientaci v textu jsou psány kurzívou.

4. 3. Charakteristika respondentů

Níže v tabulce jsou respondenti šetření rozdělení do pěti kategorií. V kategorii: *Délka praxe* není přesně určen počet let, je to z toho důvodu, aby byla zachována anonymita respondenta. Z důvodu propojenosti služeb a vzájemného provázání sociálních pracovníků by bylo snadné odhadnout, kdo rozhovor poskytl.

Respondent	Vzdělání (VŠ, VOŠ)	Délka praxe (min. 1 rok)	Pohlaví	Lokalita	Zájem na rozvoji
1	Mgr.	Více než 5 let	muž	Praha	ano
2	Mgr.	Více než 10 let	žena	Praha	ano
4	Mgr	Více než 2 roky	žena	Praha	ano
5	Mgr	Více než 2 roky	žena	Praha	ano
6	Mgr	Více než 10 let	žena	Praha	ano

4. 4. Limity šetření

Jako limity svého šetření vnímám tři důležité body. Prvním je počet respondentů. Z šesti rozhovorů lze obtížně dojít ke komplexnímu zmapování problematiky a dovršení cílů v plné šíři. S tím souvisí i bod druhý, kterým je doba strávená šetřením a mé povrchovější znalosti zakotvené teorie a kódování.⁸⁰ Jedním z cílů šetření bude zmapování metod sociální

⁸⁰ Na druhou stranu u těchto povrchových znalostí je otázkou, zdali stačí pro studijní potřeby magisterského studia sociální práce, kde diplomová práce slouží k poukázání na jistou existující problematiku a k jejímu

práce a postupů⁸¹, které sociální pracovníci využívají při práci se svou cílovou skupinou. Sociální pracovníci, se kterými budou rozhovory vedeny, jsou však delší dobu od ukončení studia, a tedy si nemusí na některé metody vzpomenout. Po předložení kartiček si je budou znovu prostudovávat, a tedy pravděpodobně vyberou metody v rychlosti. Je však otázkou, jak reálně metody znají a ve své praxi užívají a zdali vůbec.

4. 5 Konceptualizace užitých pojmů

„**Sociální práce** je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.“⁸² Obor sociální práce je nyní možné studovat na vyšších odborných školách a vysokých školách, po ukončení si nejčastěji student vybírá cílovou skupinu, se kterou chce pracovat, a jakým směrem se profilovat a následně dovzdělávat, jelikož v zaměstnání má dále povinnost splňovat 24 hodin akreditovaných kurzů ročně. **Sociální pracovník** by se měl orientovat alespoň základně v oblastech práva, sociologie a psychologie, dále mít znalosti v teoriích, metodách a technikách sociální práce. Bezesporu jsou důležité i jeho vlastnosti, hodnoty a jistým způsobem nadšení do oboru. Toto nadšení však nesmí naplňovat formu syndromu pomocníka (mesiášského komplexu).⁸³

Cílové skupiny sociální práce jsou dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách osoby v nepříznivé sociální situaci (§3). Obecně se ale uvádějí senioři, děti, rodiny, komunity, lidé se zdravotním nebo mentálním postižením, migranti, lidé v krizi, bezdomovci, lidé závislí na omamných látkách, osoby ohrožené domácím a sexuálním násilím, lidé s duševním onemocněním, oběti trestných činů, případně jiné.

Sociální službu zaštiťuje poskytovatel sociálních služeb, který je registrován v registru sociálních služeb. Významným prvkem v poskytování sociálních služeb jsou nestátní neziskové organizace. Na nich nyní stojí celá síť služeb poskytovaných osobám, které se ocitnou v nepříznivé životní situaci. Pro poskytování sociální služby je třeba splňovat a dodržovat sepsané **standarty kvality sociálních služeb**. Standardy kvality jsou soubor

širšímu uchopení je nepochybně třeba dlouhodobé zkoumání.

⁸¹ **Postupy**: Organizací doporučené a pracovníkem obvykle užívané postupy práce s klientem (např. při prvokontaktu s klientem nejdříve vyplníme dotazník, pak...).

⁸² Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*, s. 11.

⁸³ Syndrom pomocníka (mesiášský komplex) se vyznačuje neschopností pracovníka pociťovat vlastní emoce. Frustraci si pak uspokojuje prostřednictvím klienta. Většinou se s ním setkáváme u pracovníků, kteří chtějí klienta tzv. zachránit za každou cenu. Jejich pojmenování zakázek a problémů klienta nebývá v duchu zmocňování. Naopak by se dalo mluvit o anti-zmocňování, tedy přebírání kompetencí za klientův život.

patnácti kritérií, prostřednictvím nichž je vylepšována a definována úroveň služby. Standardy bývají doplněné vnitřními **metodikami služeb**. V metodikách jsou detailně popsány metody a techniky práce s klientem, know - how organizací pro práci s klienty.

Teorie sociální práce vycházejí z poznatků psychologie, sociologie, filosofie, práva a pedagogiky. V momentálním popředí stojí tzv. eklektický způsob, který propojuje více teorií dohromady. Teorie dává pracovníkovi takovou první kostru a mapu, jak má s klientem pracovat a o jaké zdroje se může pracovník při práci tzv. opřít. Pomocí teorie může také hledat specifické metody a techniky. Základní **metody sociální práce** jsou individuální (práce s jednotlivcem), práce s rodinou, s komunitou a se skupinou. Tyto metody se liší v počtu osob, u kterých se definuje zakázka, a způsobu práce na ní.

Techniky sociální práce jsou už konkrétní nástroje, se kterými pracovník pracuje. Může to být například dotazník pro osoby ohrožené domácím násilím.

Osoba ohrožená domácím násilím je osoba žijící v domácnosti, opouštějící domácnost nebo po odchodu z domácnosti, kde je nebo bylo přítomno násilí. Domácí násilí má formy psychické, fyzické, sexuální, ekonomické a sociální. Existuje o něm mnoho teorií, nyní jsou však již překonané. Dříve se mluvilo o kruhu domácího násilí, kdy se střídalo období násilného výbuchu, líbánek - tedy období klidu nebo omlouvání se osobě ohrožené a období stoupání napětí. Období líbánek a stoupání napětí se postupně zkracovalo. Nyní se mluví o tom, že v některých vztazích zasažených domácím násilím období líbánek nebo stoupání násilí vůbec nebylo a není. Je tam přítomný neustálý teror a manipulace. Domácím násilím mohou být zasaženi muži, ženy i děti. V této práci i v rozhovorech zaznívají příběhy a zkušenosti z práce s klientkami, je to z toho důvodu, že organizace, které pracují s osobami ohroženými domácím násilím, navštěvují především ženy (u proFem jsou ženy klientkami v 95 % případů).

Klient s duševním onemocněním v kontextu sociální práce a práce v organizacích k tomuto pojmu se vztahujících: jedná se o klienta s diagnózami schizofrenie, poruchy nálad, poruchy osobnosti a poruchy neurotické. Pro jiné nemoci, které jsou klasifikované pod MKN – 10, existují samostatně specializované služby.⁸⁴

Duální diagnóza znamená přítomnost dvou diagnóz u jediného klienta. Tento termín je však užíván pro přítomnost závislosti a duševní nemoci⁸⁵.

⁸⁴Jedná se o organické duševní poruchy, duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním návykových látek, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci.

⁸⁵ Kalina, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 70

Duální sociální diagnóza - klient napříč dvěma cílovými skupinami sociální práce.

Peer konzultant je pracovník interně, nebo externě zaměstnaný v sociálních službách. Poskytuje poradenství s prvky vlastní zkušenosti. Jedná se o osobu, která veřejně vystupuje se svým prožitkem s danou problematikou (duševní onemocnění, závislost, domácí násilí a jiné).

Kazuistika je popis klientova příběhu, způsob využití služeb a způsob práce s klientem.

Práce s traumatem je založena na členění traumatu: zdali se s ním klient potkal jednou v životě, nebo je opakující se (domácí násilí), nebo se jedná o trauma z doby dětství; zdali je fáze akutní, adaptační nebo vyrovnávací. Některé organizace pořádají speciální školení pro práci s traumatem (proFem, Remedium).

Sekundární viktimizace, neboli druhotné zraňování oběti, je „*újma vznikající v důsledku reakce formálních institucí sociální kontroly nebo neformálního sociálního okolí.*”⁸⁶ Je to újma způsobená neprofesionálním chováním nebo nucením oběti do neustálého mluvení o činu, který byl na ní spáchán.⁸⁷

⁸⁶ Čírtková, L. *Forezní psychologie*, s. 117

⁸⁷ Z praxe proFem vyplývá, že oběť/poškozená domácího nebo sexuálního násilí je vyslýchána policií přibližně 5 – 6 krát.

5 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI OHROŽENÝMI DOMÁCÍM NÁSILÍM V KOMBINACI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM - VÝSLEDKY A INTERPRETACE

Tato kapitola je věnována analýze rozhovorů, jejich interpretaci a výsledkům. V první podkapitole jsem se zaměřila na výsledky rozhovorů a rozřazení podle kategorií. Kurzívou je psána citace respondenta a za citací je uvedena zkratka slova respondent, tedy R, a jeho pořadí. Druhá podkapitola se věnuje analýze a interpretaci rozhovorů. S tím, že je členěna dle dílčích cílů šetření. Na závěr se věnuji diskuzi k dílčím otázkám.

5. 1. Výsledky

Počet situací

V organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním pracovníci uvádějí počet klientů zasažených domácím násilím „mezi 1 - 2 procenty” (R2), případně jednotlivé kazuistiky. Pracovníci z těchto druhů organizací dále zmiňují, že je to z toho důvodu, že většina klientů s duševním onemocněním žije osamoceně, protože se jim velmi obtížně navazují sociální vztahy (obzvláště u klientů psychotiků). Je však běžné, že tito klienti mluví o tom, že zažívali domácí násilí například v dětství. Jedna z respondentů zmiňuje, že záleží i na druhu duševního onemocnění, častější výskyt domácího násilí vidí u klientů, kteří mají poruchy osobnosti „...asi 10 %... Hledat, dle mého názoru, klienta s například hraniční poruchou osobnosti bez další komorbidity je podle mě psychiatrický vtíp”. (R3)

V organizacích zaměřených na problematiku domácího násilí pracovníci uvádějí častější výskyt, například: „tři z deseti klientek...” (R4), „2 klientky měsíčně...” (R5)

Způsob práce

„Multidisciplinární tým se skládá ze sociálních pracovníků, z psychologa a peer konzultanta, jako poradce máme teď i psychiatra, který s námi nechodí do terénu, jenom v nejkrajnějším případě je i ochoten do toho terénu jít. Psycholog s námi chodí i do terénu. Máme zdravotního bratra. Klienty informujeme, v jakých oblastech pomáháme a v jakých už ne. Dále v týmu domlouváme, kdo s ním (klientem) bude pracovat, a potom se začne řešit konkrétní situace, která se dále mapuje. Vše děláme s klientem společně.” (R2) Pracovníci v organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním popisují způsob práce velmi podobně. S výjimkou jedné organizace: „Nejdříve je třeba, aby se klient naučil rozpoznat

svoje emoce, a pak teprve se můžeme přiblížit nějakým problémům. (R3) Dále pracovnice uvádí: „Sociální služby jsou nastaveny hodně protektivně ze shora až dolů. U nás jsme takový, jako ostřejší...“ (R3)

Naproti tomu v organizacích pracujících s klienty ohroženými domácím násilím zaznívá: „U nás je možná daleko více kladen důraz na klasické zmocňování, je to nástroj, jak bojujeme s naučenou bezmocností a jak si klientka sama ošahá, že není tak neschopná, jak ji partner tvrdí... Jsme hodně nedirektivní ...máme minimum pravidel.“ (R4) V další z organizací daného typu: „Mapujeme, zdali je klient tzv. nastoupen na nějakou minimální hladinu, kde je motivován svou situací řešit...“ (R6).

V případech, kdy je klient rozhodnut násilného partnera opustit, dokáže zajistit nějakou základní právní pomoc pět ze šesti organizací.

Dalším postupem, který mají organizace obou typů zakotvený již ve svých standardech kvality, je přivolání policie, pokud konfliktní situace s klientem s duševním onemocněním přesahuje nějaký běžný rámec, případně pracovníci vyhodnotí situaci na tolik vážnou, že mají oznamovací povinnosti.

Překážky

„Já to vnímám tak, že ten člověk o tom nemluví. My se k tomu dostaneme úplně náhodně, když se například bavíme o nějakém denním plánu... Kdy můžete chodit ven? Nikdy, já to mám zakázané...“ (R1). O domácím násilí jako o něčem, co se pracovníci dozvěděli až v kontextu jiné zakázky, mluvili dva pracovníci z organizací pracujících s klienty s duševním onemocněním.

Jako další překážku respondenti opakovaně zmiňují, že klienti s duševním onemocněním jsou křehčí než běžná populace. „Ti klienti jsou takový křehčí... Je to tím, že člověk má nemocí ovlivněn rozhodovací úsudek.“ (R2) V případech kombinace s domácím násilím „...ten člověk není schopný odejít například kvůli těm úzkostem a depresím, přichází taková ta degradace osobnosti, není vůbec schopný ničeho, nevěří si a, i když to společně pojmenujeme, můžeme hledat práci a řešit opravdu ty praktický věci, tak on toho stejně není schopný vzhledem k tomu, že je s tím člověkem, s tím násilníkem v té domácnosti mnohem víc času než tady v kanceláři, tak zase velmi rychle spadne do toho módu - nevěřím si.“ (R2). Pracovníci také často hledají zdroje v klientově rodině, ale u cílové skupiny osob s duševním onemocněním je překážkou, že „nemocný klient = často i nemocná rodina.“ (R1) To uvedli

všichni tři respondenti z organizací pracujících s klienty s duševním onemocněním.

Překážkou je i stigma ve společnosti pro duševní onemocnění. „*Musím říct, že stigma stále přetrvává i mezi odborníky, hlavně z řad psychiatrů a někdy i terapeutů a některých sociálních služeb taky, pokud jde například o hraniční poruchu osobnosti, všichni se bojí a brání se a mají takové ty předsudky a očekávání nějakého vyhoceného hraničního chování.*” (R3)

Dalšími častými překážkami, které pracovníci zmiňují při práci s klienty s duševním onemocněním jsou nedodržování plánů, odbíhání od témat, nerespektování pravidel a hranic služby.

Jako problematickou situaci popisují pracovníci práci s klienty v tzv. akutní formě nemoci: „*není možné po příjezdu záchranné služby klienta převzít k okamžité hospitalizaci, pokud ji klient odmítne.*” (R4), případně hospitalizace není úspěšnou: „*Měli jsme klientku, která podepsala revers v nemocnici a z azylového domu se pak nechtěla hnout..., velmi pracně se jí podařilo dostat do Bohnic. Pak dostala psychiatra, který odmítal spolupracovat, odmítal poskytnout informace...*“ (R4). Obtížnou domluvu s lékaři zmiňují i pracovníci z dalších tří organizací.

Následek

Nemožnost práce na ostatních zakázkách v případech domácího násilí se objevuje opakovaně: „*Pak je domácí násilí gró těch schůzek, stává se to v tu chvíli nejvíc aktuálním tématem.*” (R2) Na tom se shodují pracovníci ze všech organizací pracujících s klienty s duševním onemocněním. Jinou překážku zmiňují pracovníci z organizací pracujících s klienty ohroženými domácím násilím, zde zaznívá: „*U těchto klientek je mnohem větší náročnost dodržovat domluvený věci... Tyto klientky mnohem hůř vlastně respektují nějaká pravidla.*” (R4) Dále je problematické: „*že nám o svých diagnózách neřeknou.*” (R5). Pracovníci uvádějí, že s klienty je následně obtížné určit rámeček a způsob spolupráce. „*Tím, jak tito klienti často nedodržují pravidla, tak s nimi ukončujeme spolupráci, i když to není lehké, ale musíme si držet své hranice.*” (R4) Někteří pracovníci uvádějí: „*Nepouštíme se do všeho, pokud je klient v akutní krizi, odesíláme jej jinam, třeba na „krizáč“⁸⁸, až bude stabilizovanější, můžeme pokračovat dál.*” (R6, ale i v podobné formě R4, R5)

Respondenti se shodují, že klienti, kteří jsou v akutním stádiu, nejsou schopni dodržovat pravidla a práce s nimi na zakázce je nemožná. „*Nejdříve zajistíme lékařskou*

⁸⁸ **Krizáč** - slangový výraz pro krizové centrum, v Praze je tím myšleno krizové centrum RIAPS. Krizáč v Bohnicích je slangový výraz pro Centrum krizové intervence při Psychiatrické nemocnici Bohnice.

pomoc a stabilizaci stavu... Musí být ale přesné plánování po etapách...spolupracujeme se záchrannou službou, pokud je klient v psychotickém stavu.” (R4)

Hledání řešení

Při hledání řešení této problematiky vysvětluje jedna respondentka: *„Kontaktujeme jinou organizaci, která se specializuje na problematiku domácího násilí.” (R2)* Pracovníci nejčastěji hledají řešení skrz týmovou spolupráci: *„Týmová spolupráce je jednoznačně nejdůležitější” (R2)* Dále prostřednictvím intervizí a supervizí. Supervize probíhají skupinově i individuálně. Supervize i intervize mají všichni pracovníci z daných organizací. Řešení hledají i skrz vzdělávání: *„když sám ten pracovník naráží na nějakou problematiku, ve které by se chtěl dozdělat. Tak to konzultuje s vedoucím, vedoucí s ředitelem, jestli je to vhodné a jestli se to využije.” (R1)*. Vzdělání a další možnosti zmiňují opět všichni pracovníci. V rozhovorech zaznívá, že pokud si pracovníci najdou kurz, který je zajímavý, tak nebývá problémem, aby jej zaměstnavatel zaplatil a pracovníka na něj poslal. Všichni respondenti měli absolvovaný kurz Psychiatrické minimum. Dále zaznělo jedno doporučení na kurz Preterapie.

Vlivy na hledání řešení

Pracovníci opakovaně uvádějí při práci s klienty ohroženými domácím násilím, že klientům s duševním onemocněním nestačí tzv. běžná podpora, kterou osoby ohrožené domácím násilím dostávají⁸⁹. To uvedli tři pracovníci z daných organizací. Dalším podstatným faktorem je malý počet pracovníků v organizacích (R5), případně jinak obtížná spolupráce s dalšími organizacemi. Zazněla i poznámka o mezerách v nabídce kurzů: *„Dovzdělávání moc není, jsou to dvoudenní minima, která jsou základ, který si můžete načíst ale z knížek.” (R4)*

Teorie, metody a postupy soc. práce

Respondenti mají výcvik 1krát v **přístupu zaměřeném na člověka**, 1krát v **systemickém přístupu**, 1krát v **dialekticko-behaviorální terapii**, 3krát v **psychodynamickém přístupu** – 1krát se zaměřením na práci s traumatem, 1krát v SUR. Pracovníci se společně shodují, že žádný směr není „všespasitelný” (R5), dále, že neexistuje jasně špatný přístup a ani jasně správný.

⁸⁹ Respondentka dále dovysvětluje, že je tím myšlena individuální práce s klientem orientovaná na domácí násilí, tedy práce na náhledu, porozumění situace a dynamice domácího násilí, motivace ke změně, individuální plán + bezpečnostní plán, krizová intervence, apod.

Z metod sociální práce zaznívají opakovaně **individuální sociální práce, vedení dokumentace a rozhovor**. Dále **individuální plánování** s tím, že: „Většinou až druhý plán je lépe uchopitelný a použitelný... Ty první individuální plány většinou nedopadají, ale mám takovou zkušenost, že když přijdou další, tak se to jako víc konkretizuje, a nevím, jestli je to tím, že ten člověk se již naučil vyplňovat plány tak, aby nám vyhovovaly, což není asi dobré úplně, a nebo je to tím, že pokračuje spolupráce a ten člověk se dostává spíše k dosažitelnějším cílům, ale někdo si dal jako cíl uzdravit se a to je hodně těžký...” (R3) Jiný pracovník uvádí: „Většinou ty cíle jsou rozkročený do mnoha stran, jako návrat do bývalého zaměstnání u člověka, který byl třeba manažerem někde. Je to ale hodně těžký. Takže jdeme spíše po těch konkrétnějších cílech, které jsou třeba: zkusit tréninkové místo, které je dvě hodiny denně, a pak se uvidí.” (R2)

Dále je pojmenována **práce s rodinou**: „Na úrovni, když přicházejí s tím: opravte nám syna, tak jim vysvětlujeme, že to nejde tak snadno...” (R3). „Mapujeme potřeby rodičů, klienta a začneme to nějakým způsobem koordinovat a můžeme se posunout dál.” (R4) „Pokud přijde například matka s tím, že je její dcera obětí násilí, většinou je vyslechnuta, je jí poskytnuta nějaká rychlá krizová intervence, pokud je tedy v krizi, a je edukována o tom, jak s dcerou má jednat, že na ni nesmí tlačit, má jí nabídnout pomoc, případně zprostředkovat kontakty na nějakou z organizací, kam se dcera může obrátit. Většinou je to ale spolupráce na jednu - dvě konzultace.” (R5)

Několikrát zaznívá metoda **případové konference**, případně případového setkání: „Případová setkání jsou forma nějaké podpory a hledání těch cest, jak klientovi pomoci, kde v tuto chvíli je ta individuální pomoc a společný mapování toho konkrétního problému, na co se teď zaměřit, jestli řešit dvě věci najednou, nebo pouze jednu...” (R4) Dále **kazuistický seminář** (R4), **úkolově orientovaný přístup** (pět ze šesti pracovníků) a **open dialogue** (R1). Ve své práci využívají respondenti také techniky **krizové intervence**, které hodnotí na obě cílové skupiny jako nejúčinnější. „Krizová intervence zabírá, hlavně nevyvracet, zklidnit, povolit a přesvědčit.” (R4). Další respondentka ale zmiňuje, že je to technika, která funguje pouze krátkodobě.

Dále jsou v rozhovorech zmiňovány doprovody, nácviky dovedností, asistence při jednání, nácvik asertivity, depistáž, práce se sebevědomím, preventivní programy, besedy. Organizace pracující s osobami ohroženými domácím násilím mají své specifické dotazníky zaměřené na detenci násilí, dále různé „hravé” (R4) techniky kreslení, práce s pískem...

V rozhovorech se opakovaně vyskytují výhrady k práci s osobami ohroženými

domácím násilím formou KBT, například: „*Naše klientky jsou traumatizované a KBT prostě nemá techniky, jak pracovat s traumatem.*” (R5) Výhrady zaznívají pravidelně směrem k mediaci, skupinové sociální práci a párové terapii, a to z řad pracovníků pracujících s osobami ohroženými domácím násilím.

Řešení

Problematické situace pracovníci řeší různými způsoby, konkrétně u domácího násilí: „*to jsou pak takové stopy, po kterých, když jdete, tak se to pak nakonec podaří pojmenovat, když je to tedy ta úspěšnější varianta.*” (R1) „*Funguje mi doptávání po zakázce, přitom jsem taková stopovačka a rozkřívám, co je ještě za tím...*” (R3) Mapování opakovaně zmiňují všichni respondenti: „*Přišla s konkrétní zakázkou domácího násilí a my jsme ji předali do péče vyložené organizace, která se zabývá pomocí lidem s domácím násilím.*” (R2) „*Klientovi v případech domácího násilí zpravidla poskytnu nějakou podporu, nějakou krizovou intervenci. Možná i pomohu utvrdit v tom vědomí, že takhle by to nemělo být, že takhle by s ní partner neměl zacházet, a vlastně zprostředkuji kontakt na nějakou organizaci, která s domácím násilím pracuje... Snažím se být takový překlenovací most... Pak je potřeba pracovat na jejich sebeúctě, že vlastně nemusí být mlácená... Někdy to chce dát prostě čas.*” (R3)

V jedné z organizací mají například domácí násilí pojmenované jako **mimořádná událost ohrožení klienta**. V takovém případě: „*Snažíme se pak mít společnou schůzku i s širší rodinou, pokud samozřejmě ta širší rodina souhlasí.*”, je následně v rozhovoru popisován konkrétní případ klientky „*Společná schůzka pomohla (sešli se s manželem a syny, tedy pachateli násilí), ale i tak tam nadále dochází k psychickému týrání. Snažíme se s klientkou dále pracovat a vysvětlit, že to není ok.*” (R1)

Jeden z respondentů uvádí: „*Nevyplácí se plánovat příliš dopředu a nevyplácí se nějaké hloubkové analýzy věci.*” (R3) Dále také uvádí, že: „*nedirektivita bývá pro klienty ohrožující, ale zároveň člověk nemůže být direktivní a příliš ty klienty vést. Oni se strašně rádi zbavují odpovědnosti, která je fakt hodně zúskostňuje.*” (myšleno při práci s klienty s poruchami osobnosti). (R3)

Další možný způsob práce je například tento: „*V prvé řadě se snažíme zprostředkovat náhled na klientovo onemocnění a motivujeme k návštěvě psychiatra. Pokud se to daří, tak hodně u klientek s depresemi...*“ (R4)

Opakovaně respondenti zmiňují spolupráci více pracovníků: „*Chodíme tam ve dvojici,*

když už nevíme co dál, abychom se mohli poradit... Když se to nedaří, tak přistupují ke změně klíčového sociálního pracovníka.” (R1); „Myslím, že klienti potřebují support z více stran.” (R3); „Spolupracovali jsme s Fokusem, přijeli dva pracovníci z jejich terénního týmu, ale s klientkou nezmohli nic ani oni.” (R4); „Konzultace ve dvou... takhle pracujeme s Armádou spásy.” (R2)

Jinou formu spolupráce zmiňuje čtvrtá respondentka: *„Měli jsme klientku, která měla emočně labilní poruchu a velké sebepoškozování, a tam jsme měli od lékaře doporučeno, jak s ní máme pracovat. To byla pěkná spolupráce.” (R4)*

Konstatování

Pracovníci pracují s vědomí, že *„naše klientky na sebe partnerům všechno řeknout...” (R4), „Klientky jsou ve stavu naučené bezmocnosti.” (R6), „Člověk musí mít přiměřené ambice, většinou si to přinášejí z dětství a změna je těžká.” (R3), „Klientka to dál často nechce řešit, pro ni je tato situace jako takový standard a i vyrůstala v takových podmínkách... snažíme se jí dále vysvětlit, že to není OK...” (R2).*

Strach, který pracovnice opakovaně uvádějí na své i klientčině straně: *„Největší strašák jsou pak znalecké posudky, ale někdy se to ani na nich neobjeví.... U partnerů to čekáme častěji a ty vycházejí překvapivě dobře... měli jsme ale i agresora psychiatra...” (R4)* Po doptání, co mívají osoby ohrožené za nejčastější diagnózy v posudcích, jsou uvedeny: PTSP, úzkostná porucha, úzkostně - depresivní porucha, bipolární porucha apod.

V možnostech spolupráce zaznívá: *„Neříkám, že společnou schůzkou se situace vyřeší, ale aspoň se uklidní.” (R2), „Bylo by vhodné svolávat setkání nad případem dřív, než se něco stane...” (R4)*

5. 2. Analýza a interpretace

Základním zjištěním pro celé šetření je aktuálnost daného tématu v sociálních službách a přibližný počet klientů s duševním onemocněním, kteří jsou zároveň ohroženi domácím násilím. Vidím zde důležitost rozdělení dle problematiky, které se sociální pracovníci věnují. Zatímco v organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním uvádějí pracovníci malá procenta nebo pár konkrétních případů domácího násilí, tak v organizacích zaměřených na problematiku domácího násilí uvádějí pracovníci daleko častější výskyt duševního onemocnění.

5. 2. 1. Pohled sociálních pracovníků na problematiku domácího násilí a duševního onemocnění

Rozdílné služby se zaměřují na rozdílné problematiky. I přes dnešní holistický přístup v sociální práci můžeme na rozhovorech vidět přesné postupy sociálních pracovníků, kdy se hned orientují na problematiku, která je primárně určena do jejich služby. Osoby ohrožené domácím násilím leckdy však netuší, že jsou jím ohrožené, dokud se něco nestane. Klienti nepřicházejí a nedefinují se jako osoba ohrožená domácím násilím ani ve službách na to zaměřených. To plyne z tzv. naučené bezmocnosti, která je u klientů ohrožených domácím násilím běžná a prohlubuje se tím, čím menší je klientův náhled na situaci. Z rozhovorů vyplývá, že domácí násilí a duševní onemocnění pracovníci vnímají jako takové dvojí snížení kompetencí pro svůj život a z toho se velmi špatně vychází. Pokud pracujete s osobami ohroženými domácím násilím, často používáte teorii založenou na **tzv. kruhu změny/kruhu motivací**. Kruh se skládá z několika kroků, prvním je uvažování o změně, po té následují ještě tři až čtyři fáze: rozhodování, změna, udržování změny a případně relaps. Aby klient začal řešit domácí násilí, musí být minimálně v první fázi, tedy uvažovat o změně své situace. Tímto dvojnásobným snížením kompetencí klienti s duševním onemocněním velmi obtížně začnou věřit, že existuje šance pro změnu situace. Pracovníci vnímají, jako překážky také nedodržování plánů, odbíhání od témat, nerespektování pravidel a hranic služby.

Speciální skupinou jsou klienti v akutním formě. Přes popsany postup ve standardech, případně v metodikách, kterými organizace disponují, je stále otázkou, jak s nimi pracovat a jak držet hranice a limity služby.

Dalším velkým tématem je přetrvávající stigma ve společnosti. S tím mimo jiné souvisí to, že klienti velmi často své diagnózy zamlčují, odmítají navštívit psychiatra nebo službu na to zaměřenou. Motivování klienta k návštěvě lékaře se nedaří. Případně psychiatr odmítne přiblížit postup práce s klientem. Velkým „strašákem“ jsou pak znalecké posudky, které u sporů o děti nebo při trestním řízení dnes již bývají běžné. Násilné osoby často dobře vědí o psychických problémech osoby ohrožené. Znalecké posudky jsou tím děsivější, protože častěji něco tzv. *vyjede* osobě ohrožené než osobně násilné. Nehledě na situace, kdy násilná osoba je psychiatr.

5. 2. 2. Zdroje a návyky pracovníků

Pracovníci využívají kurzy, které jsou jim užitečné v jejich zaměstnání. Například již

zmíněný kurz preterapie, který ukazuje cestu, jak navázat spolupráci s klientem s duševním onemocněním mimo organizace na tuto cílovou skupinu zaměřené.

Klasickými metodami, které využívají pracovníci, pokud již nevědí, jak dále postupovat u konkrétního klienta, jsou: **případové porady, porady týmu, supervize, intervize**. Tam, kde sídlí psychiatr nebo psycholog, snaží se jej do případové porady zapojit. Žádná z metod sociální práce se neukázala jako vhodná či nevhodná, pracovníci různě mezi nimi přecházejí a volí dle svých možností a schopností.

5. 2. 3. Postupy: know - how organizací

Organizace mají zpravidla své stanovené postupy pro práci s klienty v různých situacích. V jedné organizaci zmiňují společnou schůzku klienta s osobou násilnou, tento postup si dovoluji komentovat. Organizace zaměřené na problematiku domácího násilí opakovaně uvádějí (a to nejen v rozhovorech v této diplomové práci), že není vhodná mediace, rodinná a párová terapie, pokud je v domácnosti násilí přítomno. Postup, který popsal respondent 1, připomíná něco mezi mediací, rodinnou terapií a sociální prací s rodinou. Pro mediaci⁹⁰, případně rodinnou terapii⁹¹ musejí být role v domácnosti vyrovnané, tuto podmínku domácí násilí zcela vylučuje. Organizace Locika, která pracuje s celým rodinným systémem zasaženým násilím, je dlouhodobě školená a jejich postupy jsou přesně a specificky stanoveny. V této organizaci je kladen hlavní důraz na pomoc dětem, které jsou násilí mezi rodiči vystaveny. Dítě je jejich hlavní klient a střed zájmu celé organizace. I přes jejich citlivé postupy a momentálně často uváděnou dobrou praxi lze diskutovat nad tím, zdali je jejich koncept vhodný. Tzv. odsunují minulost a snaží se nalézt způsob, jak teď má rodina společně fungovat. Lze však odsunout minulost? Je vhodné nebrat ohled na to, kdo násilí páchá a na kom bylo násilí pácháno? Je správné nehledat viníka? Jak ale jinak pracovat s rodinou zasaženou násilím, aby již dále neměla negativní/patologický vliv na děti uvnitř ní? Člen rodiny, který se dopouští násilí, by jinak pravděpodobně takovou službu odmítl využít.

V rozhovorech mě také upoutaly někdy poměrně rozdílné postupy práce. Někteří pracovníci nejdříve klienta seznámí s prostorami a nabídkou služeb, jiní zase nejdříve pracují na emočním stavu klienta a jeho stabilizaci. Až další kroky popisují pracovníci podobě, a to

⁹⁰ Holá, L. *Mediace v teorii a praxi*, s. 170.

⁹¹ Gjuríčová, Š., Kubička, J. *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*, s. 251

především práci na individuálním plánu.

Specifikované postupy práce mají organizace až v případě, že je klient v **akutním stádiu** své nemoci. I zde se přístupy liší, i možnosti, které pracovníci vůbec mají dostupné a které využívají. V jedné z organizací uvádějí příklad možné spolupráce formou pozvání pracovníků druhého typu služby do svých prostor a společnou práci s klientem. Zde se jeví jeden z možných způsobů práce s problematikou domácího násilí a duševního onemocnění. Naproti tomu některé organizace přecházejí k razantnějším krokům a spolupráci s klienty ukončují.

5. 2. 4. Teorie, metody, techniky

Existuje mnoho různých teorií a z nich vycházejících terapeutických přístupů, které se promítají do pozadí sociální práce. Pozastavím se zde nad těmi přístupy, které sociální pracovníci v rozhovorech uvádějí a kde zmiňují, že absolvovali psychoterapeutický výcvik.

Od konce 90. let 20. století je v popředí sociální práce **systemický přístup**, i tento přístup zaznívá v rozhovorech jako jeden z psychoterapeutických výcviků. Systemika pracuje s teorií konstruktivismu (od radikálního po sociální). To znamená, že člověk realitu vnímá skrz konstrukty, tedy skrz své hodnoty, výchovu, zkušenost a další. Každý člověk má tyto konstrukty jiné, rozhovor je založen na doptávání po nich a srovnávání vzájemného vnímání. Velice zjednodušeně řešeno systemika pracuje s tím, že neexistuje objektivita, protože nikdy nelze mít všechny konstrukty stejné, tedy nikdy nelze vnímat jednu událost stejně, tedy jako někdo druhý. Pro hlubší poznání systemiky je doporučována publikace Kurta Ludewiga *Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis (1992)*. Samotných systemických terapeutických přístupů je ale více. S mnohými seznamuje **Vratislav Strnad** ve výcvicích **Cestou systemických terapií** (Na řešení orientovaný přístup⁹², Zakázkový model, Narativní terapie⁹³). Strnad upozorňuje na to, že systemická psychoterapie se nerovná rodinná terapie, jak je občas v literatuře mylně uvedeno. Rodinná terapie je jeden z možných přístupů v systemické psychoterapii.

⁹² Prakticky zaměřené čtivé publikace k tomuto přístupu jsou od holandské autorky **Frederike Bannink**, například *1001 Solution-Focused Questions. Handbook for Solution-Focused Interviewing, 101 Solution-Focused Questions for Help with Anxiety*. Osobně ráda využívám při své práci s klienty knihu *101 Solution-Focused Questions for Help with Trauma*. Knihu bych doporučila i pro studenty, je napsané velice srozumitelnou a jednoduchou angličtinou.

⁹³ Asi nejznámější publikací vztahující se k tomuto směru je *Narativní psychoterapie* od autorů Jill Freedman a Gene Combs.

Strategická koncepce vychází, jako přístup v sociální práci, ze **strategické terapie** (opět směr systemické psychoterapie). Tato terapie se skládá z různých úkolů a technik, které mají zakotvení v přerámování skutečností (nejčastěji nechtěné formy chování pojmenovány pozitivně) a paradoxní intervenci (problém je detailněji zmapován a probírán, terapeut pak dává paradoxní instrukce, a to například, aby v problematickém chování jedinec pokračoval).⁹⁴

Dialekticko behaviorální terapie je více vysvětlena výše v druhé kapitole, respektive v podkapitole *Kognitivně-behaviorální terapie v sociální práci*.

Přístup zaměřený na člověka, tzv. rogersovská psychoterapie (PCA - *The person-centered approach*). Tento přístup vychází z humanistické psychologie z konce 50. let minulého století. Jako její zakladatelé jsou zmiňováni například G. Allport, A. Maslow, G. Murphy, C. Rogers a další. Přístup je zaměřen na nezávislost a důstojnost jedince, na rozvíjení lidských schopností, utváření reality, svobodnou volbu, zodpovědnost. Potřebnost porozumět smyslu života, přístupu k sobě samém - tedy sebepojetí, dále vztahům, potřebě uznání a přijetí změn jako nevyhnutelné součásti života.⁹⁵ Zlí jazykové tento přístup označují za ten, co je založen na „hmm“. To je mylně vytvořený dojem z propracovaného modelu naslouchání klientovi, pozorování jej a snahou být maximálně empatický.⁹⁶

Psychoterapeutický přístup **SUR** je pojmenován po třech zakladatelích, kterými jsou Doc. MUDr. Jaroslav Skála, PhDr. Eduard Urban a MUDr. Jaromír Rubeš. Je popisován jako hlubinně a psychodynamicky orientovaný (Evropská psychoterapeutická asociace jej řadí do psychodynamických psychoterapií). Bohužel neexistuje publikace, která by blíže vysvětlovala a shrnovala teorii SUR.⁹⁷

Psychodynamický přístup, konkrétně psychoterapeutický výcvik zaměřený na práci s traumatem (tzv. hlubinně - dynamická psychoterapie): tento specifický výcvik je možné absolvovat v Rafael Institutu⁹⁸. Počátky psychodynamické psychoterapie najdeme ve Freudově psychoanalýze, dále Jungově analytické psychologii a dalších. Jsou to směry, „*které jdou pod povrch vědomí a pokoušejí se analyzovat podvědomí či nevědomé aktivity*

⁹⁴ Gjuríčová, Š., Kubička, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*, s. 25 - 26.

⁹⁵ Šiffelová, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 15 - 16.

⁹⁶ FAIXOVÁ, K. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychoterapie*[online]. Psychiatrická nemocnice Bohnice, Fokus Praha, 2014, 15(1) [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

⁹⁷ Kalina, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, s. 69 - 72.

⁹⁸ Rafael Institut vznikl v roce 2006 a zprvu se věnoval především tématu holocaustu a rodinám jím zasaženým. Dnes se orientuje na zkušenost migrantů, uprchlíků, obětí etnického násilí, příslušníků pronásledovaných menšin a dalších.

psychického života. Tyto hlubinné vrstvy přitom považují za jádro lidské psychiky... ”⁹⁹

Na zmíněných teoretických přístupech vidíme širokou škálu možností, jak se může sociální pracovník rozvíjet a které prvky může do způsobu své práce promítat. Je ale nezbytně nutné mít sebereflexi a své zaměření si plně uvědomovat. Je však dobré být v jednom ze směrů vzdělán, kvůli široké škále technik, které vám výcvik otevírá.

Podívejme se nyní na metody a techniky, které pracovníci uváděli podrobněji. Jistě pro cílové skupiny osoby ohrožené domácím násilím a klienty s duševním onemocněním je klíčová **individuální sociální práce**.¹⁰⁰ Tuto metodu pracovníci opakovaně zmiňují a nejčastěji v rozhovorech popisují. Jako další metodu si můžeme pojmenovat **vedení dokumentace** o klientovi. V této dokumentaci nalezneme záznamy z konzultací, individuální plány a další údaje, které pracovník pro práci s klientem potřebuje. (K vedení dokumentace organizace využívají klientské databáze, jako jsou ARUM, Highlander a další).

Hlavní složkou práce s jakýmkoliv druhem klientů je **rozhovor**, dále **mapování klientových potřeb a práce na zakázce**.

Na zakázce se pak pracuje prostřednictvím individuálního plánu, který pracovnice sestavuje společně s klientem. **Individuální plánování** je také zákonem stanovená technika, kterou pracovníci musejí dodržovat.

Při **práci s rodinou** může být problém v tom, že v některých případech rodina klienta tzv. tlačí na změnu, pak se musí stát nedílnou součástí práce s klientem. Je ale otázka, jak s nimi pracovat. V některých organizacích s rodinou pracují formou individuální sociální práce, tedy konzultace s rodiči, sourozenci, přáteli odděleně od klienta a v omezeném počtu těchto konzultací. V jiných organizacích pracují na zakázce společně s rodinou, tedy zakázka patří celé rodině a všichni společně na ní pracují. Organizace pracující s osobami ohroženými domácím násilím nepracují s osobou s násilným chování, ale mohou pracovat formou sociální práce s rodinou, a to s osobou ohroženou a dětmi.

Zajímavou metodou, která v rozhovoru zazněla a již v předchozí kapitole jsem ji zmiňovala, je společná schůzka s rodinou a odborníky formou **Open Dialogue (otevřeného rozhovoru)**. Krátce o této metodě: Počátky otevřeného dialogu jsou z šedesátých a sedmdesátých let dvacátého století z Finska. Je to metoda založená na komplexním přístupu

⁹⁹ Plháková, A. *Dějiny psychologie: studijní texty pro distanční studium*, s. 169

¹⁰⁰ Pro práci s klienty s duševním onemocněním je dále typická **komunitní sociální práce**, na její specifika však v rozhovorech nebylo cíleno. Přičemž ani pracovníci ji nezmiňovali a nezdůrazňovali rozdíly od individuální práce s klientem.

ke klientovi, spolupráci odborníků, spolupráci s rodinou, deinstitucionalizaci péče a dalších. Pokud metodu velice zjednoduším, jde o sérii setkání, kde se odborníci, rodina a klient snaží společně najít řešení klientovy životní situace. Při otevřeném rozhovoru jde o snahu vytvořit bezpečný prostor pro sdílení pocitů, obav, návrhů možných řešení a návrhu dalších společných kroků. Je kladen důraz na neformálnost (je možné dialog vést například u klienta doma). Základní principy jsou: rychlost svolání týmů, zapojení rodiny a blízkých, zodpovědnost jednotlivců, transparentnost, kontinuita (stejný tým celou dobu) a tolerance.¹⁰¹

Zmiňována je letmo v jednom z rozhovorů **případová konference**. Případová konference je daleko formálnější způsob práce než Open Dialogue a v rámci práce s klienty spíš mluvíme o tzv. **případovém setkání**. Pracovníci jsou zvyklí, že případové konference jsou spojovány s prací s dětmi a agendou OSPODu. Jak tomu napovídá Manuál případových konferencí, který vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2011.

Případová setkání jsou pak založena na hledání řešení a možnosti společné spolupráce. **Kazuistický seminář** je další z možností, jak pracovníci mohou získat podněty, jak mají dále s klientem pracovat. Na semináři se propojuje teorie s praxí, to je hlavním rozdílem od supervize. Pracovníci jsou zde edukováni, sdílejí si užitečné postřehy z praxe, vyměňují zkušenosti a pokládají navzájem otázky.

V rozhovorech opakovaně zaznívá **úkolově orientovaný přístup**. Úkolově orientovaný přístup je zaměřen na krátkodobou práci s klientem. V literatuře se s ním můžeme setkat pod označením *cílově orientovaný přístup*, nebo v anglickém jazyce *brief therapy*, *short-term work*, *contract work* nebo *task - centered approach*.¹⁰² Předmětem spolupráce je pak klientův **problém**, který je klientem jako problém uznaný a je jasně a srozumitelně definován. Klient řešením problému chce docílit nějaké změny ve svém životě (stanovuje si **cíl**), následně jej lze řešit mimo setkání se sociální pracovníkem.¹⁰³ Sociální pracovník pak s klientem uzavírá smlouvu, ideálně písemnou, kde je uvedeno datum, klient/ti, problém, cíl, další setkání, dílčí úkoly. Je třeba nezapomínat na fakt, že úkoly nemají být pouze zaměřené na řešení problému, ale některé mají mít funkci monitorování problému, monitorování emocí s ním spojených, další úkoly mohou být například motivační, případně takové úkoly, které podporují změnu v chování apod.¹⁰⁴ Marie Špiláčková a Eva Nedomová uvádějí ve své

¹⁰¹ SEIKKULA, ARNKIL. Otevřený dialog: Počátky otevřeného dialogu - transformace psychiatrické péče ve Finsku. *MoDi Narativ* [online]. 2006 [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <http://modi.narativ.cz/?con=19>

¹⁰² Špiláčková M., Nedomová E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*, s. 21

¹⁰³ Tamtéž, s. 25

¹⁰⁴ Tamtéž, s. 25 - 40.

publikaci *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*, že přístup není vhodný pro klienty, kteří řeší existenciální otázky, jako je ztráta člověka nebo smyslu života, dále, kteří nejsou motivováni pro změnu, případně klienti očekávající pouze doprovázení jejich životní situací. Přístup také není vhodný pro klienty v krizi a klienty s verbálními poruchami.¹⁰⁵

Výhrady, které zaznívaly pravidelně směrem k mediaci, skupinové sociální práci a párové terapii, se mohou vyskytovat, neboť se obecně nedoporučuje pracovat s osobou ohroženou ve spolupráci s osobou s násilným chováním. Dochází pak k retraumatizaci osoby ohrožené a zneužívání spolupráce jako manipulačního prostředku osobou násilnou vůči osobě ohrožené.

5. 2. 5. Nefunkční postupy a jiné podněty respondentů

Vzhledem k nemožnosti práce na jiných zakázkách klienta při přítomnosti domácího násilí pracovníci zkouší různé varianty, jak s klientem dále postupovat. Nejčastějším postupem je klienta odkázat na organizaci, která se problematice věnuje. V této organizaci na druhou stranu pak pracovníci narážejí na hranice své služby a klient nereaguje na jejich „běžné“ pracovní intervence. Někteří pracovníci své klienty mohou i doprovodit. Musí se citlivě dbát na tempo klienta a netlačit ho příliš rychle do řešení. Obě cílové skupiny jsou svým způsobem trochu „pomalejší“, potřebují své tempo. Doporučení pro práci s klienty s poruchami osobnosti, které jedné z organizací funguje, je být tzv. ostřejší, tedy klienta příliš nechránit. To je na druhé straně obtížné pro práci s osobami ohroženými domácím násilím, které jsou například opakovaně ujišťovány, že i když tentokrát na schůzku nepřijdou, mohou si domluvit další a přijít jindy. Není stanovená přesná hranice typu: třikrát nepřijdeš, a pak se nemůžeš dva měsíce objednat. Pravidla služby jsou daleko volnější.

Zajímavým návrhem je propůjčování pracovníka. Tedy pracovník z jednoho typu organizace tzv. objedná pracovníka z druhého typu organizace, který přijde na konzultaci s klientem (se svolením klienta). Pracovníci znají síť služeb ve svém okolí, proto by takový postup mohl naznačovat posun a možné řešení. Tento způsob řešení naráží na možnosti služeb a časové vytížení pracovníků. Některé služby nemají kapacitu na to vzdát se na několik hodin, či celý den svého pracovníka a vyslat ho do jiné služby, byla by to forma náročná na koordinaci. Na druhou stranu je mnoho projektových výzev a často lze projekt zaměřit na různé formy **interdisciplinární spolupráce**.

Interdisciplinární spolupráce nemusí být nutně formou osobní spolupráce nebo

¹⁰⁵ Špiláčková M., Nedomová E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*, s. 161 - 163.

schůzky. V jedné organizaci uvádějí, že využívají možnosti předání kontaktu na jinou organizaci nebo i doporučení od lékaře, jak s klientem pracovat.

5. 2. 6. Shrnutí

Při shrnutí dané analýzy docházím k závěru, že pracovníci se setkávají s danou problematikou a mají zájem na jejím řešení. Zdroje, které mají k dispozici, nestačí a i různé kreativní řešení selhávají. Pracovníci si připadají nejistí ve svých postupech. I přes podporu kolegů, supervizi, intervizi a dalších možností nelze stále najít nějaké pevně stanovené řešení, které by fungovalo. Všichni pracovníci pracují s klientem jako s jedinečnou bytostí, a to je dle mého názoru správně, ale občas je třeba si stanovit jednotný postup. K tomu slouží metodiky, ale i ty nemohou obsahovat úplně všechno. Pracovníci využívají různé teorie, metody a techniky sociální práce, hledají podporu a zdroje: ve svých kolezích přímo v organizacích i mimo ně.

Lze však obecně shrnout, že sociální pracovník, který se při své práci setká s klienty ohroženými domácím násilím a duševním onemocněním, nejdříve postupuje tak, jako u jakéhokoliv jiného klienta. Pokud se setká s neúčinností tohoto svého běžného postupu, nejdříve se obrací na zaběhlé systémy uvnitř organizace (vnitřní metodiky, intervize, supervize) a až následně hledá jiné způsoby řešení. Nové způsoby řešení hledá prostřednictvím kurzů a spolupráce s jinými organizacemi. Kurzy, které hledá, jsou buď prakticky zaměřeny na práci s problematikou, kterou si pracovník pojmenoval jako problémovou, nebo jsou kurzy zaměřeny na nějakou specifickou metodu sociální práce.

Důležitou informací vyplývající z rozhovorů je přisuzování velké váhy sdílené spolupráci, není však vyspecifikovaná forma, jak lze své zkušenosti sdílet, jak si navzájem vypomoci tak, aby to pro klienta bylo co nejužitečnější. Na tuto potřebu je možné vcelku snadno reagovat. Navrhuji formu tzv. interdisciplinárního setkávání „šitého na míru“. Toto setkání by mělo obdobnou formu interdisciplinárního setkávání, které pořádá proFem v místech svých intervenčních center. Setkání by bylo pevně stanoveno jedenkrát ročně. To by pracovníkům dalo možnost připravit si svá témata a shrnout obtíže, na které narážejí ve své praxi. Promyslet si, s čím chtějí na konferenci vystoupit, případně přispět do diskuze. Frekvence jedenkrát ročně není natolik časově náročná, aby by pracovníky toto setkání odtrhovalo od práce, a proto jim znemožňovalo se pravidelně účastnit. Časové rozmezí setkání by bylo 2 - 3 hodiny. Hodina až hodina a půl by byla věnována přednáškám a novinkám. Přednášky by byly rozděleny rovnoměrně mezi pracovníky, například dvě témata

přednášejí pracovníci z jednoho typu organizace a dvě témata pracovníci z druhého typu organizace. Zbytek času, tedy hodina až hodina a půl, by byl věnován diskuzi nad anonymizovanými případy. Ze setkání by byl utvořen zápis, jehož součástí by byly kontakty na pracovníky organizací. Při setkání by bylo důležité zdůrazňovat vzájemnou podporu a motivovat ke spolupráci i mimo setkání. Tedy obracet se na sebe navzájem v případě, kdy již nevíme s klientem tzv. kudy kam (případně jiná setkání).

5. 3. Diskuze dílčích otázek

DVO 1: Jak vnímají sociální pracovníci výskyt problémových situací u klientů ohrožených domácím násilím a jak často se s nimi setkají?/ Jak vnímají sociální pracovníci výskyt problémových situací u klientů s duševním onemocněním a jak často se s nimi setkají?

Sociální pracovníci se opakovaně setkávají s problémovými situacemi u klientů, kteří jsou ohroženi domácím násilím a mají i duševní onemocnění. Přitom nezáleží na faktu, která problematika se objevila u klienta dřív. Pracovníci se snaží hledat různé způsoby práce jak uvnitř organizace, tak i mimo ní. Je až s podivem, s jakou pokorou pracovníci k tématu přistupují. Na druhou stranu je domácí násilí pro pracovníky v organizacích pracujících s duševním onemocněním něčím vzdáleným, některých klientů se domácí násilí týká, o nich pak vypráví, a je vidět, jak je důsledek a forma domácího násilí zasáhla, i tak to ale pro ně není klíčová problematika, i když jsou v takových případech otevření spolupráci. Pro pracovníky na poli domácího násilí je to však běžnou problematikou, při které by ocenili jistou podporu a využili by sdílení zkušeností a možnosti spolupráce s organizacemi pracujícími s klienty s duševním onemocněním. Je otázkou, zdali opravdu v organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním je méně případů domácího násilí než u jiných organizací. Pokud vezmeme v úvahu výpověď jednoho respondenta, který uvedl, že k domácímu násilí, jako tématu, se s klientem dostane omylem, když zjišťuje jiné věci do individuálního plánu, musíme o menším počtu případů pochybovat.

DVO 2: Jak vnímají dotazovaní sociální pracovníci podpůrné možnosti a specifika sociální práce s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševním onemocněním?

Pracovníci vnímají podpůrné možnosti jako nedostačující. Vyjadřují potřebu o daném tématu mluvit a stanovit si postup práce s takovým druhem klientů. Obzvláště pracovníci v organizacích pro osoby ohrožené domácím násilím. Mezi specifika sociální práce s těmito klienty řadí velké snížení kompetencí klienta a prohloubení naučené bezmocnosti. Z toho vyplývá dlouhodobost a náročnost práce s klientem. V závěru této práce je navržena metodika, jak s těmito klienty pracovat. Můžu jen odhadovat, zda standardizovaný postup práce pracovníky osloví a zařadí metodiku jako další podpůrnou možnost.

DVO 3: Které problémy sociální pracovníci zažívají při práci s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševním onemocněním?

Pracovníci zažívají širokou škálu problémů v práci s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševním onemocněním. Problémy řadí do dvou kategorií, určité problémy se vyskytují u klientů v akutní formě nemoci a jiné u klientů vykazujících známky duševního onemocnění, případně majících nějakou diagnózu. Pracovníci, kteří pracují s osobami ohroženými domácím násilím, uvádějí nejčastěji, že klient nedodrží pravidla organizace, odbíhá od tématu, konzultace se obtížně strukturují, klient se nepřipravuje na konzultace a další. Pracovníci v organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním uvádějí, že osoby ohrožené domácím násilím mají daleko větší nedůvěru v sami sebe, tedy hlubší problémy se sebevědomím a domácí násilí jim bere poslední snahu a vůli žít. Kombinace těchto dvou problematik přináší velmi obtížné případy/kazuistiky, nad kterými se pracovníci pozastavují a průběžně hodnotí svůj způsob práce. Jsou to případy, které si všichni pracovníci pamatují a i zpětně mi dokáží spatra popsat kazuistiky, způsob své tehdejší práce a hodnotí, jak by postupovali dnes.

DVO 4: Které postupy a metody sociální pracovníci užívají při práci s klienty ohroženými domácím násilím a zároveň duševním onemocněním?

Pracovníci uvádějí mnoho teorií, metod a technik sociální práce. Neukázal se žádný postup práce jako jediný správný. Pracovníci s klientem při začátku spolupráce pracují jako s kterýmkoliv jiným klientem, až když se setkají s problémem, začínají hledat jiný možný způsob. Pracovníci hojně využívají, jak už bylo výše uvedeno, supervize, intervize, porady a

následně se začíná i otevírat možnost interdisciplinární spolupráce a užší spolupráce organizací. Kladně byl hodnocen způsob konzultace tzv. dva na jednoho: jeden pracovník z jednoho typu organizace a druhý z druhého typu organizace. Je tato možnost budoucí spolupráce? Je možné nastavit ji tak, aby si šlo tzv. propůjčovat pracovníka do jiné organizace?

DVO 5: Jaké možnosti pomoci pro klienty s duševním onemocněním/ ohrožené domácím násilím znají sociální pracovníci?

Pracovníci neznají přesné způsoby, metody a techniky práce organizací druhého typu. Je otázkou, zdali je možné to po nich požadovat. Sociální pracovník nemůže umět vše a každý by měl mít možnost volby cílové skupiny, dle svého talentu a nastavení. Co pracovníci ale bezpečně znají, je síť služeb ve svém okolí. To je pro práci jistě klíčové, mohou pak klienty na sebe různě odkazovat a případně spojit své síly ve společnou spolupráci.

6 DISKUZE

Tuto kapitolu věnuji reflexi poznatků diplomové práce. V první řadě chci pojmenovat poznatek, který nedokáži zařadit. Je to poznatek klíčový nebo pouze okrajový? Při rozhovorech se dozvídám, že sociální pracovníci nemají přehled v oblasti teorií, metod a techniky sociální práce. Pokládám si opakovaně otázku, zdali je důležité je rozeznat. Na jednu stranu je pro práci s klienty jistě stěžejní navázání vztahu a důvěry pomocí empatie, na druhou stranu tu máme ale nějaké cíle sociální práce a nějaké klientovy zakázky, na kterých je třeba společně pracovat. Sociální pracovníci pro práci s klienty volí určité metody. Metoda se však skládá z technik, a pokud je volíme libovolně, jak se nám zlíbí, hrozí přehlcní klienta nebo nepochopení, co vlastně má dělat a jak. Například úkolově orientovaný přístup je v praxi vysvětlován jako individuální plán stanovený s klientem, jehož cílem je postupné překonávání překážek a sepsaných bodů. Tím, že se tyto dvě věci propletou, tak se řádně neudělá ani jedna. V úkolově orientovaném přístupu se pak úplně zapomíná na další druhy úkolů, kromě těch prakticky pracujících na zakázce. Zapomíná se na to, že se nezaměřuje pouze slepě na cíl, ale pracuje se prostřednictvím motivačních/ podporujících, hodnotících, behaviorálních a situačních úkolů. Zapomínání a nedodržování kroků metody může lehce vést ke klientově ztrátě naděje a motivace. Přes mé váhání ale toto vnímám jako ústřední téma k diskusi. Máme k dispozici minimální standardy vzdělávání dle Asociace vzdělavatelů v sociální práci, pokládám si otázku, zdali jsou využívány a proč tedy byly sestaveny, když jsou pro pracovníky neznámé.

Asi klasickou překážkou při zavádění nových metod a technik je nechuť učit se novým věcem a zkoumat další možnosti. „*Proč zkoušet něco nového, když u většiny klientů funguje to, jak to děláme teď'... K čemu mi slouží nějaké teoretické znalosti?*” Pracovníci uvádějí opakovaně, že jsou pro nové poznatky a nové způsoby práce. Ve výsledku však pokusy o zlepšení nejčastěji ztroskotají u neznalosti a neschopnosti popsat stávající využívané metody a nechuti změnit zavedené způsoby práce.

Dnešním velkým tématem je interdisciplinární spolupráce. Tato spolupráce je moderní, klíčová a chtěná. Problematické na ní bývají způsoby, jak svolat tým (každý má mnoho povinností a málo času) a jak by spolupráce měla vlastně vypadat. Nejedna pracovnice z týmů z centra duševního zdraví se svěřila se zkušeností, že některý lékař či advokát nebude spolupracovat se sociálním pracovníkem a už rozhodně s ním nebude diskutovat o tom, jak by měla vypadat klientova léčba. V českém prostředí máme v tomto způsobu práce ještě velké nedostatky a velké mezery. Mohu si dovolit říci, že stále ještě neumíme spolupracovat napříč

více profesemi. Snahy však jsou a každým dnem, měsícem a rokem se zlepšují a zlepšují.

Pokládám si nyní otázku, zdali na problematiku domácího násilí budou lépe reagovat právě Centra duševního zdraví, od kterých je slibovaného, že zvládnou téměř každý problém, se kterým se člověk s duševním onemocněním setká. Co to ale pro praxi znamená? Že by v každém tomto centru byl i sociální pracovník, který se specializuje na některou z cílových skupin? Je to možné? Jak se v takovém případě bude zabraňovat sekundární viktimizaci, tedy aby klient nebyl traumatizovaný častým opakováním svého příběhu? Nenabude pak toto centrum formátu takové jiné polikliniky...? Centra duševního zdraví nyní začínají, když se tedy vrátím k momentální formě case managementu, který je v nich deklarován, kolik odborníků je třeba k práci s jedním klientem, nebude další odborník jen zahlcujícím prvkem pro klienta?

I po dokončení této práce a po proběhlém šetření stále přemýšlím nad tím, co je v organizacích zaměřených na práci s osobami ohroženými domácím násilím a v organizacích, které pracují s klienty s duševním onemocněním, jinak. Je to pocit nebo intuice ohledně organizační nálady a typů osobností pracovníků, které se však promítají do způsobu práce. Pracovník volí cílovou skupinu dle vlastností, kterými disponuje, a toho, jaký styl práce ho baví, naplňuje a k jaké práci a úkonům má dispozici. Při svých stážích a při rozhovorech jsem v organizacích pracujících s klienty s duševním onemocněním pozorovala, že ta práce je samozřejmě náročná, někdy zoufalá a bezvýchodná, ale není to práce, která by neustále atakovala vaše pojetí hodnoty lidského života, pohled na společnost a obecně vaši životní filozofii tak, jako je tomu u práce v problematice domácího násilí. Při práci s domácím násilím se setkáte nejen s náročnými životními příběhy, ale často i s neuvěřitelnými morálními hodnotami okolí klientů a institucí. Práce obsahuje nejčastěji předvídání situací, kdy všechno selže, a neustálé vymýšlení pojistek, co dál: *Co když policie nevykáže, co když OSPOD nereaguje, co když soud...?* Setkáte se s případy, kdy o domácím násilí, odehrávajícím se v jedné domácnosti, ví celá vesnice/město a nikdo nezavolá policii, nikdo nepomůže, když klientka utíká. Setkáte se s případy, kdy pracovnice OSPOD zapomene, že se v domácnosti vyskytuje dvouměsíční dítě, setkáte se s případy, kdy klientka s rozbitou hlavou přivolá policii a ta pachateli pouze slovně domluví, s případy, kdy klientka volá na policii, že se k ní do pokoje manžel snaží dostat pomocí sekery, a policie přijede až za tři hodiny, s případy, kdy klientka bere jako normu, že když neposlechne svého muže, tak přeřikává básničky, a pokud se splete, tak ji znásilní. Takhle bych mohla vyjmenovávat ještě hodně dlouho. V téhle práci jde mnohé z toho předpokládat, nespolehat se na instituce a

klienta na to aspoň trochu připravit.

V první kapitole jsem popisovala intervenční centra a jejich návaznost na Policii ČR, je to systém stojící především na institutu vykazání, který ale v některých krajích a oblastech dodnes není plně využíván a velice záleží na policistovi, který vyjíždí k násilí v domácnosti. Říkám si stále, čeho se policisté obávají? Vykazání je pouze preventivní nástroj, pro pachatele z něj neplyne žádný postih, vyjma dané desetidenní lhůty. Proč tento nástroj využívají jen okrajově?

Je zcela normální, že tohle všechno občas pracovníka prostě tzv. smete. Sociální pracovník není dokonalá bytost. Je pouze člověk, kterého práce občas nebaví, někteří klienti ho občas strašně rozčilují a někdy má pocit, že je všechno na nic. Tohle všechno je v pořádku, pokud se to nepromítá do práce s klientem. Proto je důležité mít pravidelné supervize, intervize a náslechy kolegů, případně vedoucích. Ale také je důležité si ulevovat. Na poli práce s domácím násilím jsou pracovníci leckdy sakrastičtí, s černým humorem, pro lidi zvenčí se mohou zdát jako pesimisté. I tohle všechno činí způsob práce v organizaci tak trochu jiným. V problematice domácího násilí jsou volnější pravidla pro klienty. Nebývají přesně dodržovány například časové hranice konzultace a nebývají sankce za to, že klient přišel pozdě na konzultaci, nebo za to, že vůbec nedorazil. Při tomto způsobu práce to není možné. Pokud píšete s klientem předběžné opatření nebo hledáte azylové domy, do hodiny, hodiny a půl přímé práce se nevejdete. Zpoždění nebo nepříchod klienta na konzultaci může znamenat, že partner přišel nečekaně domů a hlídá jeho odchod apod. Práce je jiná a opět z venku se může zdát jako tzv. rozplizlá. Konzultace jsou založeny na psychosociální podpoře, která trvá velmi dlouho. Největším úkolem klienta je totiž získat náhled na svou situaci, a to nejde prostřednictvím úkolů, plánů a dohod. Je to prostřednictvím sdílení, porozumění a edukace.

Klienti s duševním onemocněním jsou však leckdy zvyklí na pravidla a plány. Potřebují je pro svou lepší orientaci v dané situaci. Dávají jim pocit bezpečí a jistoty, který nezbytně potřebují v situaci, kdy je všechno uvnitř nich nejisté a relativní. V tu chvíli se plán a dohoda stávají pevným bodem, něčím, čeho se můžou držet. Společně dohodnutý způsob práce může pomoci k větší sebejistotě klienta a jeho zapojení. Z toho důvodu jsem sestavila metodiku, která by na tuto potřebu měla reagovat. Metodika jistě není dokonalá, ale je to první vhléd do možnosti práce s takovým druhem klientů. Dnes se na práci s klienty dívám jinak než před dvěma lety, kdy jsem toto téma vymyslela. Poradím si s mnohými situacemi lépe. Mám absolvovaný výcvik v kompletní krizové intervenci, chatové krizové intervenci a od září 2018 jsem frekventantkou výcviku Cestou systemických terapií. Mimo to mám

naučené některé techniky KBT¹⁰⁶, plánuji výcvik v motivačních rozhovorech a mnoho dalšího. Tyto výcviky mi dávají spoustu možností a širokou škálu technik, kterou pro práci s klienty mohu použít (obzvláště systemika má mnoho otázek, které se dají implementovat do jakékoliv situace). Nepanikařím jako na začátku, nepřepadají mě na konzultacích myšlenky typu: „*A co teď, já už nevím, co dál?*“, ale i přesto je pro mě práce s klienty s duševním onemocněním odlišná a specifická. Metodika a stanovený způsob práce je důležitou složkou, která je ale především praktická pro pracovníky, kteří s přímou prací začínají nebo nemají absolvované zmíněné výcviky.

Vrátím se nyní ještě na chvíli k organizacím pracujícím s klienty s duševním onemocněním, kde pracovníci zmiňují sociální práci s rodinou, párovou terapii a mediaci. Tyto možnosti pro práci s klienty ohroženými domácím násilím nejsou dobrým východiskem. Dlouhodobě společnosti proFem a Persefona upozorňují na podmínky důležité pro funkčnost tohoto způsobu práce. Jednou podmínkou jsou vyrovnané role v domácnosti. Danou podmínku rodiny zasažené domácím násilím nesplňují. Osoba ohrožená není na stejné úrovni jako pachatel násilí. Neustálou přítomností násilí se stala osoba ohrožená podřízenou osobě násilné. V tomto případě se doporučují terapie individuální. Individuální pro osobu ohroženou a osobu násilnou. Ze zkušenosti organizace proFem vyplývá, že existující programy pro osoby násilné, párové terapie a mediace užívají osoby s násilným chováním jako způsob manipulace s osobou ohroženou. „*Půjdu do toho programu, když ty se vrátíš...chodím tam jen kvůli tobě...půjdu tam, když uděláš to a to...*” Po návratu osoby ohrožené do domácnosti však na sobě osoby násilné přestávají pracovat a násilí se vrací do původního stavu. Mám potřebu se k tomuto tématu opakovaně vymezovat, a to z toho důvodu, že je nyní kladen důraz na důležitost dohody mezi rodiči při rozvodu. Moderní cochemský způsob soudní praxe rodiče motivuje k dohodě v péči o děti, pro domácí násilí je to však způsob opět nevhodný, a to z výše vyjmenovaných důvodů. Osoby ohrožené jsou nuceny do mediace a párové terapie s osobou násilnou, dochází pak nejen k retraumatizaci, ale leckdy k tzv. pokračujícímu domácímu násilí, kdy osoba násilná zneužívá soudní motivaci jako další prostředek manipulace. Osoba násilná pak přemlouvá osobu ohroženou na setkávání pod záminkou sepsání dohody, případně dohodu opakovaně mění a hledá způsoby, jak ji už nyní nedodržovat a jinak zneužívat. Je otázkou, jak cochemský způsob praxe přizpůsobit pro rodiny zasažené domácím násilím. Z praxe vyplývá, že rodičům se lépe dodržuje dohoda,

¹⁰⁶ Techniky KBT se občas dají využívat, v rozhovorech však opakovaně zaznělo, že tento směr není vhodný pro práci s klienty ohroženými domácím násilím, a to z toho důvodu, že KBT nemá prostředky pro práci s takovým druhem traumatu, které člověk zažil ve vztahu zasaženém násilím.

kteřou si společně sestavili dle svých schopností a možností, než direktivní rozhodnutí soudu. Pro osobu ohroženou ale direktivní rozhodnutí soudu znamená jistotu, osoba ohrožená se na rozhodnutí soudu může odkazovat v případech, kdy osoba s násilným chováním požaduje nějaké ústupky, výjimky apod.

Toho času je v práci s klienty a i v samotné sociální práci ještě mnoho otevřených témat. Jedním z témat je komora sociálních pracovníků, která byla diskutována v předchozích letech. Profesní komora by dala pevná pravidla vzdělanosti pracovníků, dohled nad výkonem této profese a různé možnosti dalšího vzdělávání. Taktéž by lobovala za sociální pracovníky na vládní úrovni, tedy například za lepší pověst sociální práce, vyšší mzdy apod. Nyní není výkon tohoto povolání nijak regulován a kontrolován. Sociálního pracovníka může dělat každý, kdo splnil podmínku vysokoškolského nebo vyššího odborné vzdělání. Úroveň škol se však velice liší a často školy vůbec nezkoumají motivace studentů pro studium. Absolvování škol nebývá obtížné, znalostní základ studentů bývá nižší. Jen na poli domácího násilí se setkáváme s velkými rozdíly způsobu práce s klienty. Nebývá výjimkou, že se s klienty nepracuje v rámci zmocňování, ale naopak v režimu „*absolutní spásy, záchrany*“, model takového způsobu práce je už po léta překonán a mohu si tvrdit říci, že je pro klienta ve výsledku škodlivý. Opět zde narážím na vzdělanost a vzdělávání sociálních pracovníků. Některé VOŠ a VŠ prostě nesplňují minimální standardy vzdělávání. Nejsou ale možnosti, jak pracovníka či společnost, která s klienty takto pracuje, eliminovat. Pro zkvalitnění a monitorování výkonu sociální práce by mohl pomoci i tzv. status klinického pracovníka, jak jsem o něm psala v podkapitolách věnujících se úpravě povolání v USA a zemích západní Evropy. Je tomu asi rok, co jsem nezaznamenala ani žádný posun a nečetla žádné novinky ohledně tohoto tématu. Nyní se alespoň znovu otevírá diskuze o novele zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tato novela mluví o nové sociální službě, která by měla název *Služba pro osoby ohrožené genderově podmíněným násilím*. To je velký posun, který by mohl pomoci více otevřít problematiku domácího a sexuálního násilí veřejnosti (a také pomoci s financováním sociálních služeb zaměřených na domácí násilí). Velkým tématem je sexuální násilí, jeho oběti jsou dodnes skryty pod cílovou skupinou oběti trestných činů. Přitom práce se znásilněným nebo zneužívaným klientem je úplně odlišná od práce s klientem, kterému bylo jinak ublíženo na zdraví, a to především co se týče navázání vztahu s klientem, citlivosti tématu a možnostmi pomoci (zcela pochopitelně se klientům velice těžce mluví například o análním znásilňování, proto je kladen důraz na maximální citlivost, otevřenost a empatii pracovnice). V novele se specifikuje, že klientelou by byly oběti sexuálního násilí (znásilnění,

sexuální obtěžování) a nebezpečného pronásledování. Další zajímavostí a žádanou oblastí této novely, která by pomohla sociálním službám, je definování psychoterapeuta. Novela o psychoterapeutovi mluví jako o zaměstnanci sociálních služeb, který má vysokoškolské vzdělání humanitního směru nebo lékařství a má absolvovaný výcvik v psychoterapeutickém směru v rozsahu minimálně 600 hodin.¹⁰⁷ V analýze rozhovorů poskytnutých do této diplomové práce sociální pracovníci uváděli, že mají absolvované výcviky v různých psychoterapeutických směrech. Dodnes taktéž tato oblast není pojmenovaná a regulovaná. V sociálních službách sociální pracovník poskytuje terapie neoficiálně a opět zcela nekontrolovatelně. Tato činnost je pak pojmenována jako psychoterapeutické konzultace. Z mně neznámých (spíše nepochopitelných) důvodů sociální pracovník nemůže oficiálně vykonávat profesi psychoterapeuta. Jako živnost si ji nyní může registrovat pouze klinický psycholog. Klinických psychologů je však velký nedostatek. V praxi se pak setkáváme s tím, že například slečnám po znásilnění udělují dvou měsíční čekací doby a následně další sezení/terapie je za další dva měsíce. Taková doba je ale zcela nesmyslná. Pro terapeutický proces je optimální setkávat se s klientem jednou za čtrnáct dní. Vláda v květnu roku 2018 k tomuto návrhu novely zákona zaujala stanovisko nesouhlasu. Aktuální novela se vztahuje prakticky pouze k úpravě příspěvku na péči.¹⁰⁸ Uvidíme, jaké návrhy novel budou projednávány do budoucna. Sama však doufám, že v nich nebudou opomenuty zmíněné pasáže.

¹⁰⁷ ČR. *Návrh senátního návrhu zákona senátora Vladimíra Plačka a dalších senátorů, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákony.* In: . Senát PČR, 2017, Jedenácté funkční období 2016-2018. Dostupné také z: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=85868>

¹⁰⁸ **Zákon č. 47/2019 Sb.** .Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

7 ZÁKLADNÍ NÁVRH METODIKY

Dle analýzy rozhovorů si dovoluji navrhnout metodiku. Jedná se o pracovní návrh, který je k diskuzi a k testování. Metodika pracovníka provede konzultaci a pomůže mu stanovit postup další práce s klientem. Přesnější struktura konzultací při práci s klientem s duševním onemocněním a zároveň zasaženým domácím násilím může nastavit způsob práce vhodný pro oba zúčastněné, tedy pro pracovníka i klienta.

Ústředním tématem rozhovorů si dovoluji definovat práci s hranicemi, jak už to v sociální práci bývá, a to na obou úrovních práce, tedy s hranicemi samotného pracovníka i hranicemi dané služby. Struktura konzultací tedy může pomoci i v udržení těchto hranic.

7. 1. Postupy a podmínky jednání

S klientem pracujeme v rámci bio-psycho-sociálního přístupu a dle etického kodexu sociálního pracovníka.

Cílovou skupinou metodiky jsou osoby ohrožené domácím násilím, které mají duševní onemocnění.

Metody práce s klientem se vybírají individuálně dle potřeby. Základní jsou však individuální práce s klientem, case management a úkolově orientovaný přístup. S klientem se pracuje tak, jak je pro práci s klienty v dané organizace běžné, tedy podle organizačních standardů kvality služby a metodiky práce s klienty. K metodice práce s klientem s duševním onemocněním se přechází až ve chvíli, kdy pracovníce spolupráci vyhodnotí jako komplikovanou/problémovou a mají podezření na přítomnost duševního onemocnění u klienta.

V takových případech pracovníce vyzkouší pevnější strukturu konzultací, kdy bude mapovat klientovy zkušenosti s duševním onemocněním. Tato struktura **neslouží k diagnostice**, slouží pouze k **získání klientova názoru a náhledu** na svůj problém a svou situaci. Dále také pomůže specifikovat způsob práce a zaměřit se **na dohodu s klientem**, a to přesněji na tom, jak bude společná práce dále probíhat. Pracuji pod systemickým náhledem na duševní onemocnění. To znamená, že člověka nevnímám jako diagnózu, tedy nenálepkuji jej, ale beru na vědomí, že diagnóza určuje jisté možnosti společné komunikace¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Upravený výrok o systemickém způsobu práce s duševním onemocněním MUDr. Františka Matušky.

Návrh struktury konzultací a otázek pracovnice	
1. A/B. Byl Vám někdy v minulosti diagnostikován nějaký druh duševní nemoci? <i>* Otázku je dále třeba tzv. ošetřit - např.: Ptám se Vás proto, abych měla ucelený pohled na Vaši situaci, nijak Vás to v této organizaci nelimituje apod.</i>	
2. A/1. B Míváte? (bolesti hlavy, závratě, pocit únavy nebo málo/moc energie, problémy se spánkem, nezáměr o okolí apod.) <i>* Ptám se v případech, kdy na klientech tyto projevy pozoruji. Klientka například vypadá bledší a pohublější od minulé konzultace. Ptám se, zajímám se, proč tomu tak je....</i>	
3. A jaké vlivy duševní nemoci na sobě pozorujete? <i>* Ptám se z toho důvodu, abych s klientkou později mohla uzavřít dohodu, která může obsahovat upozornění na propad duševního onemocnění, případně na projevy zasahující do práce na zakázce v naší organizaci.</i>	
4. A/B Docházíte (nebo v minulosti jste docházel/a) za psychiatrem? <i>* Mapování péče.</i>	
5. A/B Docházíte (nebo v minulosti jste docházel/a) na psychoterapie? <i>* Mapování péče.</i>	
6.A/B Pokud na ně stále docházíte, jak často? <i>* Mapování péče.</i>	
7. A/B Jak to vypadá a jak se cítíte, když je Vám dobře? <i>* Mapuje, jak klient funguje v období, kdy je nemoc kompenzována. Klientovi může dále připomenout, jaké to je cítit se dobře. Informace se dá také následně využívat, když se zhorší klientův stav.</i>	
8. A) Jak poznáte, že se Váš duševní stav zhoršuje?/ B) Jak poznáte, že se Vám zhoršuje nálada, energie apod.? Dle popisu u otázky 2? <i>* Otázka po kompetencích a schopnostech klienta identifikovat zhoršení svého duševního stavu. Stejně jako otázka číslo 9.</i>	
9. A/B Jak to vypadá, když se cítíte špatně? <i>* Mapuje, jak klient funguje v období, kdy nemoc začíná být dekompenzována.</i>	

10. A/B Co Vám pak pomáhá, aby Vám bylo lépe? * <i>Otázka se orientuje na řešení. Pracovníkovi může v budoucnu pomoci při zhoršení klientova duševního stavu.</i>	
11. A/B Obracíte se na někoho v těchto případech? * <i>Mapování zdrojů v klientově okolí.</i>	
12. A) Co byste potřeboval/a od naší organizace v případech, kdy nemoc bude ovlivňovat společné konzultace? B) Co byste potřeboval/a od naší organizace v případech, kdy Vám nebude dobře? * <i>Dojednávání dohody o způsobu práce s klientem.</i>	
13. A) Docházíte do nějaké organizace, která pracuje s klienty s duševním onemocněním? * <i>Mapování péče.</i>	
14. A/B V případech zhoršení Vašeho stavu (B: nálady, rozpoložení) souhlasíte se spoluprací s centrem duševního zdraví/ organizací zaměřenou na duševní onemocnění/psychiatrem/psychoterapeutem? * <i>Dojednávání dohody o způsobu práce s klientem.</i>	

110

Otázky, jejich skladbu a posloupnost pracovnice upravuje dle toho, zdali je duševní onemocnění diagnostikované, nebo ne. V případech diagnostikovaného onemocnění volí variantu otázek A, v případech nediodiagnostikovaného variantu otázek B. Pracovnice otázky reflektuje a shrnuje. Dle klientových odpovědí domlouvají společně formu další spolupráce. Individuálně stanovují, co by klient potřeboval, jak by měly být konzultace vedeny (konzultace strukturované, direktivní/nedirektivní, domluva na neodbíhání od tématu apod.) a jaká pravidla spolupráce bude mít („Říkáte, že často odbíháte od tématu, bude pro Vás v pořádku, když v Vás našich konzultacích budu limitovat a opakovaně vracet k jednomu tématu?“).

Pokud klient nemá diagnostikované onemocnění, pracovnice jej citlivě upozorňuje na příznaky („Říkám si, že pokud celé dny prospíte jen v posteli, nemáte sílu vstávat, chodit do práce a pečovat o děti, bylo by na místě vyhledat centrum duševního zdraví a poradit se s tamním pracovníkem. To, co zažíváte, mohou být deprese. Ve Vaší situaci je to úplně

¹¹⁰ Otázky připraveny autorkou textu, organizace mají možnost si je upravit dle své vlastní praxe a formy služby, jakou poskytují. Nyní jsou v procesu návrhu a jsou diskutovány uvnitř organizace proFem, o.p.s. s dalšími sociálními pracovníci.

normální a běžné, zažíváte domácí násilí, je úplně v pořádku vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Psychologická pomoc je však pro Vás teď velice důležitá, čeká Vás rozvod a budete potřebovat sílu k jeho ustání...”). Pracovnice **používá techniku normalizace** a následně **vysvětluje**, proč doporučuje návštěvu centra duševního zdraví nebo psychiatra, případně psychologa. Dále **uzavírají společně dohodu**, jak lze situaci řešit. Například, že klient navštíví zmíněné centrum duševního zdraví a domluví si konzultaci s tamní pracovnící (pracovnice jej tam může doprovodit). **Klient je edukován** v oblasti funkčnosti těchto center, jsou probírány možnosti, že nejdříve bude konzultovat s tamní sociální pracovnící a nadále bude spolupracovat podle jejího doporučení. **Pokud klient nedodrží dohodnutá pravidla** spolupráce a odmítá, nebo se vyhýbá návštěvě centra duševního zdraví, psychiatra, případně organizace pro duševně nemocné, **jsou mu v první řadě citlivou formou vysvětleny důsledky**, pokud na nic z toho klient nereaguje, je s ním postupně ukončována spolupráce. Důvodem je, že **některá dekompenzovaná duševní onemocnění nedovolují práci na zakázce** v organizacích pracujících s osobami ohroženými domácím násilím. Primárně je třeba klienta nasměrovat na léčbu duševního onemocnění a až následně po té přistoupit k řešení situace v oblasti domácího násilí. Jsou využívány opět techniky krizové intervence: normalizace, ocenění, následně direktivita a udržení hranic.

(„Na jedné z našich konzultací jsme se bavily o tom, že máte diagnostikované onemocnění, které má manické fáze. Manická fáze u Vás vypadá tak, že obcházíte mnoho míst, neustále někomu telefonujete, ... Včera jsem od Vás měla pět nepřijatých hovorů po pracovní době a dva emaily, dnes říkáte, že jste už byla u nás v organizaci, v práci a v dalších dvou organizacích, také jste dva dny nejedla, a říkáte, že nic nestiháte. Je dobře, že se snažíte situaci řešit, musí být však velice vyčerpávající zvládat tolik věcí najednou. Prožíváte nelehké období, mluvily jsme spolu o tom, že řešení bude trvat ještě nějakou dobu. Pokud se budete takto vyčerpávat, nepůjde nám pokračovat ve společné práci. Pro řešení je třeba Vaše pozornost. Z toho, co popisujete, mám pocit, že se Vám vrací manická fáze. To se v případech domácího násilí stává, je to psychicky vypjaté období. Doporučuji, abyste navštívila Vašeho psychiatra, po té se můžeme vrátit ke společné práci. Co si o tom myslíte?” Následně je třeba trvat na návštěvě psychiatra, a tedy držet hranice konzultace a služby).

Klientovi, který **doдрžuje dohodnutá pravidla** a spolupracuje, je **nabídnuta další forma spolupráce**, a to například interdisciplinární spolupráce. Pracovník pro práci s klientem využívá supervize týmové nebo individuální, případně intervize.

Doporučením pro azylové domy je s klientem mapovat duševní onemocnění při

přijetí. Tomuto mapování například věnovat jednu z prvních konzultací. Tuto konzultaci dále tzv. opečovat s tím, že konzultace zaměřená na duševní onemocnění klienta ničím nelimituje, ale reaguje na potřeby, zakázky a prevenci budoucích komplikací.

7. 1. 1 Další forma spolupráce

Konzultace ve dvou (vnitřní): tato forma konzultace je volena v případech, kdy pracovník váhá nad tím, jak má s klientem dále pracovat. Domlouvá se s kolegyní nebo se svou vedoucí o možném náslechu na konzultaci nebo na společném konzultování. Po konzultaci se domlouvají, jak mohou s klientem dále pracovat.

Interdisciplinární spolupráce je možná na více úrovních a ve více variantách. První forma je domluvení se s pracovníci z organizace pracující s klienty s duševním onemocněním, nebo z centra duševního zdraví na společné konzultaci s klientem. Je to tedy **konzultace ve dvou (vnější)**, kdy se pracovnice dohnu na tom, že jedna vyjede tzv. do terénu a navštíví konzultaci druhé pracovnice. Vše za souhlasu klienta.

Interdisciplinární spolupráce/ Případová spolupráce – konference: pokud klient souhlasí, je domluvena interdisciplinární spolupráce, na kterou je pozván sociální pracovník nebo psychiatrická sestra z centra duševního zdraví nebo organizace jinak pracující s klienty s duševním onemocněním, klientův psychiatr, rodina bez násilné osoby a další, kteří jsou v klientově okolí nebo jsou s ním v blízkém kontaktu. Je možné spolupráci formovat dle metody case managementu nebo dle metody otevřeného dialogu.

7. 1. 2. Klient v akutní formě nemoci

Při konzultacích, kdy klient vykazuje chování akutní formy duševní nemoci, je motivován k okamžité návštěvě krizového centra, psychiatra nebo psychiatrické nemocnice. Je mu nabídnut doprovod pracovnice. K takové motivace se opět využívají techniky krizové intervence pro práci s klienty s duševním onemocněním.

V případech, že klient nesouhlasí a je nebezpečný sobě či svému okolí, je přivolána záchranná služba. Pokud klient není agresivní nebo jinak akutně nebezpečný, je možnost kontaktovat i některá krizová oddělení, která se specializují na práci s klienty s duševním onemocněním, například krizové oddělení Denního psychoterapeutického centra Ondřejov, s.r.o.¹¹¹, a s nimi situaci okamžitě konzultovat. Pobytové služby se mohou obracet na terénní

¹¹¹ *Krizové oddělení: Pomoc s řešením krize* [online]. Denní psychoterapeutické sanatorium (DPS) Ondřejov [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://ondrejov.cz/krizove-oddeleni/>

týmy center duševního zdraví nebo organizací specializujících se na práci s klienty s duševním onemocněním (a to i v případech, že spolupráce se záchrannou službou byla neúspěšná). Některá centra duševního zdraví (Klinika Eset) nyní disponují terénním psychiatrem, v ostatních centrech by měli být do budoucna taktéž přítomni. Doporučuji apelovat na centra, aby vyslali i psychiatra a tím pomohli s péčí o klienta službě, která se na práce s klienty s duševním onemocněním primárně nespécializuje.

(„Chcete se takto telefonicky u nás objednat, protože Vás týrá Váš otec, ale nevíte, jak se k nám dostanete. Bojíte se ho, nechcete odejít z bytu. Nechápete, co u Vás dělá, již pět let je po smrti. Nechcete zavolat sanitku ani policii, nevěříte jim. Policii již zavolali sousedé a pak Vás označili za blázna. Říkám si, že to je pro Vás nelehká situace a je dobře, že jste k nám zavolala. Muselo to chtít značnou dávku odvahy. K nám jste docházela dříve jako klientka. Nevím, jak Vám v takové situaci pomoci, ale pokud mi řeknete Vaši adresu, mohu za Vámi poslat kolegy z jiné organizace. Pokud máte strach, tak kolegy nemusíte ani pouštět do bytu. Mohou si zatím s Vámi povídat skrz Vaše dveře do bytu, můžete zkusit vymyslet společně nějaké řešení situace. Co tomu říkáte?“).

7. 2. Doporučení pro organizace pracující s klienty s duševním onemocněním

Klienti ohrožení domácím násilím většinou o násilí nemluví, pokud nemusí, nebo nejsou situací přinuceni. Je to z mnoha důvodů, jako je například stud, nevěří si nebo mají tak posunuté hranice vnímání násilí, že u sebe ve vztahu násilí vůbec nejsou schopni vidět a pojmenovat. Je třeba jít po maličkých náznacích, které odhalují klientovu hodnotu sebe sama a chování osoby násilné. Organizace pracující s osobami ohroženými domácím násilím mají své vnitřní dotazníky, kterými detekují přítomné domácí násilí v klientově vztahu/domácnosti. Otazníky bývají zaměřené na fyzické, psychické, ekonomické a sociální násilí. Doporučuji si taktéž dotazník sestavit po konzultaci s nějakou z organizací nebo po projití dotazníku SARA DN, který je dostupný na internetu, u policie nebo v práci s ním školí Bílý kruh bezpečí. Dotazník je možné následně využívat v případech, kdy má pracovník podezření na přítomnost domácího násilí. Po vyhodnocení dotazníku je vhodné se spojit s organizací pracující s osobami ohroženými domácím násilím a informovat se o možném postupu.

Shrnutí doporučení:

1. Mapovat klientův vztah k sobě samém, sebevědomí.

2. Mapovat vztahy v rodině a klientově okolí.
3. Brát v potaz všechny formy domácího násilí (ponižování i neúcta jsou domácí násilí).
4. Sestavit si vnitřní dotazník inspirovaný SAROU DN.
5. Dotazník využívat v případech podezření na domácí násilí.
6. Následně se spojit s organizací pracující s klienty ohroženými domácím násilím.
7. Klienta do organizace doprovodit, nebo domluvit konzultaci v prostorách domovské organizace.
8. Využívat možnosti interdisciplinární spolupráce.

7. 3. Předpoklady použití a limity funkčnosti metodiky

Podmínkou pro funkčnost této metodiky je schopnost sebereflexe pracovníka ve svých slabých a silných stránkách, dále schopnosti odhadnout, kdy se spolupráce s klientem neposouvá a pravděpodobně z jakých důvodů tomu tak je. Pracovník musí disponovat základními znalostmi na poli psychiatrie a rozpoznání prvků nemoci v klientově chování, nebo jiných skutečností, které na nemoc mohou odkazovat. Další podmínkou je pracovníkova znalost technik krizové intervence a systemického způsobu práce. U metodiky hrozí riziko jejího nepochopení nezkušenými pracovníky, kteří nemají absolvované zmíněné výcviky, případně nemají ani jiný psychoterapeutický výcvik.

Důležitá je také ochota pracovníka vzdělávat se v metodách a technikách směřujících k interdisciplinární spolupráci a znalost sítě služeb, kterou disponuje ve svém okolí. V neposlední řadě je podstatná pracovníkova dovednost v aktivizování pracovníků a zaměstnanců dalších služeb ve věci možné spolupráce na klientově problému/situaci.

U takto složitého tématu je nutnost proškolení nezkušených pracovníků.

Shrnutí:

1. Sebereflexe pracovníka.
2. Dovednosti v práci na zakázce (posuny v práci ano, ne, proč?).
3. Znalosti v oblastech: *psychiatrického minima, technik krizové intervence, systemického způsobu práce a jiné.*
4. Ochota se neustále vzdělávat.
5. Znalost sítě sociálních služeb.

6. Asertivita pracovníka.
7. Proškolení pracovníka.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapování pohledu sociálních pracovníků na práci s klienty ohroženými domácím násilím v kontextu duševního onemocnění a dále zjištění, které metody a postupy práce sociální pracovníci užívají a vnímají jako efektivní. Bylo zjištěno, že sociální pracovníci vnímají problematiku jako aktuální a hledají různé způsoby práce s danou cílovou skupinou. Nebyla nalezena žádná metoda a přesně stanovený postup sociální práce, který by pracovníci vnímali jako primární a efektivní. Nepovedlo se tedy určit postup a metodu přesně odpovídající dané problematice. Ve většině případů pracovníci zmiňovali téměř eklektivní způsob práce, a to, že si vybírají metody a techniky dle potřeby situace. Byla odhalena povrchní znalost teorií, metod a technik sociálních pracovníků.

Podnětem k výzkumu v oblasti sociální práce je například rozsáhlejší studie z Univerzity v Severní Karolině v USA ohledně problematiky domácího násilí a duševního onemocnění, která byla zmiňována v kapitole 3. Případně jiné studie věnující se situaci, kdy se klient nachází napříč více cílovými skupinami, tedy je tzv. multi- problémovým klientem. Mnoho studií se věnuje propojení domácího násilí a mentálního postižení, i to jsou situace, které jistě vyžadují hlubší prozkoumání možností sociální práce.

Dílním cílem diplomové práce bylo sestavení metodiky pro práci s klienty ohroženými domácím násilím, kteří mají zároveň duševní onemocnění. Metodika byla sestavena dle konkrétních potřeb a analýzy rozhovorů. Nyní je diskutována s kolegy a testována v praxi.

Překážkou při rozhovorech a psaní diplomové práce byly svým způsobem mé praktické znalosti práce s osobami ohroženými domácím násilím, a to z toho důvodu, že pak byl méně mapován způsob práce sociálních pracovníků s danou cílovou skupinou, například některé otázky mohly být více konkrétní.

Teoretická část diplomové práce byla zpracována v letním semestru roku 2018, v zimním semestru 2018 proběhly rozhovory se sociálními pracovníky, které byly zpracovány v letním semestru roku 2019.

Diplomová práce otevírá velké téma vícečetných sociálních diagnóz, kterým je nyní věnován prostor v zahraničí (a to specificky na Kolumbijské univerzitě v USA). Tento prostor může být inspirací i pro české pojetí sociální práce.

SUMMARY

This thesis deals with the issue of domestic violence in combination with mental illness. The first chapters deal with the current situation in the field of social work and social services with clients at risk of domestic violence and subsequently with clients with mental illness. It describes the situation in the Czech Republic and briefly in some of the countries of Western Europe and the USA. Finally, the thesis deals with social work that links these two target groups and analyses the way of working again abroad and the way of working in the Czech Republic.

The investigation is based on qualitative research, more precisely on the grounded theory. The basic research question is: How do the interviewed social workers perceive social work with clients at risk of domestic violence and mental illness and which methods and procedures do they perceive as effective? As a survey technique, a semi-structured interview was chosen, with six interviews. Three with social workers from organisations working with victims of domestic violence and three with social workers working with clients with mental illness.

The investigation confirmed the topicality of the topic. Social workers meet clients at risk of domestic violence who also have mental illness. In such case, clients are often somewhat specific and workers start to consider the suitability, style and manner of their work. They turn to their colleagues inside and outside the organisation for interventions, supervision, and interdisciplinary collaboration, as well as look for other learning opportunities. Workers do not report any procedure, method and technique of work as the most effective. There are doubts about over use, in case of domestic violence, KBT, mediation and pair therapy.

After interpreting and analysing the results, the thesis discusses the sub-questions, summaries and recommendations for an interdisciplinary meeting that can respond to the need for sharing and other support.

The discussion is conceived broadly, from polemics over the setting of social workers to work with their target group, through an education and their level to the current reform of the Social Services Act. This is because the results of the survey show that social workers have no knowledge of the theory, methods and techniques of social work.

The last part of the thesis is devoted to the basic methodology of working with this kind of clients. Its key point is the structure of consultation with the client and a further description of the forms of cooperation. The methodology is currently being discussed and tested in practice.

POUŽITÁ LITERATURA

ALCOCK, Peter. Social policy in Britain: themes and issues. London: Macmillan Press, 1996. ISBN 03-336-2545-5.

BUKOVSKÁ, Lucie, KAŇÁK, Jan, KRČMÁŘOVÁ, Barbora, SCHEEROVÁ, Lucie, SCHMIDOVÁ Kateřina, STRETTI, Sylvie, KARÁSKOVÁ ULBERTOVÁ, Zuzana. Děti a jejich problémy III: sborník studií. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2010. ISBN 978-80-254-6840-1.

CIMRMANNOVÁ, Tereza. Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Forenzní psychologie. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2004. Vysokoškolské učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 80-864-7386-4.

GJURIČOVÁ, Šárka, KUBIČKA, Jiří. Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7.

HOLÁ, Lenka. Mediace v teorii a praxi. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3134-6.

JANEBOVÁ, Radka. Feministické teorie sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-405-2

KALINA, Kamil. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.

PEMOVÁ, Terezie, PTÁČEK, Radek. Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4317-2.

PLHÁKOVÁ, Alena. Dějiny psychologie: studijní texty pro distanční studium. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4708-713.

PRITCHARD, Colin. (2015). Psychiatric Social Work in the United Kingdom. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 10.1016/B978-0-08-097086-8.28071-9, p. 3.

SKLENÁŘ, Ondřej. Metodika práce s klientem s duální diagnózou [online]. Mníšek pod Brdy: Magdaléna, 2018 [cit. 2019-03-06]. Dostupné z:

<https://esf2014.esfcr.cz/dap/LW/Views/Core/Detail?action=get&id=d2b26f12-490a-4668-863d-15b40bd39fcc&idbo=f42266a2-71fa-4be1-8242-eda4dd92cb4c&idForm=72365cd6-f664-4c8f-8b75-c637c9bfc32b#>

SOLAŘOVÁ, Hana. Case management aneb případová konference v praxi [online]. 2. rozšířené a upravené vydání. Benepal, 2013 [cit. 2019-03-06]. ISBN CZ.1.07/3.2.13/03.0029. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PD

STUCHLÍK, J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books, 2001. [online] [citace 03-03-2019] Dostupné z <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-assertivni-komunitni-lecba.pdf>

ŠEVČÍK, Drahomír, ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠIFFELOVÁ, Daniela. Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0

ŠPILÁČKOVÁ, Marie, NEDOMOVÁ, Eva. Úkolově orientovaný přístup v sociální práci. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9.

VARGOVÁ, Branislava, POKORNÁ, Dana, TOUFAROVÁ, Marie. Partnerské násilí. Praha: Linde. ISBN 978-80-86131-76-4.

Zákony

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, část druhá, Hlava X, Díl 8, § 368

Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §37

Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §55

Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) §60

Zákon č. 47/2019 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Články

DÖRR, Margret. Sozialpsychiatrie: Durchblick Gesellschaftliche Barrieren in der

Sozialpsychiatrie. Sozial Extra [online]. June 2014(6), 39 - 41 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s12054-014-0137-3>

FAIXOVÁ, MUDr. Kateřina. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. Psychoterapie[online]. Psychiatrická nemocnice Bohnice, Fokus Praha, 2014, 15(1) [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

FLYNN, Saulnier, Christine. (2000). Incorporating Feminist Theory into Social Work Practice: Group Work Examples. Social Work with Groups. 23. 5-29. 10.1300/J009v23n01_02.

HYDE, Cheryl A. Feminist Social Work Practice [online]. Temple University, 2013, červen [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.151. Dostupné z: <http://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-151>

LOUIE, Keitlin. Introductory Guide to Clinical Social Work. Online MSW Programs [online]. 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html>

LOUIE, Keitlin. Introductory Guide to Psychiatric Social Work. Online MSW Programs [online]. 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-psychiatric-social-work.html>

MCCARTHY, Michelle, Claire BATES, Paraskevi TRIANTAFYLLOPOULOU, Siobhan HUNT a Karen MILNE SKILLMAN. "Put bluntly, they are targeted by the worst creeps society has to offer": Police and professionals' views and actions relating to domestic violence and women with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. University of Kent, 2019, 32(1), 11. DOI: 10.1111/jar.12503.

PROTOPOPOVÁ, PH.D., MUDr. Dita. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. ZN Plus [online]. 2018, 2018(9), 2 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.p

SZOTÁKOVÁ, Markéta. Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. Sociální práce: Sociální práce a soudobá společnost. 2014, 14(3), 19.

VAN DEINSE, Tonya B., Amy BLACK WILSON, Rebecca J. MACY a Gary S. CUDDEBACK. Intimate Partner Violence and Women with Severe Mental Illnesses: Needs and Challenges from the Perspectives of Behavioral Health and Domestic Violence Service Providers. The Journal of Behavioral Health Services & Research. School of Social Work, University of North Carolina, May 2018, 11.

Internetové zdroje

BIG Hotline [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.big-hotline.de/node/305>

Careers. HELPUSA [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.helpusa.org/careers/>

Contact Us. Hotline: The National Domestic Violence Hotline [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.thehotline.org/about-us/contact/>

Domestic violence and abuse: how services can respond effectively. NICE: National Institute for Health and Care Excellence [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/advice/lgb20/chapter/Introduction>

Domestic violence and abuse. GOV.UK [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/guidance/domestic-violence-and-abuse>

European alliance for hope and empowerment: About us [online]. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.efjca.eu/index>

Family Violence Prevention & Services Act. NNEDV: The National Network to End Domestic Violence (NNEDV) [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://nnedv.org/content/family-violence-prevention-services-act/>

Getting a restraining order. WomensHealth.gov: The Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.womenshealth.gov/relationships-and-safety/domestic-violence/getting-restraining-order>

Getting help. Mental Health Foundation [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/getting-help>

Gewalt gegen Frauen in der Familie. Zukunftsministerium: Was Menschen berührt [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie/index.php>

Health and social care rights. Mind for better mental health [online]. February 2018 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/health-and-social-care-rights/#.XH1O0_ZKhQI

HELP ROADY. Help USA [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.helpusa.org/help-roads/>

INFORMATIONEN IN GEBÄRDENSPRACHE. Big-Berlin [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.big-berlin.info/dgs>

Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z.ú.: O nás. Dialekticko-bahaviorální terapie v léčbě poruch osobnosti[online]. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.kaleidoskop-os.cz/>

Národní ústav duševního zdraví. Tisková zpráva: Světový den duševního zdraví [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz>

Occupational Employment Statistics: Healthcare Social Workers. Bureau of Labor Statistics [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.bls.gov/oes/current/oes211022.htm#st>

Occupational Employment Statistics: Mental Health and Substance Abuse Social Workers. Bureau of Labor Statistics[online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.bls.gov/oes/current/oes211022.htm#st>

Poslání služby azylový dům. ACORUS, z.ú.: pomoc osobám ohroženým domácím násilím [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.acorus.cz/cz/sluzby/azylovy-dum.html>

Poslání služby krizová pomoc. ACORUS, z.ú.: pomoc osobám ohroženým domácím násilím [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.acorus.cz/cz/sluzby/krizova-pomoc.html>

Průzkum o domácím násilí v ČR 2012. ProFem: centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o.p.s. [online]. NMS Market Research, 2012, 25. 4. 2012 [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.profem.cz/clanek.aspx?a=84>

SAFE HAVENS: SEARCH FOR SAFE HAVENS FOR PETS OF DV VICTIMS NEAR YOU. Animal Welfare Institut, [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://awionline.org/safe-havens>

SOCIAL WORKER. AllAboutCareers [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.allaboutcareers.com/index.php?/careers/job-profile/social-worker>

Statistiky: Statistika z poraden Bílého kruhu bezpečí 1. - 3. čtvrtletí 2017 - osobní kontakt (OSP). Bílý Kruh Bezpečí: pomoc obětem trestných činů v ČR [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/o-nas/statistiky/>

Statistiky. Domaci nasili.cz: Bílý Kruh Bezpečí [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.domacinasili.cz/statistiky/>

The Union County Family Justice Center: About us [online]. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://unioncountyfjc.org/about-us/>

VIOLENCE AGAINST WOMEN ACT INCLUDES HOUSING PROVISIONS. NCSHA: National council of state housing agencies [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.ncsha.org/blog/violence-against-women-act-includes-housing-provisions>

Was ist im Falle von akuter Gewalt zu tun?. Frauenhelpline [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.frauenhelpline.at/>

What You Need to Know When You Get Supplemental Security Income (SSI) [online]. Security today and tomorrow, June 2017, , 32 [cit. 2018-02-25]. DOI: 480265. Dostupné z: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-11011.pdf>

Who we are. Womens Said [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://www.womensaid.org.uk/about-us/who-we-are/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Informovaný souhlas

Příloha č. 2. Autorčina mapa kategorií

Příloha č. 3. Rozhovor - znění otázek

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Výzkum probíhá v rámci zpracování diplomové práce „*Sociální práce v kontextu domácího násilí v kombinaci s duševním onemocněním*“ na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Diplomová práce je psána ve studijním programu Sociální práce. Cílem diplomové práce je vytvoření přehledové studie, která by poskytovala základní soubor informací a metod (background) důležitých pro sociální práci s klienty, kteří jsou osobou ohroženou domácím násilím v kombinaci s duševním onemocněním.

Studie bude sestavena tak, aby zvyšovala povědomí sociálních pracovníků v práci s klienty při poskytování odborného sociálního poradenství v poradnách a práci v intervenčních centrech. Výstupy rozhovorů budou použity jen pro účely této diplomové práce a přehledové studie.

Jméno:

Pracovní pozice:

Obec:

Souhlasím s využitím výzkumného rozhovoru v diplomové práci a přehledové studii s uvedením následujících údajů:

- Jméno
- Pracovní pozice
- Obec
- Anonymně

**Souhlasím s využitím výzkumného rozhovoru v následné odborné publikační činnosti
výzkumnice s uvedením následujících údajů:**

┆ Jméno

┆ Pracovní pozice

┆ Obec

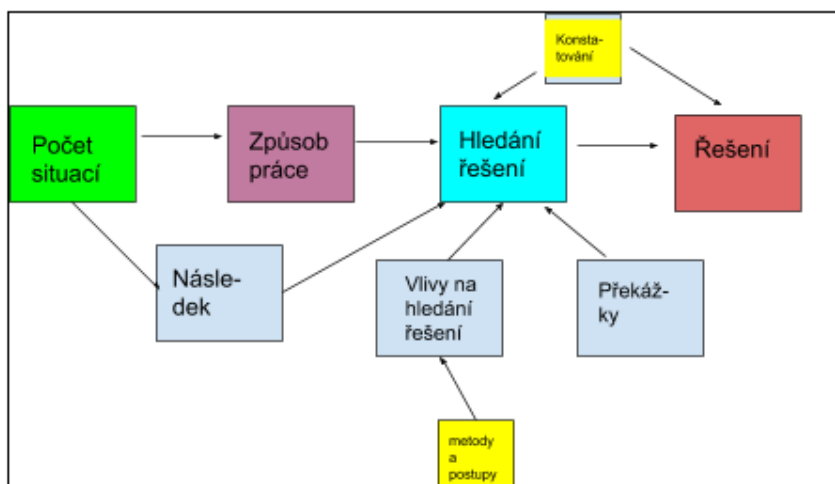
┆ Anonymně

V dne Podpis:

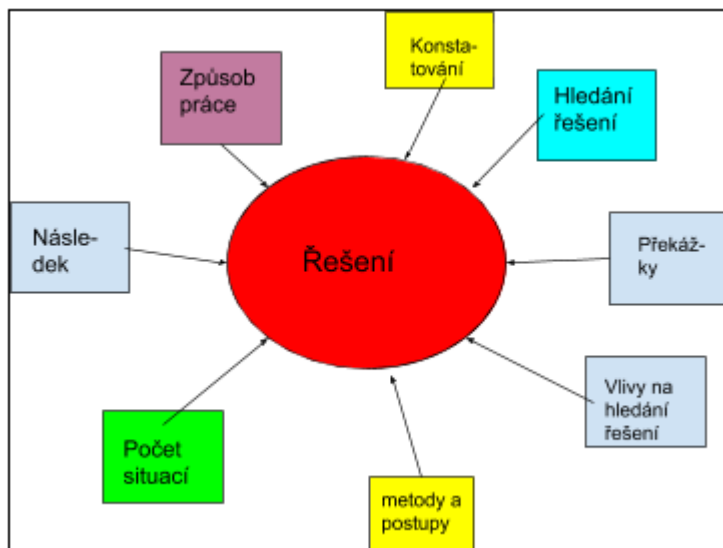
Příloha č. 2

Autorčina mapa kategorií

Obrázek I. Mapa kategorií a vztahy mezi nimi při axiálním kódování:



Obrázek II: Centrální kategorie



Příloha č. 3

Rozhovor - znění otázek

Přepisy rozhovorů jsou k dispozici v archivu autorky práce.

Číslo otázky	Znění otázky
1	Můžete představit organizaci a svou pracovní náplň?
2	Setkáváte se ve Vaší práci s klienty, kteří jsou duševně nemocní a zároveň jsou osobou ohroženou domácím násilím?
3	Jak často se s takovým druhem klientů setkáváte?
4	Jaké situace ve Vaší práci vnímáte jako problematické v kontextu domácího násilí a duševního onemocnění?
5	Na kolik mapujete a následně intervenujete, pokud pozorujete na klientovi znaky domácího násilí/duševního onemocnění?
6	Co Vám ve Vaší práci nejvíce pomáhá, když už nevíte, jak s klientem pracovat? Co ještě usnadňuje Vaše konzultace s klienty?
7	Je pro Vás práce s takovým druhem klientů specifická? Jaké řešení navrhnete, pokud je Váš klient psychotický/akutně ohrožený domácím násilím?
8	S jakými problémy se při práci s takovým druhem klientů setkáváte?
9	Obracíte se v takovém případě na NNO, která je na práci s takovým druhem klientů zaměřená? Pokud ano, na jakou?
10	Jaké máte možnosti dalšího vzdělávání?
11	Jaké postupy užíváte nejčastěji při práci se svou cílovou skupinou? Hodnotíte je jako efektivní?
12	Jaké metody užíváte nejčastěji při práci se svou cílovou skupinou? Můžete mi jí popsat? Pokud bude váhat/nebude přístupný - můžete mi vybrat z kartiček?
13	Jaký postup nebo metodu sociální práce byste doporučil/a při práci s klienty ohroženými domácím násilím a duševním onemocněním? Můžete mi tuto metodu popsat? Pokud bude váhat/nebude přístupný - můžete mi vybrat z kartiček?
14	Jaký postup nebo metoda soc. práce by Vám v tomto případě přišla jako nevhodná a proč?
15	Je něco, co Vás k tématu ještě napadá? Něco, co byste chtěl/a zmínit?