

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOSOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název: Sociální služby pro ohrožené rodiny

(teoretická východiska a aktuální problémy z pohledu OSPOD v regionu Praha)

Jana Brandejsová

Forma studia: denní

Vedoucí práce: PhDr. Hana Pazlarová

Oponent: Ing. Jolana Turnerová

Praha 2008

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 30. prosince 2008

Jana Brandejsová

Poděkování: Na tomto místě bych ráda poděkovala **PhDr. Haně Pazlarové** za odborné vedení a vstřícný a trpělivý přístup při přípravě této diplomové práce.

Jana Brandejsová

Obsah:

Úvod

Teoretická část:

1. Vymezení základních pojmů.....	3
1.1 Rodina.....	3
1.2 Zdravá rodina.....	5
1.3 Rodina a vývoj dítěte.....	8
1.4 Psychické potřeby dítěte.....	15
2. Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti.....	19
2.1 Psychická deprivace dítěte v rodině.....	19
2.2 Dysfunkční rodina.....	23
2.3 Poruchy rodičovství.....	24
2.4 Ohrožená rodina.....	25
2.5 Mnohoproblémová rodina.....	29
2.6 Traumatická zkušenost v dětském věku.....	30
3. Syndrom CAN.....	32
3.1 Vymezení pojmu.....	32
3.2 Týrání, zneužívání.....	34
3.3 Zanedbávání.....	37
3.5 Role sociálního pracovníka při řešení syndromu CAN.....	40
4. Diagnostika funkčnosti rodiny.....	42
4.1 Condonův dotazník.....	43
4.2 Dotazník funkčnosti rodiny (DFR).....	44
4.3 Škála rodinného prostředí (ŠRP).....	45
4.4 Family hardiness Index (FHI).....	46
4.5 F-Copes.....	47
5. Vybrané terapeutické a intervenční přístupy.....	49
5.1 Sociální práce s rodinou a rodinná terapie.....	49
5.1.1 Behaviorálně-orientovaný přístup.....	52
5.1.2 Experienciálně-komunikační přístup.....	55
5.1.3 Krátká terapie.....	58
5.1.4 Strategická terapie.....	64
5.1.3 Strukturální přístup.....	65

5.1.4 Systémový přístup.....	66
5.2 Vybrané modely sociální práce s ohroženou rodinou.....	74
5.2.1 Primární a sekundární prevence.....	74
5.2.3 Intervence – sanace rodiny.....	78

Praktická část:

6. Sociální služby pro ohrožené rodiny z pohledu Orgánů sociálně-právní ochrany dětí v regionu Praha – šetření.....	89
6.1 Východiska.....	89
6.2 Cíle a metody šetření.....	91
6.3 Výstupy z šetření.....	93
6.3 Shrnutí, komentáře.....	101

Závěr

Seznam použité literatury

Resumé v českém jazyce

Resumé v anglickém jazyce

Úvod

Na sociální služby pro ohrožené rodiny lze nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Podporu rodiny a ochranu dítěte lze popisovat z hlediska její historie, z hlediska její pozice v rámci stávajícího společenského kontextu a aktuálně platných norem, popisem existujících forem konkrétních služeb. Právním rámcem, popisem institucí a forem sociálních služeb jsem se zabývala v rámci své postupové práce. Její součástí byla také snaha o koncipování modelové služby zaměřené na komplexní pomoc rodinám selhávajících ve svých funkcích, usilující o tzv. sanaci rodiny. Sociální služby samozřejmě nelze uvažovat bez reflexe společenského a normativního kontextu, v rámci kterého jsou zakládány, poskytovány a evaluovány. Na systém podpory ohrožené rodiny a dítěte ale lze také nahlížet z úhlu metodického. To znamená zkoumáním a popisem toho, co konkrétně v interakci sociálního pracovníka a rodiny jako celku podporuje rodinu směrem k pozitivním změnám, směrem k rozvoji či obnově jejích funkcí, k aktivizaci jejích vnitřních zdrojů. Jaké nástroje, jaké komunikační dovednosti a osobnostní kvality sociální pracovník potřebuje k tomu, aby se stal „facilitátorem, manažerem“ změny, prostředníkem růstu. S tím souvisí otázka, ve kterých dostupných teoretických a metodických přístupech lze najít inspirativní podněty pro každodenní praxi rodinně orientovaného sociálního pracovníka, které mohou být prostředkem ke zvýšení kvality a efektivity jeho pomáhajícího úsilí. A právě rozvoj pracovníkovy profesionality v této oblasti vnímám jako zásadní. Právní a institucionální souvislosti si pracovník informačního věku snadno dohledá. V oblasti dovedností potenciálně podporujících ozdravné, rekonstruuující procesy u jednotlivců i rodin je třeba systematického výcviku i skutečného osobního nasazení. Protože otázku po tom, co je ve spolupráci s rodinou, při setkávání a rozhovorech s ní i strategických pracovníkových intervencích skutečným spouštěčem procesu růstu a pozitivní změny, považuji v současné době osobně za nejintenzivnější, zaměřuji diplomovou práci na tato témata. Struktura diplomové práce sleduje téma podpory ohrožené rodině a dítěti na ose: základní teoretická východiska o vlivu primárního vztahu dítěte na jeho vývoj, otázky diagnostiky funkčnosti rodiny jako prostředku k efektivní pomoci, vybrané, v sociální práci uplatnitelné, rodinně terapeutické a intervenční přístupy, modely sociální práce s rodinou hierarchizované na schématu prevence – intervence. Cílem diplomové práce není komplexně popsat dané teoretické modely nebo preferovat některý z nich, ale poukázat na ty podněty, které mohou být prospěšné rodinně orientovanému sociálnímu pracovníkovi.

V rámci praktické části diplomové práce následuje popis aktuálních problémů v oblasti sociálních služeb pro ohrožené rodiny z pohledu pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany

dětí na území hlavního města Prahy na základě šetření provedeného v rámci celorepublikového průzkumu financovaného Nadací Terezy Maxové, v návaznosti na šetření pro účely postupové práce.

Teoretická část:

1. Vymezení základních pojmů

1.1. Rodina

Motto: „Každý člověk se rodí do vztahu. Základní funkcí vztahu je přežití jedince. Podmínkou přežití je zajištění bezpečného prostředí, které dítě chrání před nebezpečnými extrauterinními vlivy. Hledání bezpečí má vrozený, instinktivní charakter, který je odvozen z evolučního vývoje.“ (J. Bowlby)

Pojem „rodina“ je pro nás pojmem zcela běžným, každodenně používaným. Říká se, že „na rodinu je odborníkem každý“. Význam, který mu ve skutečnosti jednotliví lidé přiřkládají, se může velmi lišit. Každý člověk tento pojem nějak intuitivně chápe, nějak prožívá. V této „interní“ definici se budou odrážet individuální zkušenosti s primární i současnou rodinou, aktuální vývojová fáze a potřeby jedince i jeho rodiny, také společenské nastavení vůči rodině jako sociální instituci. Jednotliví lidé by jistě různě označili hlavní poslání rodiny, kladli by důraz na jiné její funkce. K tomu např. **Gjuričová** (2003, s.83) uvádí: „Někdo považuje za rodinu členy domácnosti, ale ne už rodiče, který žije jinde. Jiní zahrnují i příbuzné a nepříbuzné blízké osoby, někdo nezapočítává ani pokrevně příbuzné, kteří v bytě spolu žijí; nejen děti jmenují často i domácí zvíře“.

Také jednotlivé vědní obory nahlízejí na tento pojem rozdílně v závislosti na předmětu svého zkoumání i metodologických postupech. Jinak bude rodinu definovat sociolog, psycholog, lékař či politik. Nalézt jednu sjednocující definici je zřejmě nereálné a není ani účelné. O obecnější definici se snaží např. **Národní zpráva o rodině** (2004, s. 9), která chápe rodinu jako „celek rozličných konstelací takové formy života, která obsahuje minimálně dvougenerační soužití dětí a rodičů, má trvalý charakter a vykazuje pevné vazby mezigenerační a vnitrogenerační solidarity“ (dle Luscher, 1988). Takto pojatá definice rodiny je pak východiskem pro pojetí rodiny pro potřeby státních institucí a pro vymezení

cílových skupin státní rodinné politiky. Tato definice zahrnuje celou škálu rodinných uspořádání, vždy ale předpokládá přítomnost nezletilých či nezaopatřených dětí. Z tohoto úhlu pohledu pak např. bezdětná manželství rodinou nejsou. (Právní řád České republiky neobsahuje legální definici rodiny. Rodinu vymezoval například Všeobecný zákoník občanský z roku 1811 jako vztah mezi prarodiči a všemi jejich potomky (Lovasová, 2005)). Jednodušší obdobou této definice může být např. definice Giddensova (1997, s. 156), který vymezuje

rodinu jako „skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědni za výchovu dětí“.

Pro oblast sociální práce s rodinou jsou aplikovatelné definice rodiny, které vyzdvihují její **funkce** ve vztahu k jejím členům i ke společnosti. Například Smutková (2007) uvádí definici Levické (2004, s. 5): „rodina je stálý sociální útvar, který chrání svoje členy a pomáhá jim vyrovnávat se se změnami, které probíhají v jejím okolí. Stabilita rodiny přitom není v protikladu k dynamice společnosti jako celku, naopak vytváří podmínky pro rozvoj a změny ve společnosti.“

V naší oblasti je významné pojetí Dunovského, rovněž kladoucí důraz na základní funkce a úlohu rodiny, zejména ve vztahu k dítěti. Dunovský (1999, s. 91) definuje rodinu jako „malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím (osvojení), na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i celé společnosti.“

Jako **základní funkce rodiny** tento autor označuje:

- funkci biologicko-reprodukční,
- funkci ekonomicko-zabezpečovací,
- funkci emocionální,
- funkci socializačně-výchovnou.

Smutková (2007) dále uvádí **funkci ochrannou**, která spočívá především v ochraně zdraví dětí, ale také v jejich ochraně před sociálně patologickými jevy, tedy zejména v primární prevenci (patologických závislostí, delikvence, kriminality apod.), dále pak v ochraně a podpoře těch členů rodiny, kteří se ocitli v hmotné nouzi a jsou ohroženi sociálním propadem.

Dle Matouška (1997, s. 8), je rodina „unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že nejlepším možným způsobem spojuje specifické a univerzální. Bez osobního, vysoce angažovaného zaujetí rodičů by se děti vychovat nedaly. Bez respektu k danému stavu společnosti a jejím potřebám rovněž ne.“

Z hlediska funkcí rodiny stojí za zmínku teorie o **rodině postmoderní**. Smutková (2007, s. 19) a další zpřístupňují například teorii **Alvina Tofflera**. Tento autor tvrdí, že se západní společnost ocitá na počátku nového typu civilizace, tzv. „třetí vlny“, věku technologií, zejména informačních. Rodiny třetí vlny nejsou zakládány kvůli dětem, ale jsou

jednotkami, v nichž na prvním místě stojí individuální zájmy dospělých osob. Tyto rodiny jsou dle Tofflera ve srovnání s rodinami „druhé vlny“ méně stabilní a fragmentární.

Pro sociální práci s rodinou je esenciální **systémové** (systemické) pojetí rodiny, chápající rodinu jako živý a vyvíjející se systém a vyzdvihující aktivní roli a vliv všech jejích členů a důležitost interakcí mezi nimi i rodiny s prostředím. Toto pojetí lze vnímat jako bazální **teoretickou základnu nejen pro práci s rodinami, ale také pro celou disciplínu sociální práce**. Odráží se například v jedné z **nejnovějších definicí oboru** (Smutková, 2007, s. 38), přijaté v kanadském Montrealu v roce 2000: „*Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a zmocnění a zrovnoprávnění lidí s cílem zvýšit tělesnou a duševní pohodu (well-being) lidí. Za využití teorie lidského chování (human behavior) a teorie sociálních systémů pak sociální práce intervenuje v bodě, kde lidé interagují se svým prostředím (environment). Sociální práce staví na základě principů lidských a sociálních práv.*“

Z uvedených důvodů bude systémové pojetí uvedeno v samostatné kapitole níže, v části věnované uplatnitelným terapeutickým a intervenčním přístupům.

1.2 Zdravá/funkční rodina

Rodiny, které naplňují potřeby svých členů, náležitě pečují o rozvoj svých dětí a jsou dobře adaptovány ve společnosti, bývají označovány jako rodiny **funkční** (plní všechny společnosti požadované funkce jak ve vztahu ke společnosti, tak ve vztahu ke svým členům), **neklinické** (není přítomna porucha – např. duševní choroba, delikvence, závislost apod.), či více populárně **harmonické, stabilní či zdravé**.

Ve Slovníku rodinné terapie autoři Simon a Stierlin (1995, s. 249) k pojmu uvádí: „*Zdraví či normálnost není možné jednoznačně definovat ani z hlediska jednotlivce, ani z hlediska rodiny. Zdá se proto rozumné hovořit spíše o funkční než o zdravé, respektive normální rodině.*“ K pojmu rodina funkční se přiklání například Matoušek (1997). Přestože existují koncepty vymezující základní charakteristiky těchto rodin (viz níže), jak tento autor zdůrazňuje, je „*spolehlivých výzkumů funkčních rodin zatím velmi málo*“. Většina stávajících teorií a výzkumů je orientována spíše na **kauzalitu poruch** nejrůznějších typů, **chybí však odborné studie rodin fungujících, neklinických, asymptomatických**, které by byly podkladem k popisu vnitrorodinných procesů ochranných, stabilizačních a proti patologii působících. Jak konstatuje Břicháček (in Plaňava, Pilát (eds.), 2002), **chybí systematické poznatky o faktorech odolnosti jak jednotlivců, tak rodinných systémů, které by byly**

použitelné pro preventivní úsilí a pro podporu rodinného fungování a zdraví. Cesta k těmto poznatkům je ztížená mnohými metodologickými obtížemi. Břicháček předkládá tři možné rozměry, které je třeba zvažovat při koncepci teoretických modelů fungování a odolnosti rodin:

1. potřeba stanovit **základní funkce** dnešních rodin a z nich odvodit empirická kritéria jejich odolnosti, s ohledem na sociokulturní kontext rodiny,
2. potřeba **analýzy rizik**, která odolnost rodiny ohrožují či snižují,
3. potřeba hledat a aplikovat **protektivní mechanismy**, které rodiny posilují a omezují negativní vlivy (s. 12).

Sobotková (2003, s. 13) doporučuje při budoucích výzkumech zdravého rodinného fungování kombinovat pohled odborný s kvalitativně zjišťovaným pohledem rodin. S tím je možné souhlasit, tyto rodiny lze v podstatě také považovat za „**experty**“ a **nositele „know-how“ optimálního fungování. Jejich strategie (komunikační, adaptační, copingové) lze pak přenést do preventivních a terapeutických přístupů.** Předpokladem je porozumět těmto rodinným „nástrojům“ multidisciplinárně. Jak uvádí Sobotková, „*zdravé rodinné fungování by zřejmě mělo být definováno holisticky; měly by se zohlednit interaktivní, vývojově funkcionální, psychosociální i zdravotní procesy v rodině.*“ (tamtéž).

Často citované **Dunovského** sociálně-pediatrické pojetí pásem funkčnosti rodiny může být například dle Sobotkové (2003, s. 12) ilustrací dosavadních tendencí koncentrace na poruchu. Dunovský (1999, s. 30) pracuje s pojmem **zdravá** či **funkční rodina**, který staví do protikladu k rodinám **afunkčním, dysfunkčním a problémovým** (viz samostatné kapitoly). Základním projevem zdravé rodiny je dle autora schopnost plnit své základní funkce. Jak již bylo uvedeno výše, jedná se o funkci biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a funkci socializačně-výchovnou. Zdraví rodiny není jen souhrnem úrovně zdraví jejích jednotlivých členů, ale je také ovlivňováno vztahy mezi nimi navzájem i vztahem rodiny k širšímu okolí.

Mezi hlavní znaky **zdravé (funkční) rodiny Dunovský** řadí:

- vysokou míru soudržnosti a spolupráce,
- kladné vztahy, vzájemnou podporu,
- otevřenou, srozumitelnou komunikaci,
- vzájemnou akceptaci,
- přizpůsobivost v rolích, adaptaci na změnu,
- schopnost překonat krizové situace,
- oporu rodiny v širší rodině a přátelských kontaktech.

Rovněž **Plaňava** (Plaňava, 2000) definoval **komponenty a procesy fungující rodiny** a manželství: jasnou a flexibilní strukturu, shodné či slučitelné postoje a hodnotovou orientaci, intimitu spolu s osobní autonomií, adekvátní reagování na požadavky jednotlivých fází rodinného životního cyklu. Za dva nejdůležitější procesy považuje dynamiku a komunikaci. Ke všem pojmům přiřazuje funkční a dysfunkční varianty.

Sobotková (2003, s. 12) dále uvádí **pásma funkčnosti** rodiny definované **Beaversem** (1982). Tento autor rozlišuje **rodiny** na **optimální, adekvátní, průměrné a dysfunkční**. Ve srovnání s Dunovského kategoriemi vychází Beaversovo rozlišení jako méně zaměřené na poruchy a citlivěji rozlišující.

Zdůrazňována je také schopnost rodiny účinně zvládat náročné a stresující životní události (Shapiro, 1983). **S funkčností rodiny** je tak spojen v psychologii relativně nový pojem „**rodinného zvládání**“ (**family coping**). Dle Sobotkové je celkový **copingový styl** rodiny ovlivněn:

- charakteristikou situace či události,
- vnímaným ohrožením rodinných vztahů nebo cílů,
- zdroji, které má rodina k dispozici,
- předchozími zkušenostmi s náročnou životní situací.

Strategie zvládání byly prozatím zkoumány spíše v souvislosti s přítomností nemoci či postižení v rodině. Nejnověji se ve světě prosazuje tzv. **strenght-based approach** neboli přístup založený na silných stránkách rodiny. Základním předpokladem je, že všechny rodiny disponují silami, které mohou rozvíjet a jsou základem pro jakoukoli účinnou pomoc rodině.

S tímto přístupem souvisí i **kritéria optimálního fungování**, která sestavila **Sobotková** pro účely výzkumu fungování a **odolnosti pěstounských rodin** (2003, s. 49). Tento soubor devíti kritérií je však dobře využitelný i pro oblast sociální práce s rodinou. Sobotková definovala tato **kritéria funkčnosti rodiny**:

- vysoká koheze (pokud není na překážku individuální autonomii členů rodiny),
- radostnost související se vzájemností
- efektivní komunikace uvnitř i vně rodiny
- náhled dospělých členů na situaci v rodině, reflexe
- vitalita v časovém rozměru, „bytí“ v přítomnosti
- partnerský soulad
- spolupráce a koordinace úkolů
- uvolnění, hra
- pocit obohacení z rodinného života.

K uvedeným kritériím autorka poznamenává: „*Kritéria mohou být pružně využívána v diagnostice rodin i při jejich poradenském, eventuelně terapeutickém vedení. Jeden ze současných trendů v psychologii rodiny je studium úspěšnosti rodinného fungování, rodinné resilience (viz níže) a*

faktorů, které posilují rodinnou soudržnost. Uvedená kritéria jsou malým příspěvkem k tomuto trendu, návrhem, o kterém je možné dále diskutovat“ (s. 50).

1.3 Rodina a vývoj dítěte

Motto: „*Děti se naučí podstatnou část poznatků o lidech, ještě než promluví.*“ V. Satirová

Přes veškeré současné diskuse týkající se postavení a budoucnosti rodiny se dá považovat za prokázané, že (zdravá) rodina nejlépe zajistí naplnění základních potřeb dítěte a tím i jeho zdravý fyzický a psychický vývoj, a že sebelepší institucionální péče nemůže zejména její funkce emocionální a socializačně-výchovné plně suplovat. Zdůrazňována je především nezastupitelnost výhradní, kontinuální a kvalitní rodičovské péče v raných fázích vývoje dítěte. Poruchy této péče (ať už pojmenovány jako poruchy rodičovství, poruchy rodinných funkcí apod.) či její úplná absence vedou k často i k ireverzibilním poškozením vývoje dítěte, a to především v oblasti psychické, intelektuální, ale i somatické. Nejdůležitějším předpokladem prospívání dítěte ve všech oblastech se zdá být přítomnost **primárního kladného, pevného a nepřerušovaného vztahu se stabilní pečující osobou.** Tento vztah pak vytváří bezpečný kontext pro seberozvíjející tendence dětského organismu. Je jakýmsi středobodem pro zkoumání světa, exploraci, tolik důležitou pro celkový rozvoj dítěte. Právě nepřítomnost takového vztahu bývá považována za jednu z hlavních příčin poruch vývoje u dětí v ústavní péči (souhrnně nazývaných jako psychická deprivace dítěte, viz dále) a poruch jejich adaptace na život ve společnosti a jejich vlastních rodičovských dovedností v dospělosti.

Znalost důležitosti přítomnosti a vlivu charakteru rodičovské péče na vývoj dítěte nebyla vždy samozřejmostí. Dá se říci, že prvními vlašťovkami přiznávajícími dítěti speciální péči a ohledy byly výchovně-pedagogické práce **J. A. Komenského, J. H. Pestalozziho** či **J.J. Rousseaua**. Jak píše například Rheinwaldová (1993, s. 9), J.A. Komenský radí: *“Před šestým rokem (dětí) z mateřského klína vypouštětí a preceptorům k cvičení oddávati neradím....Příliš dětinský věk více pěstování a šetření potřebuje, než aby preceptor, celý zástup jich na péči a práci maje, stačiti jim mohl...“*.

Avšak až 20. století přineslo intenzivní **výzkumný zájem o rozvoj dítěte**, o jeho interakci s (nejbližším) prostředím a jeho potřeby. Je to období ohromného rozvoje pediatrie, sociální pediatrie i dětské psychologie, období také nazývané stoletím dítěte. Dlouho je však dítě zkoumáno pouze jako jednotlivec oddělený od své rodiny. V případě potíží dítěte se věřilo v jeho vnitřní patologii. Teprve zhruba od druhé poloviny 20. století začíná být jeho

vývoj posuzován také s ohledem na vliv rodinného i širšího prostředí (viz např. teorie schizofrenogenní matky F. Fromm-Reichmannové, Momismus jako přehnaně ochranný postoj matky – P.Wylie). (I když jistě existovala místa, která v teorii i praxi předběhla svou dobu. **S. Minuchin** (in sborník „Umění psychoterapie, 2005, s. 52) popisuje „ultramoderní“ metody Filadelfské dětské poradenské kliniky, v jejíž brožůře vydané v roce **1930 (!)** se píše *„Každé dítě je součástí skupinového rámce. Při léčení a pomáhání dítěti pozměnit životní postoj musí být tento postoj zvažován z hlediska celé rodiny. Nebylo by příliš moudré zaměřit se na dítě samotné. Jsme skutečně přesvědčeni, že oba rodiče a dítě odpovídají na danou situaci a právě jejich vzájemná interakce způsobuje problémy.“*)

Psychologie i sociologie rodiny zůstávají však stále relativně novými obory (Sobotková, 2001, Možný, 1990). Dále stručně uvádím některé vlivné teorie, jež se mimo jiné významně dotýkají vztahu a interakce dítěte s rodičovskou postavou (většinou matkou) a jejich vlivu na vývoj dítěte.

Zájem o rané dětství a jeho specifika ovlivnily již psychoanalytické studie **S. Freuda** i jeho pokračovatelů, zejména neopsychoanalytika **E. H. Eriksona**, který vypracoval ucelenou koncepci psychosociálního vývoje člověka vyzdvihující význam prvních roků života a vztahu dítěte s rodičovskou postavou (Erikson, 1959). Základním předpokladem pro zdravý psychický vývoj je podle Eriksona vytvoření pocitu tzv. **základní důvěry** ve vztahu k pečující osobě (dle Langmeier, Matějček, 1974). Tato důvěra se potom zobecňuje i ve vztahu k širšímu okolí a světu vůbec.

Vliv na zájem o zkoumání vývojových potřeb dítěte měly také etologická pozorování, zejména práce **H. F. Harlowa a M. K. Harlowové**, kteří na základě svého dlouhodobého sledování chování opic druhu Makak Rézus vystavených separaci od matky i vrstevníků vyjádřili přesvědčení, že *„nejspolehlivější cesta k normálnímu vývoji je přirozená výchova mateřská a možnost styku s druhými mláďaty...“* Dále se prosazovala existence senzitivní periody bezprostředně po porodu, při které dochází k procesu zvaném **„imprinting“** (K.Lorenz).

Za zmínku stojí i studie kulturně- antropologické, které dle Šulové (2003, s. 34) svého vrcholu dosáhly v 60. letech 20. století v dílech **Meadové a Benedictové**. Jejich výzkumy se zaměřovaly především na sledování způsobů výchovy, charakter vztahu matka-dítě, uspořádání rodiny a mezilidské vztahy u tzv. „přírodních národů“. Způsoby péče o dítě pak

byly porovnávány například se stupněm agresivity u jedinců v dospělém věku u jednotlivých sledovaných skupin.

Klíčovými jsou práce **J. Bowlbyho** a jeho spolupracovnice **M. Ainsworthové**, kladoucí důraz na kvalitu vazby matka - dítě a její klíčovou roli pro mentální rozvoj a zdraví dítěte. Anglický psychiatr John Bowlby byl původně orientován psychoanalyticky. Později, v padesátých letech, koncipoval také pod vlivem neodarwinistického myšlení a rozvoje etologie (objevy již zmíněného H. Harlowa a K. Lorenze) dnes již klasickou **teorii vazby** (attachment theory), vysvětlující normální i patologický vývoj duševního života dětí (práce „Maternal care and mental health“, 1951, in Koukolík, Drtilová, 1996, s.145).

V koncepci J. Bowlbyho je ústředním pojmem tzv. „bonding“ vazba, později „**attachment**“, ve smyslu vztahu, přilnutí, připoutání. Během prvních let života dítěte se na základě typu a kvality interakce mezi matkou a dítětem vytváří a ustaluje určitý typ vazby ovlivňující pozdější postoj dítěte k sobě a k osobám blízkým i k širšímu sociálnímu okolí. Charakter této vazby má vliv také na celkové utváření osobnosti dítěte. Jak uvádí Koukolík a Drtilová (1996, s. 144), „.....*oboustranná, bezpečná (jistá) vazba matky.....s nejmenším dítětem je pravděpodobně nejdůležitějším mechanismem vývoje normální osobnosti. Je biologickým, psychologickým i sociálním základem lidství.*“ Oproti předpokladům psychoanalýzy, že základní funkcí primárního vztahu s pečovatelem je zajištění potravy, či dokonce sexualita, je dle Bowlbyho esenciální funkcí bezpečné vazby ochrana a pomoc jako předpoklad přežití a kontinuity rodu. **Pečování je pak samozřejmou součástí vazby.**

M. Ainsworthová vyvinula pokus ke zjišťování a ověřování charakteru vazby u dvanáctiměsíčních dětí k rodiči založený na jednoduchém pozorování reakcí dětí na krátce (3 minuty) trvající separaci od primárně pečující osoby. Rodič s dítětem jsou uvedeni do přívětivé místnosti vybavené hračkami, po přivyknutí dítěte rodič odchází. Pozorováno a zaznamenáváno je chování dítěte jak při odloučení, tak při následném návratu rodiče. Pokus prokázal, že existují víceméně tři skupiny reakcí, které manifestují určitý typ vztahové vazby (in Koukolík, Drtilová, 1996, s. 147, Matějček, Langmeier, 1974 ad.).

Mezi dítětem a matkou, která je dítěti stabilně k dispozici, adekvátně a pozitivně reaguje na jeho signály a jejíž reakce jsou srozumitelné a předvídatelné, se utváří tzv. **jistá vazba**. Dítě s takovou vazbou se pak cítí bezpečně, snese krátkodobá oddělení od matky a snadno se pouští do explorací. Opakem jisté vazby je vazba nejistá, a to několika typů. **Vazba nejistá-vzdorující** vzniká v případě, že si dítě nemůže být jisté dostupností a podporou svých

rodičů za všech okolností. Tak tomu může být v situaci kolísavé péče o dítě, kdy matka běžně adekvátně reaguje a pečuje o dítě, neočekávatelně však na potřeby dítěte neodpovídá (depresivní matka, přepracovaná matka apod.). Dítě pak nemá vybudován základní pocit bezpečí ve vztahu k rodičovské postavě, na separaci od ní reaguje úzkostně a nepouští se do objevování. Dalším typem je **vazba nejistá-vyhýbavá**, která může vznikat v případech špatného zacházení s dítětem. Dítě v takovém případě nemá žádnou důvěru v pomoc a podporu rodičů, přesto je k nim připoutáno. Koukolík (Koukolík, Drtilová, 1996, s. 149) doplňují, že novějšími testy byla zjištěna malá skupina dětí (4% z vyšetřených skupin), které „*po opuštění rodičem doslova zkamení. V těchto případech byly zjištěny hrubé základní nedostatky péče odpovídající zanedbávání a také zneužívání dítěte.*“.

Později byly uvedené pojmy ještě doplněny o **typ vazba nejistá - dezorganizovaná** (M. Mainová) pro případy obtížně zařaditelné do předchozích dvou kategorií.

Faber, Pilařová (in Pothe, Pilařová, 2001, s. 109) popisují studie potvrzující, že již ve druhém roce svého věku se dítě chová charakteristickým způsobem navozeným tím, jak se k němu chovala matka. „*Tento typický způsob chování se pak dalším pobytem v rodině jen zesiluje a dítě si nese tento modus vivendi s sebou celý život.*“. Typ vztahové vazby, včetně patologií, se pak přenáší **transgeneračně**. Autoři citují výsledky studie 45 matek a jejich osmnáctiměsíčních dětí z rodin s nízkým socioekonomickým statusem, které potvrzují, že ženy, které byly vystaveny v dětství psychotraumatu (zneužití, násilí apod.), vykazují riziko hostilního či emočně chladného chování a dezorganizované vazby se svými dětmi (Lyons-Ruth, Block, 1996).

Koukolík (Koukolík, Drtilová, 1996, s. 154) dále popisuje tzv. **Condonův dotazník**, který umožňuje na základě zjištěných zkušeností respondenta z referenční rodiny, způsobu vyprávění o nich a z postojů k budoucímu dítěti **predikovat** s poměrně vysokou přesností **druh vazby s budoucím dítětem**. Možnost takové predikce je velice prospěšná, stává se **nástrojem prevence vztahových poruch a poruch péče** o dítě dříve než k nim vůbec dojde, například prostřednictvím aplikace **raně intervenčních postupů**. Lidé, jejichž vazba byla bezpečná, vyprávějí o svém dětství souvisle, včetně bolestných událostí, kterou může být například rozvod rodičů. Lidé s vazbou nejistou si někdy na dětství „nevzpomínají“ a sdělují, že bylo dokonalé, jindy podrobně, často ulpívavě popisují všechny obtíže a bolesti. Condonův pětiminutový dotazník, v němž se zejména u těhotných žen zjišťuje odpověď na devatenáct otázek (typu „Myslíte na své budoucí dítě často nebo vzácně?“, „Máte silnou nebo slabou potřebu své dítě kojit?“) umožňuje zjištěné odpovědi uspořádat do čtyř skupin vznikajících

kombinacemi druhu vazby (dobrá-špatná) a času tráveného jejím prožíváním (málo-mnoho). U ještě nenarozených dětí je pak možné odhadnout **pravděpodobnost porušené vazby**. Studie J. T. Condon (1993) potvrdily, „*způsob, jímž vypovídají těhotné ženy o svém dětství a životě, předpovídá druh vazby mezi nimi a jejich ročními dětmi v plných 70% případů.*“

Teorie Bowlbyho a jeho následovníků zřetelně poukazuje na důležitost primárního vztahu dítěte s rodičovskou postavou a klade požadavek na jeho stabilitu a předvídatelnost. Je užitečným teoretickým **nástrojem pro detekci, prevenci i terapeutickou práci** s rodinami čelícími potížím v zajišťování bazálních dětských potřeb v důsledku narušených vztahů a poruch interakcí.

Pro formulaci základních potřeb dítěte ve vztahu k pečující osobě byly podstatné také meziválečné práce tzv. **vídeňské školy**. Šulová (2003, s. 35) zmiňuje studii **I. Gindlové** (Gindl, Hetzer, Sturm, 1937, in: Šulová, 2003, s. 35), zkoumající vývoj dětí vychovávaných ve vlastních rodinách, v pěstounské péči a v ústavu, která u „ústavních“ dětí prokázala podstatné deficity v intelektovém a sociálním vývoji a již tehdy v podstatě vymezila znaky tzv. psychické deprivace: pasivitu, narušený postoj k lidem i věcem, ztrátu iniciativy a úzkostný či předrážděný způsob reagování.

Gindlová (dle Šulové) dochází k závěru, že „*racionálními výchovnými opatřeními a plánovitým utvářením výchovy nelze plně nahradit přirozenost a spontánnost kontaktu, který dítě zažívá v rodině*“ (Šulová 2003). Uvážíme-li, že tyto závěry byly formulovány v období před druhou světovou válkou, je až zarážející, že jen u nás v současnosti žije v ústavní péči zhruba 20 tisíc dětí (viz. statistické údaje MPSV v příloze).

Na práci vídeňské školy pak po druhé světové válce volně navazovala i práce **R. A. Spitze**. Jeho hlavním dílem je „**Hospitalismus**“ z r. 1940, ve které se mimo jiné zaměřuje na význam interakce vrozených struktur dětské psychiky s prostředím, především s matkou. Informuje zde také o schopnosti matky dočasně regredovat na nižší vývojovou úroveň a lépe se tak přiblížit dítěti. Neschopnost této regrese pak může znamenat obtíže v komunikaci s dítětem v raném věku. Spolu s **Wolfovou** (1964) tento autor popsal také tzv. **syndrom anaklitické deprese** jako reakci dítěte na separaci od matky, která o něj doposud v ústavu pečovala. Tento syndrom se projevuje nejdříve zvýšenou plačtivostí a bázlivostí, posléze postupným poklesem nálady a zájmu o okolí, pasivitou a odevzdaností, apatií a autismem, někdy až stuporózní katatonii, kdy už stav přechází ve zmíněný syndrom hospitalismu. Navázání kontaktu s dítětem se stává nemožným, vývoj dítěte stagnuje nebo regreduje, objevuje se náchylnost k dýchacím a kožním onemocněním. V případě, že nedojde ke

vhodnému výchovnému a terapeutickému zásahu, se tento stav může stát nezvratným a dochází k trvalému poškození vývoje osobnosti. Po návratu matky se tento syndrom povětšinou spontánně upravuje, některé následky však mohou trvale přetrvávat, zejména v oblasti emoční.

Z novějších poznatků nelze nezmínit současný **posun zájmu teoretiků od patologie a problémů směrem ke kompetencím a odolnosti** jak individuální, tak rodiny jako celku. Od 80. – 90. let 20. století začínají být zkoumány takové jevy jako je **adaptace, coping** (strategie zvládnání), individuální i **rodinná resilience** (odolnost), **zdroje**, možnosti a **silné stránky rodin**. V centru pozornosti se ocitá „normalita“ a její znaky, v praxi se konstruují programy podpory založené na silách rodiny. Přestává se nahlížet na rodiče a rodinné systémy jako na „pachatele“ nenapravitelných poškození vychovávaných dětí, hledají se jejich neobjevené vnitřní zdroje, „výjimky z problému“ (Kim Bergová), kladen je důraz na neomezený potenciál k rozvoji i u zdánlivě velmi maladaptovaných jedinců či rodin. Tak popisuje např. Sobotková (2003, s. 14) práce týmu **Hamiltona McCubbina** z Centra rodinných studií Univerzity v Madisonu (1996), které prokázaly existenci fenoménu rodinného zvládnání jako specifické kategorie. Koncept rodinné resilience vychází z teorie rodinného stresu. **Resiliencí rodiny** se rozumí schopnost adaptace na zátěžové situace. Doslova tento pojem znamená **pružnost či elasticitu**, do češtiny se v souvislosti s rodinou překládá jako „**odolnost**“, opositem je pak zranitelnost či vulnerabilita rodiny. Je třeba upozornit, že odolnost rodiny není neměnným rysem, „vlastností“ daného rodinného systému. Jde o dynamický proces, jenž se mění jak s vývojem jednotlivých členů rodiny, tak s měnicími se požadavky externími. „*Odolnost rodiny je jakousi mozaikou řady individuálních a vztahových dimenzí*“ (Břicháček, in Plaňava, Pilát (eds.), 2002, s. 15).

McCubbin definuje **rodinnou resilienci** jako „*pozitivní vzorce chování, pozitivní interakce a funkční kompetence,*

- *kteří jednotliví členové i rodina vykazují za nepříznivých či zátěžových okolností,*
- *kteří ovlivňují schopnost rodiny udržet si svoji integritu i při působení stresu a v krizích,*
- *kteří umožňují znovu obnovit harmonii a rovnováhu v rodině.“*

Tomuto týmu se podařilo v rámci výzkumných aktivit vyvinout také **diagnostické metody zaměřené na odolnost a fungování rodiny** (viz kapitola o diagnostických nástrojích zaměřených na funkčnost rodiny). Mezi odborné kruhy u nás tento pojem uvedli Matějček a Dytrych (1998). Břicháček (cit. dílo, s. 15) předkládá osm základních psychologických **faktorů, které posilují rodinnou resilienci:**

- zralost osobností, které vstupují do manželství,
- schopnost přizpůsobení a vzájemné podpory v obtížných situacích,

- schopnost participace při rozhodování, aktivního příjmu informací, racionálního řešení problémů,
- schopnost naslouchání a otevřené prezentace emocí,
- nezbytnost vztahů založených na lásce, důvěře, zájmu o pohodu druhého a spoluprožívání,
- akceptace povinností a práv,
- existence rodinného systému a stylu, který je zároveň pružný a schopný transformace s měnícími se okolnostmi,
- širší rodinné zázemí (přátelská síť 20-30 osob), poskytující podporu.

Dle Sobotkové se v oblasti fungování rodiny a vývoje dítěte v ní i nadále očekává **integrace systémových a vývojových přístupů**, a zaměření na **normální rodinné procesy** a faktory ovlivňující rodinou odolnost a růst.

Tento přehled se nesnaží být vyčerpávajícím výčtem všech vlivných koncepcí interakce dítěte s prostředím a jejich vlivu na jeho vývoj, snaží se jen nastínit směr, jakým se ubíraly názory na vliv primárního vztahu dítěte během posledního století. Jejich společným znakem je **důraz na důležitost a nenahraditelnost kvalitní rodičovské péče pro optimální vývoj dítěte**. Matoušek (2003, s. 9) k tomu uvádí: *„Stálá přítomnost vysoce citově angažovaných rodičů je dnes považována za nepostradatelnou podmínku zdravého duševního i tělesného vývoje dítěte. Další takovou podmínkou je bezpečí domova jako stabilního a chráněného prostředí. Obojí může dítěti poskytnout jen rodina, a to nezastupitelně.“*

1.4 Psychické potřeby dítěte

V našich podmínkách jsou v oblasti studia interakce dítěte s výchovným prostředím a jeho vlivu na průběh dětského vývoje klíčovými práce **J. Langmeiera** a **Z. Matějčka**, kteří na základě poznatků z dětských domovů a poradenské praxe vytvořili jednu z výrazných koncepcí psychické deprivace (Langmeier, Matějček, 1974, s.281). Psychickou deprivaci definují jako *„neuspokojení základních psychických potřeb v závažné míře a po dosti dlouhou dobu.“* (Nejedná se tedy o aktuální neuspokojení dílčí potřeby -frustraci, ale o dlouhodobý celkově neuspokojivý stav.)

Základní psychické potřeby autoři vymezili následovně:

•□□□□ **Potřeba určité úrovně celkové vnější stimulace** - tj. potřeba přísunu adekvátního množství, kvality a proměnlivosti podnětů. Naplnění této potřeby podmiňuje rozvoj intelektových a jazykových dovedností, schopnost učit se. Její nenaplnění pak způsobuje stagnaci či opoždění ve vývoji, poruchy řečových dovedností, ztrátu zájmu o objevování. Nejde ovšem o pouhou přítomnost podnětů, ale také o jejich adekvátnost vzhledem k aktuální vývojové fázi dítěte, o jejich správné načasování i vhodnou míru.

•□□□□ **Potřeba vnější struktury** - smysluplnosti, postižitelnosti a diferencovanosti podnětů, potřeba smysluplnosti světa. Jde o potřebu určitého řádu ve světě a orientaci dítěte v něm. Tato orientace činí pak svět srozumitelným a předvídatelným a je bezpečnou základnou pro další zkoumání. Chaos a nesrozumitelnost podnětů může být zdrojem úzkosti a podkladem pro pojetí světa jako místa potenciálně ohrožujícího. Tato potřeba se odráží i v požadavku určitého řádu ve výchovném přístupu k malému dítěti (pravidelný denní rytmus, logický a předvídatelný sled činností, stálost prostředí a pečovatелů, stabilní osobnost pečovatелů vylučující nepředvídatelné výkyvy nálad, jednota ve výchovných strategiích apod.). U malých dětí se tato potřeba mimo jiné projevuje oblibou rituálů (jídelní rituály, koupání, večerní četba), rytmizovaných zvuků (řikadla) i pohybů (pohupování).

•□□□□ **Potřeba specifického sociálního objektu** - tzn. potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, a to zejména pozitivního, stabilního primárního vztahu s rodičovskou postavou. Tato potřeba je pro téma této práce potřebou ústřední. Bez opory v pevném a bezpečném emocionálním poutu s pečovatelem jako by nebylo důvodu pro rozvoj dítěte a vztahování se ke světu. Langmeier spolu s Matějčkem (1974,s.286) k tomu uvádí:
*"Přítomnost matky však motivuje dítě i ve všech ostatních, jinak neutrálních aktivitách, zvyšuje jeho čilost, podněcuje jeho výkony a učení. Má-li se tato tendence dítěte uplatnit, musí dítě ve svém prostředí najít "objekt" svého specifického vztahu.....**Svět matky se musí stát i světem dítěte a naopak, matka musí dítěti rozumět (jeho potřebám, signálům, zájmům, činnostem a dítě musí (třebas v omezeném smyslu) rozumět matce. V tom je ona intimita vztahu, ve kterém mizí i hranice těla. V této inkluzi dostává "svět" pro dítě nový rozměr a věci v něm nový smysl.**"*

•□□□□ **Potřeba osobně-sociálního významu přisuzovaného „já“** - tj. potřeba pozitivní identity a integrity. Tato potřeba se začíná projevovat během druhého roku věku dítěte v souběhu s postupným odpoutáváním se dítěte ze symbiotického vztahu s matkou, typického pro předchozí období. Dítě si sebe začíná uvědomovat jako svébytnou a samostatnou bytost oddělenou od okolního světa. Svou autonomii začíná také prosazovat (tomuto období se typicky říká "období vzdoru"), ověřuje a zkoumá také své dovednosti a hranice. Z hlediska utváření osobnosti dítěte je naplnění této potřeby důležité zejména pro rozvoj sebevědomí dítěte i pro jeho budoucí nezávislost a samostatnost. Úloha pečovatele zde spočívá zejména ve schopnosti poskytnout dítěti dostatek prostoru pro seberozvíjející a průzkumné aktivity, dát jim bezpečný rámec, a na cestě k autonomii dítě podporovat a chválit. Předpokladem pro rozvoj kladného sebepojetí je také schopnost bezvýhradného přijetí dítěte.

K těmto čtyřem základním psychickým potřebám dítěte přidal později Matějček ještě potřebu pátou, „**potřebu otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy**“, která dává smysl lidskému usilování i existenci vůbec, její nenaplnění se projevuje zoufalstvím a rezignací. (Langmeier, Matějček 1974, Matějček 1994)

Na práci Langmeierovu a Matějčkovu volně navazuje **J.Dunovský** (1999, s. 49-52), zkoumající rodinu především z hlediska sociálně-pediatrického. Tento autor rozlišuje základní potřeby dítěte nejprve na potřeby **biologické** (kvalitní výživa, dostatek tepla, čistota), **psychické**, **sociální** a potřeby **vývojové**. V definici psychických potřeb se jeho pojetí v podstatě překrývá s pojetím Langmeierovým a Matějčkovým, proto zde není dále rozvedeno. Přínosné je autorovo vymezení potřeb sociálních, podstatných pro optimální socializaci dítěte. Dalo by se říci, že tyto potřeby dále rozvíjejí potřebu primárního citového vztahu a specifikují požadavky na jeho kvalitu. Pro zdravý vývoj dítěte nestačí pouhá přítomnost pečovatele a jeho vztah k dítěti. Záleží také na postojích, znalostech a dovednostech pečovatele, i na jeho osobnostních předpokladech.

Mezi základní **sociální potřeby** Dunovský řadí:

- potřebu lásky a bezpečí,
- potřebu bezvýhradného přijetí dítěte,
- potřebu identifikace s pečovatelem,
- potřebu příležitostí a možností k plnému rozvinutí potenciálu dítěte a schopnosti adaptace.

Aktualizace **vývojových potřeb** je dle autora závislá na plném uspokojování všech základních potřeb předchozích (biologických, psychických a sociálních).

Stejně tak **Lovasová** (2005, s. 17) upozorňuje, že vývojové potřeby jsou aktuální až po řádném uspokojení potřeb předchozích a zahrnují motivaci a následné činnosti, kterými se lidský jedinec sám rozvíjí. Psychické potřeby naopak řadí v pomyslné pyramidě základních potřeb dítěte hned na druhé místo za potřebami biologickými. Definuje je ve shodě s Matějčkem a Langmeierem.

VÝVOJOVÉ POTŘEBY

SOCIÁLNÍ POTŘEBY

PSYCHICKÉ POTŘEBY

BIOLOGICKÉ POTŘEBY

Jak již bylo řečeno na začátku, dlouhodobé systematické neuspokojování těchto základních psychických potřeb má za následek soubor symptomů souborně zahrnovaných pod pojmem psychická deprivace dítěte. Tento pojem bývá spíše spojován s výchovou dítěte v ústavním prostředí. Psychická deprivace, nebo ve své mírnější formě subdeprivace, však může být následkem i nevhodné či nedostatečné péče i v rodinách. O psychické deprivaci v rodině se zmíním v samostatné podkapitole dále.

2. Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti

Motto: „Rodina je pro člověka sice zázemím a útočištěm, ale je to také aréna, v níž bojující gladiátoři možná utrpí mnohem bolestivější a nezahojitelné rány, než jsou ty, které jim uštedří okolní svět.“ (Murphy, in. Lovasová, 2005)

Hlavní příčiny rodinných poruch bývají rozdělovány na:

- **Objektivní** – na vůli rodičů nezávislé (nezaměstnanost, válka, hladomor, invalidita, nemoc, úmrtí)
- **Subjektivní** – na vůli rodičů závislé (neochota pečovat o dítě, neochota přijmout společenské normy, neschopnost se vyrovnat se zvláštními situacemi, nezralost)
- **Smíšené.**

2.1 Psychická deprivace dítěte v rodině

Na straně rodičů se dlouho předpokládala automatická, biologicky podmíněná, rodičovská (mateřská) kompetence, nazývaná též jako tzv. **intuitivní rodičovství (H. Papoušek)**, uplatňující se zejména v **časných fázích vývoje** dítěte a konstituovaná přesně tak, aby odpovídala jeho potřebám. Bezvýhradná mateřská láska a automatické rodičovské dovednosti jsou všeobecně považovány za samozřejmé. Schopnost navázat k dítěti kladný emocionální vztah, adekvátně reagovat na jeho signály, vytvořit dostatečně podnětné prostředí a průběžně adaptovat své chování v souladu s vývojem dítěte však **nejsou dovednosti zcela vrozené** a tedy ani samozřejmé. Míra těchto kompetencí závisí ve velké míře na zkušenosti rodiče z jeho primární rodiny, případně výchovné instituce. Dá se považovat za prokázané, že povaha vztahu k dítěti i způsoby zacházení s ním (ať již pozitivní nebo naopak) mají tendenci být přenášeny a opakovány v dalších generacích. Tak může být rodina nejenom místem bezvýhradného láskyplného přijetí, ale také místem dítě ohrožujícím či dokonce poškozujícím.

J. Bowlby (1969, 1973) popsal **deprivaci** (deprivation) jako **ztrátu vazby skrze separaci** (obvykle krátkodobější, avšak zapříčiňující úzkost a bolest) a odlišil ji od **stavu**

strádání (privation) charakterizovaného totální absencí vazby (dlouhotrvající stav zapříčiňující vývojové opoždění). Deprivace se může manifestovat třemi stavy:

- 1) **protestem** (s možností být utěšen),
- 2) **zoufalstvím** (s nemožností utěšení) a
- 3) **apatii** (nezájem o okolí).

(Tato stadia byla názorně ilustrována sérií filmů Jamese a Joyce Robertsových z padesátých let, kterými se podařilo změnit přístup britských nemocnic k ponechávání rodičů s jejich nemocnými dětmi v nemocnicích.)

U nás byl pojem psychické deprivace nejprve spojován především s prostředím ústavním, poprvé byl představen autory **J. Langmeierem a Z. Matějčkem** v publikaci „Psychická deprivace v dětství“ v roce 1963. Psychickou deprivaci definují jako „*psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a pod dostatečně dlouhou dobu.*“ Již ve svých prvních publikacích (1963, 1974, s.136-163) však upozorňují také na **možnost strádání dítěte v rodině** a vzniku psychické deprivace v ní. Jejich longitudinální srovnávací studie dětí narozených z prokázaně nechtěných těhotenství pak tento předpoklad potvrzovaly. Rozlišují, zda v rodině dochází k neuspokojování základních psychických potřeb dítěte (viz výše) na základě **vnějších** příčin či z příčin **psychologických**. V praxi se budou jistě příčiny obtíží v rodinném fungování kumulovat a ovlivňovat. Mezi objektivní (vnější) důvody problémů v péči o dítě může patřit obtížné socioekonomické a kulturní postavení (úroveň) rodiny, nepřítomnost některých jejích členů, fyzické či psychické onemocnění v rodině i rizikové faktory na straně dítěte. Obtížněji ovlivnitelnými příčinami neuspokojivého vztahu mezi rodiči a dítětem jsou psychologické překážky na straně rodičů, jak tomu může být např. u osobností nevyzrálých a nevyrovnaných.

Šulová (2005, s. 87) na základě odlišností příčin a projevů rozlišuje několik **typů psychické deprivace**:

1. **Deprivace způsobená nedostatkem podnětů** – dítě žije v kontextu podnětově chudém, není stimulováno, smysly nejsou rozvíjeny.
2. **Deprivace způsobená zahlcením podněty** – například děti tzv. hyper- protektivních matek, které dítě přetěžují maximální stimulací bez vazby na skutečné aktuální potřeby dítěte.

3. **Deprivace na podkladě nedostatečné „stýčnosti časové a prostorové“** – dítě žijící v neuspořádaném, chaotickém a dezorganizovaném kontextu (mění se prostředí, pečující osoby, denní režim i způsob vztahování se k dítěti).
4. **Deprivace jako důsledek nedostatečně rozvinutého vztahu s matkou** – zasažen je pak zejména proces integrace Já dítěte. K tomu Šulová uvádí: *„pokud dítěti tato jedna na něho soustředěná pečující osoba chybí, dochází ke značným problémům při procesu formování jeho identity, jeho sebepojetí, sebeobrazu, sebedůvěry, k vymezení Já od Ty i od ostatních.“*
5. **Deprivace projevující se v procesu socializace** – dle Šulové nejčastěji zmiňovaný a popisovaný typ. V důsledku neuspokojivého vztahu dítěte s matkou se u něj nerozvíjí tzv. sociální Já, které dítě potřebuje k porozumění vnějšímu světu, jeho pravidlům. Dítě a budoucí dospělý pak postrádá schopnost empatie, intuice, soucítění a adaptace na sociální normy.

Dále pak shrnuje **faktory ovlivňující vznik a rozvoj deprivace** (s. 89):

1. **Extrémní formy sociální izolace** – ojedinělé případy, kdy jsou děti vychovávány zvířaty nebo absolutně izolovány od společnosti, ústí do celkové retardace dítěte, často ireverzibilní (vlčí děti, děti Koluchové).
2. **Ústavní výchova** – ústavní výchova a separace od rodiny základním deprivacním faktorem (u nás Langmeier, Matějček).
3. **Separacní prožitky** – dlouhodobá separace od matky v prvních až pěti letech života může vést k trvalým následkům duševního zdraví dítěte (hospitalismus R. Spitze, teorie vazby J. Bowlbyho, K. Wolfová, u nás M. Damborská).
4. **Rodina** – rodiče se o dítě nemohou, nedovedou nebo nechtějí starat, rodiče dítě týrají či zneužívají, rodiče se o dítě nadměrně starají.

Nověji je v literatuře uváděn **pojem psychická subdeprivace**. Poprvé byl tento pojem použit autory zmíněných studií o dětech narozených z nechtěného těhotenství **Matějčkem, Dytrychem a Schullerem** v roce 1975. Vývoj těchto dětí a jejich chování vykazovalo mnoho podobností s vývojem dětí vyrůstajících v ústavním prostředí, byť mnohdy nebyly zjištěné poruchy tak výrazné a dramatické. Později se užití pojmu rozšířilo i pro děti vyrůstající v rodinách vlastních, avšak za méně příznivých podmínek sociálních i emocionálních. *„Psychická subdeprivace vychyluje utváření životních postojů, včetně rodičovských,*

nevhodným směrem, takže existuje nebezpečí přenosu nepříznivých vlivů na příští generaci. Z. Matějček přirovnává celý problém k plovoucímu ledovci. Na hladinu v tomto případě vyčnívá jen vážnější sociální patologie, k níž psychická subdeprivace přispěla, jako je agresivita, alkoholismus, drogy a kriminalita“ (Šulová, 2005, s. 95).

Kolektiv autorů Langmeier, Balzar, Špitz (2000, s.301) rozlišuje u poruch psychického vývoje dítěte podmíněných neuspokojivým výchovným prostředím "**psychickou deprivaci**" a "**výchovnou zanedbanost**". Výchovné zanedbání dle těchto autorů postihuje více povrchové stránky osobnosti dítěte, např. hygienické návyky, životosprávu, společenské dovednosti, osvojování znalostí apod. Těmto dětem se nedostává dostatečné výživy, řádné hygieny, dohledu či lékařské péče, často vyrůstají v podnětově chudém prostředí. Mohou být však dostatečně citově saturovány. Úpravou a zvýšením kvality výchovného prostředí se v takových případech dá dosáhnout poměrně velkých pokroků.

Naopak **psychická deprivace** postihuje hlubší stránky osobnosti dítěte, dle autorů především rozvoj poznávacích a emočních funkcí. Projevem pak může být jednak opoždění (či regrese) v psychomotorickém vývoji, ve vývoji řeči a sociálních dovedností, jednak neschopnost navázat stabilní a uspokojivé vztahy k jiným lidem. Obvykle se rozlišuje několik **typů reakce** na psychickou deprivaci. (Existují děti až příliš snadno navazující mělké vztahy, děti dožadující se pozornosti jakýmkoli způsobem (děti "provokativního" typu), děti hledající náhradní uspokojení např. přejídáním, hromaděním věcí či nepřiměřenými sexuálními aktivitami, děti apatické, od lidí se odvracející, a děti tzv. relativně dobře přizpůsobené, nenápadné a ničeho se nedožadující).

Deprivace v rodinách představuje dle těchto autorů dnes daleko větší nebezpečí, a to především počtem postižených dětí, než tolik diskutovaná psychická deprivace dětí vyrůstajících v ústavech. Nevyskytuje se však pouze v rodinách na první pohled nějak problémových, ale také v rodinách dobře situovaných a zdánlivě zcela funkčních (např. rodiny velmi vytižených a na profesní kariéru orientovaných rodičů, kteří sice dobře zajišťují hmotné a vzdělávací potřeby dítěte, nemají však čas ani síly na každodenní kontakt s dítětem a uspokojování jeho potřeb citových).

2.2 Dysfunkční rodina

Rodiny, které obtížně naplňují potřeby svých členů, selhávají v plnění svých základních funkcí, rodiny s narušenými vztahy a obtížemi v sociálním fungování bývají nazývány různě jako **rodiny klinické, rodiny špatně adaptované, hostilní, multiproblémové či rodiny dysfunkční**. Pojem „dysfunkční rodina“ uvádím v samostatné podkapitole, protože se během přípravy diplomové práce ukázal být v praxi běžně a často

používaným (např. sociálními pracovníky OSPOD) jako výraz pro rodinu zcela nefungující, pro „ztracený případ“. Zajímalo mne tedy jeho odborné vymezení.

Pojem **dysfunkční rodina** jako jeden z typů rodin vykazujících určité poruchy u nás definuje **Dunovský** (1999, s. 106-109). Jeho pojetí se zcela nekryje s obecně přijímaným významem. Tento autor vypracoval nástroj diagnostiky rodinných poruch, tzv. **Dotazník funkčnosti rodiny ve vztahu k dítěti (DFR)**. Úroveň rodiny se zde hodnotí na základě osmi diagnostických kritérií, jimiž jsou „*složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace (sem autor zahrnuje hledisko věku členů rodiny, rodinného stavu, zaměstnání rodičů, příjmy rodiny a bydlení) ,osobnost rodičů i sourozenců (zdravotní a psychický stav, společenská adaptace), zájem o dítě a péče o ně*“. S ohledem na výstupy získané šetřeními pomocí tohoto dotazníku pak Dunovský stanovil čtyři základní skupiny či **pásma funkčnosti rodiny**, tím i čtyři základní typy rodin (pojem „dysfunkční rodina“ uvádím pro přehlednost souhlasně s autorem jako třetí stupeň typologie):

1. Rodiny funkční, které zaručují zdravý vývoj dítěte a dobrou péči o ně. Dunovský uvádí až 85% výskyt takových rodin v populaci.

2. Rodiny problémové, u nichž se objevují závažnější poruchy v rodinných funkcích, ale tyto rodiny jsou schopny obtíže řešit vlastními silami či s krátkodobou pomocí zvenčí. Výskyt kolem 12-13%. Tyto rodiny dle autora vyžadují zvýšenou pozornost a pomoc odborníků.

3. Rodiny dysfunkční s výraznými poruchami funkcí rodiny, které již tato rodina nedokáže sama účinně zvládat a její situace vyžaduje vnější pomoci. Touto pomocí by měla být především snaha o **sanaci** rodiny. Uvádí se 2% zastoupení. V dysfunkčních rodinách je možné pozorovat stírání generačních hranic, odstranění hierarchické organizace a současné tvoření patologických trojúhelníků (Simon, Stierlin, 1995).

4. Rodiny afunkční, kdy poruchy v rodinném fungování a funkcích jsou již natolik závažné, že dochází k těžkému poškození dítěte či jeho ohrožení na zdraví i životě. Dle Dunovského je snaha o sanaci těchto rodin **bezpředmětná** a jedinou možností pomoci dítěti je jeho odebrání z rodiny a vyhledání kvalitní náhradní rodinné péče. Takových rodin je v populaci zhruba 0,5%.

Dotazník se používá pro každé dítě v rodině zvlášť. Dále je tento nástroj možné **aplikovat** v průběhu práce s rodinou **vícekrát** a sledovat tak vývoj rodinné situace včetně vlivu pomáhajících a terapeutických profesionálních aktivit.

Šulová (2005, s. 93) upozorňuje, že je vhodné **nezaměňovat poruchy funkce rodiny s poruchami rodičovství**. O nich stručně v následující subkapitole.

2.3 Poruchy rodičovství

Jiným možným přístupem k vymezení nevhodného vlivu rodiny na vývoj dítěte je jeho třídění dle poruch rodičovské péče – tzv. poruch rodičovství. K těmto poruchám může docházet z vnějších i vnitřních příčin či jejich kombinací. Dle Dunovského (cit. Dílo, s. 112) si „někteří čeští autoři (Matějček, Prokopec, Dytrych a Dunovský) k třídění těchto poruch pomáhají následujícím schématem – **poruchy rodičovství vznikají tím, že rodiče nemohou, neumějí nebo nechťejí dělat to, co je potřebné pro výkon rodičovské role a pro zdárný vývoj dítěte.**“

Objektivní překážkou na straně rodiče může být jeho nepřítomnost v rodině (např. z důvodu výkonu trestu odnětí svobody, separace v důsledku válečného konfliktu či zamezení přístupu k dítěti druhým rodičem v případě tzv. syndromu zavrženého rodiče) či např. vážné onemocnění. Nedostatečnými rodičovskými dovednostmi a nezájmem o dítě mohou trpět rodiče extrémně mladí, nevyzrálé a na sebe zaměřené osobnosti či rodiče, kteří sami vyrůstali v problematickém rodinném prostředí či jej vůbec nepoznali.

Jako nejčastější typy poruch rodičovství Dunovský uvádí:

- Dítě je po svém narození odloženo či dokonce fyzicky likvidováno.
- Rodiče si sice po porodu dítě ponechávají ve své péči, ale nepřijímají jej citově.
- Příliš mladí rodiče nejsou ještě dostatečně vyspělí k plnému přijetí dítěte a náležité péči o něj.
- Rodiče ve vyšším věku vykazují vyšší úzkostnost ve vztahu k dítěti, menší jistotu v zacházení s ním i menší spontaneitu a omezují tím jeho zdárný vývoj.
- Svobodné matky, podporující hostilní postoje k mužům a vytvářející s dítětem příliš silné spojení, omezují kontakt dítěte se světem a rozvoj jeho sociálních kompetencí.
- Rodič není schopen odpovídající péče pro somatické onemocnění.
- Rodič není schopen náležité péče o dítě pro psychické onemocnění (ať již se jedná o psychické poruchy spojené s porodem a šestineděním, poruchy osobnosti, poruchy vyvolané užíváním návykových látek či jiná psychiatrická onemocnění).

Také **Vágnerová** (1999, s. 320) uvádí, že „*všichni lidé nemají předpoklady k plnění rodičovské role*“. Tato autorka informuje o výzkumu **J.L. Culbertsona a C.J. Schellenbacha** (1992), kteří shrnuli soubor vlastností zvyšujících riziko špatného zacházení s dítětem. Protože se domnívám, že toto vymezení také ukazuje na možné oblasti terapeutické práce s takovými rodiči, uvádím je zde stručně ve shodě s autorkou:

1. Nedostatky v sociální orientaci, omezená schopnost empatie a porozumění potřebám jiných lidí, rigidita, osamělost a potíže v mezilidských vztazích.
2. Nízké sebehodnocení, nízká sebeúcta, nespokojenost s rodičovskou rolí.
3. Rizikové chování projevující nedostatečnou sebekontrolou a impulzivitou.

4. Negativní zkušenost z dětství.

Na poruchy rodičovství lze také nahlížet z hlediska psychopatologického. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) ji uvádí jako samostatnou diagnostickou jednotku (F91 – Poruchy chování, F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině).

2.4

Mnohoproblémová

rodina

Motto 1: „Běžná bezprostřední reakce na multiproblémové rodiny je *snaha „zastavit kalvárii“*, rozčlenit problémy a zahájit okamžitou nápravu...*Někdy dělat méně znamená více a nespěchat vše urychlí..... Často tyto rodiny vypadají, jako by zcela postrádaly schopnost řešit problémy. Pokud by tomu pracovník uvěřil, snadno ho to zmůže a odradí.*“ (I. Kim Bergová)

Motto 2: „Obtíže se nabalují jedna na druhou a jako rostoucí sněhová koule rodiče pronásledují. Často jim pak nezbývá energie na nic jiného než na útěk před nimi, aby je problémy úplně nezavalily.“ (M. Konvičková)

Pojem mnohoproblémová rodina zavádí do české literatury **Matoušek** (2005, s. 75-87). Ve shodě s **Kaplanovou** (1986) definuje jednoduše tuto rodinu jako „*rodinu, která má dlouhodobě více než jeden problém*“. K takovým rodinám i Kim Bergová (s. 121) poznamenává: „*Některé případy občas zahrnují tolik problému a témat, že i ostřílený pracovník se cítí ztracený a neví, kde začít.*“.

Takovými obtížemi mohou být nezaměstnanost, obtíže s hospodařením, závislost na návykových látkách, psychické onemocnění, osobnostní poruchy, rodičovská nezralost, poruchy chování u dětí, zanedbávání, týrání či zneužívání (dětí i dospělých členů rodiny), záškoláctví apod. Soubor těchto navzájem se ovlivňujících a podmiňujících problémů zasahuje do několika nebo všech rodinných funkcí a významně ovlivňuje rodinné fungování, zejména pak péči o děti. Nemusí jít pouze o rodiny žijící v permanentní nouzi, jak se dříve předpokládalo, ale i rodiny hmotně relativně zajištěné. **Takové rodiny zároveň obtížně vyhledávají pomoc sociálních služeb, žijí v jakési izolaci.** Do kontaktu s pomáhajícími profesionály se dostávají často až ve fázi neúnosné krize či ve chvíli, kdy manifestace rodinných poruch u jednoho člena je natolik závažná, že vzbudí pozornost okolí (škola,

lékaři). Vyhledání pomoci může stěžovat také neinformovanost o službách, nedostatky ve verbálních a sociálních dovednostech, požadavek pravidelné docházky či nedostatek služeb poskytovaných v domácím prostředí, dále nedůvěra rodiny ve vztahu k službě. Tyto rodiny také často po odeznění nejakutnější krize ze služby odcházejí, nejsou schopny dlouhodobější systematické spolupráce. Proto se dle Matouška k označení těchto rodin používá také pojmů „*rodina v opakujících se krizích*“ (Kagan a Scholsbergová, 1989, in Matoušek 2005) či „*rodina zažívající mnohočetný stres*“ (Madsen, 1999, in Matoušek, 2005).

Matoušek také uvádí **principy terapeutické práce** s mnohoproblémovými rodinami. Ve shodě s autorem je zde stručně uvádím.

Do prvního kontaktu s pomáhající organizací tyto rodiny často přicházejí na základě iniciativy instituce disponující určitou mocí (orgán sociálně-právní ochrany dětí, soud apod.). Rodina má pak vůči terapeutickému programu alespoň zpočátku obranný postoj. Prvním krokem proto musí být snaha o vybudování důvěry rodiny v tento program i důvěry ke konkrétnímu profesionálovi (profesionálům). Matoušek v této souvislosti doporučuje, aby taková organizace nedisponovala žádnou represivní mocí. Rodina ji pak snáze vnímá jako prostředek pomoci a jako partnera. Dle mého názoru je důležitá i práce s motivací klientů k využití terapeutické služby a ke dlouhodobější spolupráci. Vzhledem k tomu, že pomáhající organizace převážně pracují na principu dobrovolnosti a ke spolupráci vyžadují zájem klienta o ní, může být setrvání rodiny v programu velmi problematickým.

Při počáteční formulaci cílů pomoci rodině je častou komplikací odlišnost mezi cíli a potřebami deklarovanými rodinou a "zakázkou" prostředkujících institucí. Také jí mohou být mylná očekávání rodiny ve vztahu ke službě. Matoušek doporučuje při koncepci poskytovaných služeb vycházet především z představ rodiny. Vzhledem ke kumulaci mnoha obtíží v rodinném fungování **bude často definováno cílů několik**, je potřeba proto odlišit problémy **akutní, vyžadující přednostní intervenci a pomoc**. Takovými problémy mohou být problémy v oblasti hmotného zabezpečení a bydlení a problémy týkající se zajištění základních potřeb a základní péče o členy rodiny. Jde tu především o zprostředkování všech dostupných zdrojů podpory. Matoušek zdůrazňuje schopnost terapeuta vycházet vždy z rodinné definice problému, schopnost držet s rodinou tempo a nepředkládat jí "zjevný" problém dříve, než je k tomu připravena. Inspirující jsou proto **doporučení Kim Bergové** (viz níže), **kteřá říká:**

- „Ptejte se klientky, co je problém nejakutnější, který by chtěla řešit první.

- Cíle musí být malé, realistické, dosažitelné a jednoduché.
- Ptejte se sebe, kdo je nejvíce znepokojen problémem.
- Udržte zaměření na první stanovený problém“.

Hlavním cílem terapeutické práce s mnohoblémovou rodinou je **posilování rodinných kompetencí, její schopnosti řešit obtíže a její samostatnosti**. Rizikovou a kontraproduktivní může být pracovníková potřeba přebírat za rodinu odpovědnost, rozhodovat o ní a plnit za ní její funkce.

Teprve po stabilizaci rodiny v oblasti existenčního zajištění, případně po zvládnutí akutní krizové situace, lze přistupovat k terapeutické práci na poli interpersonálních vztahů. Autor předkládá možné kontexty, v nichž se mohou objevovat zdroje obtíží v rodinném fungování a tím i kontexty pro další terapeutickou práci s rodinou. Tyto okruhy jsou v zjednodušené formě následující:

- emoční klima v rodině,
- vztahy mezi jednotlivými členy rodiny,
- vazby rodiny na širší okolí (širší rodina, přátelé, služby),
- minulost rodiny (minulá traumata),
- budoucnost rodiny.

Problematické emoční projevy v rodině lze podle Matouška chápat jako symptomy nebo signalizaci určitých nenaplněných rodinných potřeb či potřeb jejích jednotlivých členů. V terapii lze s těmito signály pracovat tak, aby byly skutečné potřeby pojmenovány a nebylo již třeba zástupných projevů. Autor doporučuje při terapeutické práci s mnohoblémovými rodinami začít s vyjasňováním aktuálních vztahů, minulosti i představami budoucnosti ihned, jakmile je to možné s tím, že bez skutečné reflexe interpersonálních procesů v rodině nelze očekávat významnější změny v rodinném fungování. Jako vhodné diagnostické/mapovací techniky doporučuje techniky kresebné (začarovaná rodina), projektivní (Rorschachův test-společný výklad) nebo genogramy, případně vytváření soch podle Satirové. Tyto techniky mohou být pro tyto rodiny přijatelné svou nenáročností na verbální dovednosti. Další možnou metodou mapování rodinných vztahů může být tzv. cirkulární dotazování, používané systemicky orientovanými terapeuty. Tato technika vedení rozhovoru je popsána v kapitole o systemické rodinné terapii.. Další možností je vedení dlouhých individuálních rozhovorů s jedním členem rodiny za přítomnosti ostatních. Rodina má tak příležitost podívat se na

vztahy/problém očima jednoho z jejích členů, dotazovaný zase možnost plně se vyjádřit. Při rozboru aktuálních problémů rodiny Matoušek doporučuje pokusit se **dekonstruovat** zaběhnuté způsoby jejich interpretace a podporovat rodinu v alternativních způsobech nahlížení na problém.

Při práci s minulostí rodiny je dobré vycházet z rodinných rituálů a tradic a podporovat ty z nich, které rodinu posilují. Důležité je také pracovat s minulými traumatickými zkušenostmi rodiny a jejich důsledky přetrvávajícími do současnosti. Taková traumata mohou dalekosáhle ovlivňovat osobnostní vývoj jednotlivých členů rodiny a ovlivňovat rodinné fungování po několik generací.

Pro sociální práci s mnohoproblémovými rodinami může být přínosná role terapeuta jako "**advokáta rodinných zájmů**". Takový pracovník pak může rodinu podporovat shromažďováním pro ni důležitých informací, doprovázením, hájením oprávněných potřeb či mediací.

V souvislosti s principy organizace terapie mnohoproblémových rodin Matoušek uvádí jako základní podmínku úspěchu vybudování důvěry a pocitu bezpečí mezi terapeutem a rodinou. Doporučuje, aby terapie byla vedena jedním stabilním pracovníkem (namísto např. dvojice terapeutů), trvala nejméně několik měsíců, s frekvencí jedna až dvě setkání týdně alespoň v počáteční fázi. Pracovník by měl mít kvalitní výcvik v terapeutické práci s rodinami, podporu organizace a možnost pravidelné supervize a konzultací. Terapie by měla být pro rodinu maximálně dostupná. Ukončení spolupráce by mělo být sjednáno dlouho před daným termínem.

2.5 Ohrožená rodina

Pro účely diplomové práce budu také používat pojem „**rodina ohrožená**“, ve smyslu rodiny, která se z **jakýchkoli důvodů** ocitá v situaci, kdy je ohroženo její fungování, její podpůrná a pečující funkce, případně její integrita, a kdy takovou situací může být ohrožena řádná péče a zdravý vývoj jejích dětských členů.

Může jít o rodiny v obtížné životní situaci, vyrovnávající se s traumatizující životní událostí, rodiny před, během a po rozvodovém řízení, rodiny, kde rodiče z různých důvodů nezvládají řádnou péči o své děti, rodiny se závislým členem (rodičem) či členem (rodičem) psychiatricky nemocným či rodiny ohrožující své členy týráním, zneužíváním či zanedbáváním. V praxi se samozřejmě mohou (a budou) jednotlivé kategorie obtíží překrývat a vzájemně podmiňovat.

Pod pojmem "ohrožená rodina" jsou tak zahrnuty nejenom rodiny dysfunkční či mnohoproblémové, ale i **rodiny za normálních okolností fungující, které se v důsledku mimořádné životní situace ocitají v ohrožení dezintegrací a rozpadem.**

2.6 Traumatická zkušenost v dětském věku

Na neuspokojivé naplňování potřeb dítěte v rodině a na špatné zacházení s ním lze také nahlížet jako na **traumatickou zkušenost dítěte ve vysoce sensitivním období.** Ačkoli se mezi laickou veřejností lze často setkat s názorem, že děti obzvláště v raném věku dění v nejbližším okolí nevnímají, případně mu nerozumí a nemůže na ně tedy přespříliš působit, opak je pravdou. Tak existují názory, že například rozvod rodičů se velmi malých dětí téměř nedotýká. Čím méně děti rozumí verbální stránce rodinného kontextu, o to víc je formuje emoční klima. Dalším mylným předpokladem je domněnka, že dětský mozek je pružný a přizpůsobivý, dítě se s negativní zkušeností snadno vyrovnává, rychle zapomíná. Naopak, **trauma představuje téměř trvalou negativní zkušenost, která vede k maladaptaci** (Perry a spol., 1995).

Podnětnou v této oblasti může být například práce autorů **Fabera a Pilařové (2001)** zkoumajících tzv. **psychobiologii traumatu** v rámci primárního vztahu.

Tito autoři ve shodě s **L. C. Terrovou (1991)** rozlišují dva druhy duševních poranění dětí:

1. **Náhlá** (jednorázová) - příkladem je účast dítěte na dopravní nehodě,
2. **Dlouhodobá** (opakovaná) - příkladem je fyzické, psychické nebo pohlavní zneužívání.

Společnými následky jsou vracející se vzpomínky, zejména zrakové, opakující se druhy chování, strach vázaný na okolnosti poranění a změna postojů k lidem, budoucnosti a životu.“ Opakované dlouhodobé ubližování dítěti má vážné důsledky, a to **na úrovni fyziologické.** Jedním ze základních poznatků v oblasti **maturace mozku** je, že **se mozek vyvíjí a organizuje pod vlivem nových informací**, „*kteř se internalizují způsobem závislým na četosti použití.*“ Dobrá výchova má tedy na biologickou maturaci mozku pozitivní dopad.

Autoři popisují mechanismus působení traumatu předložený **Perrym** (s. 103-120): tato zkušenost se v mozku zpracovává-**procesuje** a zapamatovává-**internalizuje**, **traumatický proces se v paměti mozku zhmotňuje na engramata** (proteinového nebo jiného charakteru).

Tak má negativní psychotraumatická zkušenost **destruktivní vliv na funkce mozku**, který se **adaptuje** v podstatě dvojitým způsobem:

1. **disociací**,
2. **stavem „hyperarousal“** – (stav extrémně zvýšené bdělosti a reaktivity nebo patologicky zvýšené dráždivosti).

Čím déle se dítě nalézá v těchto nenormálních stavech adaptace, tím je větší pravděpodobnost, že se vyvinou neuropsychiatrické symptomy. Perry a spol. (1995) říkají, že dítě není po psychotraumatu adaptabilní ad integrum. *„Dítě se po psychotraumatu nevrací zpět do původní situace, ale je trvale „překuto“, tj. psychicky přeorientováno čili „přeprogramováno“ na jiný způsob uvažování a reagování. To znamená, že takto poznamenané dítě má část své emoční, kognitivní a behaviorální kapacity zmenšeno nebo ztraceno navždy, proto již začíná maladaptace.“* Abnormální traumatická zkušenost může během kritického období růstu mozek **přeorganizovat**. Z hlediska programismu lze dle autorů poškodit dětský mozek dvojitým způsobem:

1. buď mu **není dodán žádný program**, pak jde o **deprivaci**,
2. nebo je mu **dodán program špatný** (atypické a abnormální vzorce chování), pak vznikne „encefaloprogramopatie“, vedoucí k **maladaptaci**, „child maltreatment“.

„Špatné vztahy mají tedy nepřímý, ale silný pathomorfogenní vliv. Tzn., že nevhodnou péčí se pozvolna deformuje i struktura systému, a to jeho důležité části – limbické soustavy, která má zásadní význam pro vznik a udržování emocí, paměti a struktury osobnosti. Špatná výchova v tomto věku může vyústit do emoční vulnerability, osobnostních anomálií i psychopatických rysů osobnosti.“

Klinicky se může jako důsledek dlouhodobého duševního zraňování dítěte jevit otupělost dítěte v emoční i kognitivní oblasti. Nápadná je netečnost vůči bolesti, vlastnímu prožívání i prožívání jiných, obava z duševní blízkosti, popírání traumatu. Postižení osobnosti mívá znaky poruch osobností dospělých lidí typu narcistní, antisociální, hraniční i úzkostné. Častým následkem duševního poranění dětí jsou také stavy zuřivosti. Jak uvádí Faber spolu

s Pilařovou, „běžným společným znakem vývoje dospívajících jedinců, kteří se pokusili o vraždu,...je opakované duševní poranění v dětství.“ (2001, s. 159).

Pro nás je důležitým poznatek, že podobným mechanismem se v mozku uplatňuje i **proces psychotherapeutický**, záleží však na časnosti jeho užití.

3. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN)

3.1 Vymezení pojmu

Jako specifický druh poruchy rodičovské péče lze chápat týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, které má za následek celý soubor příznaků poruch vývoje dítěte, souhrnně nazývaných **syndromem CAN (Child Abuse and Neglect)**, tedy **syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**. Pro jeho závažnost a šíři mu je věnována samostatná kapitola.

Syndrom CAN je definován jako soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhranější podobou je úplné zahubení dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 15).

J. Dunovský (1995, s. 235) vysvětluje tento syndrom jako důsledek „*jakékoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné, jež poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobuje jeho smrt*“. Zdůrazňuje, že však o něm není možné uvažovat jako o jednostranném aktu původce či pachatele, ale jako o zvláštním **druhu interakce** všech zúčastněných osob, prostředí a externích společenských podmínek. Jak poznamenává Gjuríčová (in kol.aut.: „Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém“, 2005, s. 130), násilí v rodině mívá systemickou povahu; v praxi to např. znamená, že tam, kde existuje fyzické násilí mezi partnery, je pravděpodobné, že jsou rodiče fyzicky násilní i vůči dětem; uvádí se, že riziko pro děti je 3-9 x vyšší. Osobnost dítěte a jeho celková konstituce jsou pak jednou z mnoha „kostek ve hře“ u tohoto multifaktoriálního jevu. Jiní autoři popisují CAN jako těžkou **poruchu ekologie rodiny**, s vědomím, že „*právě ona je nejčastějším místem i příčinou tohoto syndromu a v ideálním případě i místem a činitelem nápravy*“ (Matějček, 1995, s. 15).

V literatuře je uváděn výskyt syndromu ve všech jeho podobách kolem **1 – 2%** dětské populace ročně, špatné zacházení tedy u nás postihuje zhruba **25 000 dětí za rok**.

Vaničková (2007, s. 65) popisuje „krátké dějiny“ pozornosti věnované tomuto jevu. Prvním hmatatelným signálem vnímání nepřijatelnosti násilí vůči dítěti může být vznik první **Národní společnosti prevence proti krutostem na dětech** v Liverpoolu v roce 1883. V roce 1953 popsal americký lékař **Silverman** syndrom složitě poranění dítěte nezaviněného úrazem (non-accidental Injury). Zásadním přelomem pak byl rok 1962, kdy americký lékař **Kempe** definoval **Syndrom bitého dítěte** (battered child syndrom). U nás v roce 1971 popsal pediatr **Ringel** fenomén psychického týrání. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte byl definován **Zdravotnickou komisí Rady Evropy v roce 1992**. Jak uvádí Vaničková (2007, s. 66), v roce 2000 byla v odborných kruzích sjednocena terminologie syndromu CAN u dítěte s terminologií problematiky domácího násilí mezi dospělými a přijat termín „**domácí násilí zahrnující děti**“ (domestic violence including children). Tento pojem definuje jako psychické týrání dítěte také jeho přítomnost a svědectví násilí mezi rodiči, či násilí páchané naopak dítětem vůči jinému členu rodiny.

V literatuře převládá anglická terminologie. Pod pojem „zneužívání“ (abuse) zahrnuje prakticky veškeré formy násilí, agrese či aktivní nedostatečné péče. „Zanedbávání“ (neglect) zachycuje především škodlivé formy „ne-péče“ o dítě se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj jak v oblasti tělesné (neorganická porucha prospívání), tak psychické a emocionální (deprivace v dětském věku) i sociální (dítě ulice, děti toxikomanů). Někteří autoři (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 310) nezahrnují týrání a zneužívání dítěte společně se zanedbáváním do jednoho syndromu. Poškození dítěte zanedbáváním či deprivací si dle těchto autorů rodiče většinou nejsou vědomi, naopak týrání a zneužívání je vymezeno jako cílené a úmyslné ubližování dítěti „*mocnějšími a vyspělejšími jedinci, na nichž je dítě závislé*“.

Vzhledem k multifaktoriální kauzalitě tohoto jevu vyžaduje i jeho řešení a náprava komplexní a multidisciplinární přístup. Ve všech případech je podmínkou pomoci dítěti odborná intenzivní podpora jeho rodičů a dalších členů rodinného systému. Tato podpora může spočívat v individuální a rodinné terapii nebo jejich kombinacích, sociální pomoci, poradenském vedení. Trestněprávní řešení daného případu je jen možnou částí řešení. Jak uvádí Dunovský (1995, s. 15), v zahraničí se stále častěji prosazuje psychologická a sociální pomoc celé rodině namísto kriminalizace původce násilí, zneužívání či zanedbávání. Například v Belgii je dle tohoto autora řešeno 95% případů CAN bez účasti policie a soudů.

Na terapii původce špatného zacházení s dítětem spíše než jeho kriminalizaci a odstranění z blízkosti dítěte začíná být dáván čím dále větší důraz. Argumentováno bývá i druhotným týráním dítěte rozpadem rodiny či citovou deprivací, je-li umístěno mimo ni. Například Vaničková (2007, s. 67) argumentuje: „zůstává nezvratným faktem, že většina agresorů

zneužívajících vlastní děti, děti miluje, ale jejich osobnost je nezralá, mají nižší míru tolerance vůči stresu a své city neumí dát dětem najevo.“

3.2 Týrání a zneužívání

Dle Dunovského (1995, s. 41) zahrnuje **tělesné týrání** dětí a jejich zneužívání aktivní povahy **všechny akty násilí (commission) na dítěti**, které vyústí v jeho zranění či smrt. Tento autor rozlišuje děti týrané s následným zjevným poraněním (způsobeného bitím, popálením, trestáním či opomenutím) a děti bez bezprostředních známek tělesného poranění, které jsou vystavovány dušení, otravám apod. Rozlišováno bývá rovněž tělesné **týrání pasivního charakteru** jako nedostatečné uspokojení těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí. Může jít o úmyslné či neúmyslné nepečování případně opomenutí (omission) v péči s výsledným neprospíváním dítěte. Mezi tělesné (ale i psychické) týrání patří také opakované vystavování dítěte lékařským vyšetřením a léčbě, tzv. Münchansenův syndrom v zastoupení (by proxy), kdy rodiče u dítěte vymýšlejí, případně i „vyrábějí“ různé příznaky a onemocnění. Zvláštní kapitolou je pak **týrání psychické** (ponižování, zesměšňování, nedůvěra, ale i svědectví dítěte násilí mezi partnery a dalšími členy rodiny, permanentní srovnávání se sourozencem apod.). Někteří autoři považují za psychické týrání nejen psychické násilí aktivního rázu, ale také když se dítěti nedostává to, co ke svému zdravému psychickému vývoji nezbytně potřebuje. Např. Pöthe (2001, s. 67) píše: *„Není dítě, které pociťuje nelásku, nezáměr, nevšímavost či nedostatek péče těch, které má rádo, také psychicky týráno?“*.

Podle některých statistik je až 1/3 úrazových stavů u dětí (zejména ve věku do tří let) způsobena úmyslným ublížením. Mnozí autoři považují za jedno z hlavních východisek trestání dětí, které velmi snadno v týrání přechází a hranice mezi nimi je velice tenká. V důsledku tělesného týrání může docházet u dítěte k mnoha druhům poranění, povrchových i vnitřních. Kromě fyzických následků má většina týraných dětí, zvláště u opakované traumatizace, celoživotní následky duševní, které pak ovlivňují další jejich vývoj v oblasti emoční, intelektové i sociální. Zkušenost dítěte trvale pokrývá jeho vztah k lidem, k sobě i životu. Týrané děti se mohou jevit jako celkově inhibované, neprojevující emoce, menšina je naopak silně agresivní. Děti psychicky týrané často reagují stažením se, ustrašeností, úzkostností. Jejich sebehodnocení je pokřivené a sebedůvěra velmi nízká. Jak uvádí Durdík (In Pilařová, Pöthe, 2001), pasivita týraných dětí má obranou funkci. Vyplývá z potřeby snížit počet traumatických interakcí s pečující osobou na minimum. Naopak děti emočně deprivované, ale netraumatizované bývají převážně dezinhibované, až hyperaktivní. Častý je ambivalentní postoj a chování k pečovatelské osobě, nejistota či apatie v sociálním kontaktu.

Masivnost narušení psychického vývoje dobře ilustruje Pötheho (2001, s. 34) popis adaptace (potlačení) dětského prožívání: „*Týrání dítěte vede k jeho stažení se ze světa duševního čili abstraktního, do světa fyzického, které funguje podle mechanické, nikoli ideové, kauzality. Příčinou podobného vývoje může být neustále expozice fyzické bolesti, která dítěti nedává dostatečný prostor k exploraci emočních a myšlenkových procesů rodiče a sebe, nýbrž jej nutí zabývat se obrannými psychickými mechanismy, například popíráním, derealizací či disociací.*“.

Jen u malé části týrajících rodičů je diagnostikovatelná závažná psychická porucha. U většiny se porucha osobnosti projevuje hlavně ve vztahu k dítěti, a často se týrající osoby jeví svému okolí jako bezproblémové a spořádané osoby. Velmi často se jedná o osoby rovněž v dětství týrané či deprivované, opakující. Typické bývají nerealistické nároky a očekávání vůči dítěti, nízká tolerance ke stresu a nízká frustrační tolerance, celková nezralost či emoční oploštělost. Osobnost těch, kteří týrají své děti fyzicky a těch, kteří týrají psychicky, se dle literatury příliš neliší. U psychicky týrajících však porucha osobnosti však nebývá tak výrazná. Rizikovými faktory bývají akutní či chronický stres, jako je nezaměstnanost, neuspokojivý či nefunkční partnerský vztah, alkoholismus a jiné závislosti, absence sociální kontroly. Tyto rizika se často vzájemně podmiňují a kumulují. Na druhou stranu, výzkumy a detekce externích rizikových faktorů rodin ve Velké Británii přinesly překvapivé zjištění, že špatné zacházení s dítětem „*neodpovídá počtu rizikových faktorů v jeho prostředí*“ (Pöthe, 2001, s. 27). Naopak bylo mnohdy ubližováno dětem v rodinách, které na základě minimální přítomnosti oficiálních rizikových faktorů byly kvalifikovány jako bezpečné. Dá se říci, že na aktuálním špatném zacházení s dítětem se podílí jak současný kontext a vztahový rámec, tak zkušenost rodiče s jeho vlastním pečovatelem. Z hlediska teorie vazby (viz výše) lze konstatovat, že ubližování dítěti do značné míry koreluje s nejistou vazbou matky s její matkou. Z tohoto důvodu nelze detekci vnějších rizikových faktorů považovat za dostatečné preventivní opatření. Důležitým je i zkoumání kvality vztahu rodič – dítě v případech, kde lze usuzovat na možné ohrožení dítěte, a to i prenatalně (viz tzv. Condonův dotazník).

Rovněž na straně dítěte lze hovořit o rizikových faktorech. Násilím bývají zvýšeně ohroženy děti dráždivé, plačící, zlostné, neklidné, děti nedonošené, postižené či jinak nenaplňující idealizované rodičovské představy. Ovšem jak zdůrazňuje Matějček (1995, s. 107), jakékoli riziko na straně dítěte se uskutečňuje jen tehdy, existuje-li současně i „*vstřícné*“ riziko na straně dospělého, případně i riziko situační. Problém rizikovosti dítěte spočívá

v tom, že svým chováním „spouští“ mechanismy, jež uvolňují rizikovost dospělých nebo situace.

Péče o děti postižené týráním má dle Langmeiera, Balcara a Špitze (2000, s. 310) mnoho rozměrů. Zahrnuje včasnou detekci postiženého dítěte, následné komplexní nápravná opatření a opatření preventivní. Včasné odhalení spočívá především v pozornosti a aktivním postoji pediatrů, pedagogů, psychologů, kteří přicházejí s dítětem do kontaktu. V této souvislosti bývá často zmiňována určitá laxnost a neochota či obava těchto odborníků svá podezření oznamovat orgánům sociálně-právní ochrany dětí. U velmi závažných případů však včasná detekce může rozhodovat o životě a smrti. Prostředkem k odhalení ohroženého dítěte nemusí být pouze např. pediatrovo pozorování, ale také odborně vedení rozhovor s rodiči, který umožňuje zachytit rizikové faktory v jejich osobnosti (neúměrné nároky na dítě a kritičnost k němu, akceptace tělesných trestů jako adekvátního výchovného prostředku, celková nevyspělost či tendence k agresivnímu interagování). K nápravným opatřením a řešení případu lze přistupovat různě. Zmínění autoři rozlišují **přístup punitivní**, zaměřený na odhalení a potrestání agresora, **přístup protektivně-kontrolující**, který klade důraz na ochranu dítěte před dalším poškozováním, aplikuje kontrolu a sociální dohled, případně odebrání dítěte z rodinného prostředí a konečně **přístup protektivně-terapeutický**, jež si za cíl klade terapeutickou pomoc celé rodině a chápe ji jako prostředek pomoci ohroženému dítěti. Posledně jmenovaný přístup je považován za optimální řešení, ovšem s tím, že v některých případech se nelze vyhnout pevné kontrole či trestněprávnímu řešení. Naopak existují případy, kdy lze považovat užití projektivně-terapeutického přístupu za bezpředmětné a odejmutí dítěte z rodiny se ukáže nutným. Autoři doporučují volit terapeutický přístup zejména tehdy, pokud jsou splněny uvedené podmínky:

- Poškození dítěte bylo ojedinělou událostí,
- Rodič projevuje pocity viny a starost o dítě,
- Výchovné postupy rodičů se extrémně neodchylují od postupů obvyklých v daném společenském rámci,
- Kritičnost rodičů vůči dítěti není extrémně velká, rodiče nevnímají dítě jako „špatné“,
- Rodiče nejsou extrémně impulsivní, agresivní a nezdrženliví.

Považuji za nutné na tomto místě poznamenat, že autory vymezené podmínky pro aplikaci terapeutického přístupu k pomoci rodině a ohroženému dítěti, respektive jejich absence, se v podstatě překrývají s rysy a znaky u případů týrání dítěte obvyklými, ne-li se na jeho vzniku

přímo podílejícími. Absence těchto podmínek se tedy dá u případů týrání dobře předpokládat. Domnívám se, že by neměla být příčinou rezignace na terapeutickou práci s celým rodinným systémem. Metodou první volby může být rodinná terapie, dle potřeb doplněná individuálními či skupinovými programy. Kromě práce s celou rodinou je důraz třeba klást na terapeutickou pomoc postiženému dítěti, stejně jako na prevenci jeho sekundární viktimizace. Na tomto místě nelze nezmínit problematiku tzv. **systemového týrání dítěte**, kterému je vystavováno působením orgánů a institucí určených primárně k jeho ochraně. Takové druhotné poškozování může spočívat v praxi odebírání dětí z péče rodičů bez předchozí intenzivní snahy o nápravu rodinných funkcí a sanaci rodiny. Dítě je sekundárně traumatizováno rovněž opakovanými, neodborně vedenými a necitlivými **vyšetřeními**. Např. Gjuričová (2007, s. 137) upozorňuje na nebezpečí druhotné traumatizace dítěte opakovanými výpověďmi. Zdůrazňuje, že pokud se již podařilo navázat s dítětem a jeho rodinou terapeutickou spoluprací, je pak takovými postupy vážně ohrožena. Z toho pak vyplývá opětovný apel na nutnost multidisciplinární spolupráce při řešení případů ohrožení dítěte tak, aby stačil **pouze jeden** odborně vedený **rozhovor s dítětem**. (Takový přístup například aplikuje pražské Dětské krizové centrum, využívající video či audionahrávek, které pak poskytuje například orgánům činným v trestním řízení.).

3.3 Zanedbávání

*„Zanedbávání je definováno jako **vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte**. Bývá dále děleno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční (psychická deprivace), případně environmentální (rodina žije ve stavu kontinuálního existenčního ohrožení, např. ve válečných konfliktech)“* (Krejčířová, 2007, s. 24).

Zanedbávání je zřejmě nejčastěji se vyskytujícím druhem špatného zacházení s dítětem (child maltreatment), o jeho důsledcích pro vývoj dítěte a jeho osobnost v dospělosti je však k dispozici mnohem méně vědeckých poznatků než v případě týrání či zneužívání. Mnozí autoři poukazují na fakt, že neexistuje obecně uznávaná teorie zanedbávání. Většina případů zůstává skryta za zdmi domácností, jeho oběti bývají (spolu s oběťmi psychického týrání) obtížně zjištělné a lze na ně pouze usuzovat při nejrůznějších pozdějších projevech společenské maladaptace. V této souvislosti se v poslední literatuře často poukazuje na tzv. „zanedbávání (problému) zanedbávání“. Zdůrazňována bývá souvislost tohoto jevu s chudobou. Je faktem, že chudoba je u případů zanedbávání velmi častým korelačním

faktorem, přesto se může vyskytovat napříč všemi společenskými vrstvami. Jak ukazuje praxe, špatné prospívání dítěte nebývá v těchto případech důsledkem záměrného ubližování dítěti, ale spíše „*projevem jejich snížené kapacity vyladit se na dítě a jeho potřeby.*“ (Konvičková, 2008, s. 35).

Krejčířová dále uvádí: „Pokud byly problematice zanedbávání věnovány empirické studie, jejich výsledky také ukazují na *velmi různý význam různých typů zanedbávání. Obecně jsou nacházeny podstatně závažnější a dlouhodobé psychické následky zanedbávání emočního (a psychické deprivace jako důsledku) než u všech ostatních typů.*“

Langmeier, Matějček (1974) tak rozlišují **deprivaci** od **zanedbanosti**. Deprivaci definují jako „*výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány základní **psychické** potřeby v náležité míře a po určité, dosti dlouhou dobu*“ (viz výše), oproti tomu zanedbanost může znamenat například nedostatečnou výživu či vzdělávání dítěte ze společensky objektivních důvodů, dítě však může být zároveň plně citově saturováno, vývoj jeho osobnosti nemusí být zásadně ohrožen. (S tím souvisí problematičnost odebrání dětí z péče rodičů pouze na základě neuspokojivých ekonomických podmínek, respektive bídy. O tom více v kapitole věnované sociálním službám pro ohrožené rodiny.)

V souvislosti se syndromem CAN se však zanedbávaným dítětem míní dítě akutně a vážně ohrožené nedostatkem podnětů důležitých k svému zdravému fyzickému a psychickému rozvoji. Pojem dítěte zanedbávaného se tak z velké části překrývá s pojmem dítěte deprivovaného či deprivací ohroženého.

V literatuře jsou většinou rozlišovány tyto **základní druhy zanedbávání**:

- **Fyzické zanedbávání** – nedostatečné uspokojování tělesných potřeb dítěte (adekvátní výživa, ošacení, přístřeší, ochrana a dohled),
- **Výchovné zanedbávání** – absence dohledu nad školní docházkou, absence školní přípravy, vzdělávání a adekvátních volnočasových aktivit, dětská práce, ohrožení morálního vývoje,
- **Emoční zanedbávání** – deprivace jako důsledek neuspokojování citových a vztahových potřeb dítěte (nedostatek lásky, pozornosti a pocitu sounáležitosti),
- **Zanedbávání zdravotní péče** – zanedbávání péče preventivní i v případě nemoci.

Autoři Dunovský, Dytrych, Matějček (1995) rozlišují **dvě kategorie zanedbávání péče**:

- a) **Těžké zanedbávání** např. výživy – („failure to thrive“) – nebo přítomnost dětí v takových situacích, kdy je ohroženo jejich zdraví či dokonce život,

- b) **Všeobecné zanedbávání.** Zanedbávání odpovídajícího jídla, ošacení, lékařské péče, izolace od okolního světa. Může být bez fyzikálního nálezu. Patří sem i nechávání malých dětí bez dozoru, netečnost k tomu, co dělají mimo školu...apod.

(„**Failure to thrive**“ - v anglosaské literatuře užívaný název označující poruchu v prospívání neorganického původu, vyskytující se především ve zchudlých a společensky málo přizpůsobivých rodinách. Syndromu předchází nedostatečná výživa, symptomaticky těžká dystrofie či atrofie, případně zástava růstu.)

Mezi **ukazatele zanedbávání** patří:

- Dítě má nedostatek lékařské a stomatologické péče,
- Dítě bývá unavené nebo ospalé,
- Dítě je špinavé, má nedostatečnou osobní hygienu, oblečení neodpovídající počasí,
- Dítě může být depresivní, uzavřené, apatické. Může vykazovat asociální, destruktivní chování, trpí poruchami řeči, jídla, má různé neurotické návyky (kouše si nehty, vlasy, houpá se),
- Nedostatečný dohled nad dítětem,
- V domácnosti jsou zdravotně závadné podmínky (lidské, zvířecí výkaly, odpadky), nedostatečné vytápění, nebezpečí ohně, místo pro spaní je chladné, špinavé, nebo jinak neodpovídající,
- Nutriční hodnota jídla je nedostatečná, eventuálně jídlo není vůbec připravováno.

V literatuře bývají rizikové faktory zanedbávání péče rozdělovány na rizikové faktory související s osobností pečující osoby, rizikové faktory na straně dítěte a rizikové faktory prostředí, kontextu, ve kterém se rodina nachází (Matějček, 1995, s. 110):

Riziková dospělí:

- □□□□□□□□ mentálně retardovaní, kteří na péči o dítě „nestačí“
- □□□□□□□□ somaticky nemocní, smyslově či pohybově postižení, invalidní, psychicky nemocní (prototypem může být endogenní deprese matky),
- □□□□□□□□ osaměle žijící osoby,
- □□□□□□□□ alkoholici a toxikomani,
- □□□□□□□□ mladí, nezralí a nevyspělí rodiče, se zájmy dosud dětskými nebo mladistvými,
- □□□□□□□□ lidé s životní historií deprivace nebo subdeprivace, kteří svým dětem vytvářejí deprivace životní prostředí,
- □□□□□□□□ lidé v hmotné bídě, kteří jsou sotva schopni uhájit svou existenci, nezařstnaní, bezdomovci, lidé žijící na okraji společnosti,

- □□□□□□ lidé příliš zaujatí jinými zájmy, zálibami nebo i povinnostmi, pracovním přetížením.

Rizikové děti:

- □□□□□□ děti svým temperamentem neaktivní, pomalé, „málo živé“, které samy zájem okolí neprovokují nebo nepřitahují,
- □□□□□□ děti mentálně retardované, se smyslovými vadami, pohybovým omezením, „postížené“, o něž „rizikovi“ dospělí snadno ztrácejí rodičovský zájem,
- □□□□□□ děti somaticky nemocné, vyčerpané, apatické,
- □□□□□□ děti podvyživené (bludný kruh podvýživou snížené aktivity a sníženého příjmu potravy v jejím důsledku).

Rizikové situace dle Matějčka nepřicházejí dobře v úvahu, protože zanedbávání je pojímán jako jev dlouhodobý a odvíjející se spíše s celkového nastavení primárních pečovatelů. Domnívám se však, že potenciálně rizikovou situací pro zanedbávání dítěte může být například krize v partnerském vztahu dosud optimálně fungujících rodičů, rozvoj depresivního prožívání u jednoho z nich v rámci onemocnění či jako reakce na traumatickou zkušenost. Rizikovou situací může být rovněž nástup matky do prestižního zaměstnání.

3.4 Úloha sociálního pracovníka při řešení syndromu CAN

Úloha sociálního pracovníka při řešení syndromu CAN spočívá především ve včasné detekci ohrožených dětí, jejich ochraně před dalšími traumatickými zkušenostmi a špatným zacházením, rozvinutí interdisciplinární spolupráce a zprostředkování navazujících odborných služeb pro podporu dítěte a jeho rodiny. Klíčovou úlohou je systematická práce s rodinou s cílem obnovení jejího narušeného fungování a integrace. Sociální pracovník však nemůže vstoupit do problému izolovaně. Pozitivních výsledků při odstraňování příčin ohrožení či poškozování dítěte může docílit pouze ve spolupráci s dalšími odbornými pracovníky z oblasti zdravotnictví, tak ze sféry školství, spravedlnosti a dalších oborů. Pracovník má pak v rámci takto spolupracujících subjektů úlohu koordinátora a case-managera. Důležitou součástí práce sociálního pracovníka je práce v terénu, v přirozeném prostředí rodiny. Soubor takových činností, intervencí a opatření sociálního pracovníka vedoucích ke stabilizaci rodiny, zlepšení rodinného fungování a péče o děti je nazýván sanací rodiny. O sanaci rodiny jako prostředku pomoci ohroženým rodinám a dětem více v samostatné kapitole.

4 Diagnostika funkčnosti rodiny

Motto: „Proč jste jim to řekl?“ divil se Santiago. „Abych Ti předvedl jeden prostý zákon světa,“ odpověděl Alchymista. „Když před sebou máme velký poklad, nikdy to nepoznáme. A víš proč? **Protože lidé na poklady nevěří.**“ P.Coelho

Cílem zkoumání funkčnosti rodiny by neměla být její patologizace, nálepkování a prostředkem k represí. Diagnostika by měla pomoci pomáhajícím profesionálům v detekci poruchových prvků v rodinném fungování a jejich příčin tak, aby poskytnutá pomoc byla cílená a efektivní. Účelem takové diagnostiky by nemělo být odhalení pouze toho, co nefunguje nebo je zdrojem potíží či dokonce utrpení některých členů rodiny, **cílem by mělo být především nalezení vnitřních zdrojů, „pokladů“ rodiny. Je třeba nezapomínat, že diagnostické počínání je jedním z nástrojů pomoci.** V oblasti zkoumání funkčnosti rodiny přetrvává koncentrace na poruchy. Jak píše Matoušek, „*v praxi našich státních orgánů, které*

- způsob řešení neshod;
- povaha interpersonálních vztahů na škále pozitivní – negativní.

Jedním z prostředků navození dobré spolupráce pracovníka s rodinnou je návštěva rodiny v jejím přirozeném prostředí. Taková návštěva může rovněž pomoci pracovníkovi v jeho snaze o co nejobjektivnější hodnocení rodinného fungování. Jako ideální vnímá tento autor návštěvu rodiny ve večerních hodinách, provedenou dvěma pracovníky. Jeden z pracovníků může přijmout roli aktivního komunikátora, druhý roli (skromného a přátelského) pozorovatele.

Současný sociální pracovník, ale ani rodinný terapeut, nemá k dispozici mnoho diagnostických nástrojů. Sociální pracovníci navíc ani nejsou v užítí těch dostupných vyškoleni. U nás je asi nejrozšířenější Dunovského dotazník funkčnosti, který je však v současnosti kritizován pro svou koncentraci na poruchu v duchu medicínského pojetí rodinných dysfunkcí typického pro minulá období. Snahou o opačné nahlížení na fungování rodiny, tedy na odhalování také jejích silných stránek, se vyznačují diagnostické nástroje používané u nás Sobotkovou při výzkumech resilience pěstounských rodin. Dle dostupných informací je v současnosti připravován nový diagnostický nástroj pro zkoumání fungování rodiny na půdě Katedry sociální práce Filosofické fakulty UK. V následujícím textu stručně popíši vybrané, této chvíli dostupné metody zkoumání rodinného fungování.

4.1 Condonův dotazník

Koukolík (Koukolík, Drtilová, 1996, s. 154) popisuje tzv. **Condonův dotazník**, který umožňuje na základě zjištěných zkušeností respondenta z referenční rodiny, způsobu vyprávění o nich a z postojů k budoucímu dítěti **predikovat** s poměrně vysokou přesností **druh vazby s budoucím dítětem**. Možnost takové predikce je velice prospěšná, stává se **nástrojem prevence vztahových poruch a poruch péče** o dítě dříve než k nim vůbec dojde, například prostřednictvím aplikace **raně intervenčních postupů**. Lidé, jejichž vazba byla bezpečná, vyprávějí o svém dětství souvisle, včetně bolestných událostí, kterou může být například rozvod rodičů. Lidé s vazbou nejistou si někdy na dětství „nevzpomínají“ a sdělují, že bylo dokonalé, jindy podrobně, často ulpívavě popisují všechny obtíže a bolesti. Condonův pětiminutový dotazník, v němž se zejména u těhotných žen zjišťuje odpověď na devatenáct otázek (typu „Myslíte na své budoucí dítě často nebo vzácně?“, „Máte silnou nebo slabou potřebu své dítě kojit?“) umožňuje zjištěné odpovědi uspořádat do čtyř skupin vznikajících kombinacemi druhu vazby (dobrá-špatná) a času tráveného jejím prožíváním (málo-mnoho).

U ještě nenarozených dětí je pak možné odhadnout **pravděpodobnost porušené vazby**. Studie J. T. Condon (1993) potvrdily, „*způsob, jímž vypovídají těhotné ženy o svém dětství a životě, předpovídá druh vazby mezi nimi a jejich ročními dětmi v plných 70% případů.*“

4.2 Dotazník funkčnosti rodiny

Nástroj diagnostiky rodinných poruch, tzv. **Dotazník funkčnosti rodiny ve vztahu k dítěti (DFR)**, u nás vypracoval Dunovský (1999, s. 106). Přestože je jeho popis již jednou uveden v rámci subkapitoly o dysfunkčních rodinách, pro přehlednost jej zde předkládám ještě jednou: Dotazník hodnotí fungování rodiny na základě osmi diagnostických kritérií, jimiž jsou „*složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace (sem autor zahrnuje hledisko věku členů rodiny, rodinného stavu, zaměstnání rodičů, příjmy rodiny a bydlení), osobnost rodičů i sourozenců (zdravotní a psychický stav, společenská adaptace), zájem o dítě a péče o ně*“. S ohledem na výstupy získané šetřeními pomocí tohoto dotazníku pak Dunovský stanovil čtyři základní skupiny či **pásma funkčnosti rodiny**, tím i čtyři základní typy rodin:

- 1. Rodiny funkční**, které zaručují zdravý vývoj dítěte a dobrou péči o ně. Dunovský uvádí až 85% výskyt takových rodin v populaci.
- 2. Rodiny problémové**, u nichž se objevují závažnější poruchy v rodinných funkcích, ale tyto rodiny jsou schopny obtíže řešit vlastními silami či s krátkodobou pomocí zvenčí. Výskyt kolem 12-13%. Tyto rodiny dle autora vyžadují zvýšenou pozornost a pomoc odborníků.
- 3. Rodiny dysfunkční** s výraznými poruchami funkcí rodiny, které již tato rodina nedokáže sama účinně zvládat a její situace vyžaduje vnější pomoci. Touto pomocí by měla být především snaha o **sanaci** rodiny. Uvádí se 2% zastoupení. V dysfunkčních rodinách je možné pozorovat stírání generačních hranic, odstranění hierarchické organizace a současné tvoření patologických trojúhelníků (Simon, Stierlin, 1995).
- 4. Rodiny afunkční**, kdy poruchy v rodinném fungování a funkcích jsou již natolik závažné, že dochází k těžkému poškození dítěte či jeho ohrožení na zdraví i životě. Dle Dunovského je snaha o sanaci těchto rodin **bezpředmětná** a jedinou možností pomoci dítěti je jeho odebrání z rodiny a vyhledání kvalitní náhradní rodinné péče. Takových rodin je v populaci zhruba 0,5%.

Dotazník se používá pro každé dítě v rodině zvlášť. Dále je tento nástroj možné **aplikovat** v průběhu práce s rodinou **vícekrát** a sledovat tak vývoj rodinné situace včetně vlivu pomáhajících a terapeutických profesionálních aktivit.

4.3 Škála rodinného prostředí

Škálu rodinného prostředí, v originále **Family Enviroment Scale** (Moos, R., Moos B., 1981), přepracovanou autory Hargašovou a Kollárikem (1986), u nás v současné době používá především I. Sobotková pro účely svých rodinně psychologických výzkumů pěstounských rodin (2003). Škála je založena na konceptu složité podmíněnosti chování osobností a prostředím, důraz je kladen na povahu sociálního klimatu. V našich podmínkách je prvním a prozatím jediným oficiálně vydaným nástrojem zkoumání rodiny jako interakčního a vztahového systému. Metodou i cílem je sebehodnocení rodiny.

Škála se skládá z deseti subškál, které popisují **funkční parametry rodinného prostředí**. Každá subškála obsahuje devět položek. Zkoumané jevy lze rozdělit **do tří dimenzí**: vnitrorodinné vztahy, individuální osobnostní růst a jeho podpora v rodině, srodinná organizační struktura:

1. Vztahové dimenze

- Soudržnost
- Expresivita
- Konfliktovost

2. Dimenze osobnostního růstu

- Nezávislost
- Orientace na úspěch
- Intelektuálně kulturní orientace
- Aktivní rekreační orientace
- Morálně světonázorová orientace

3. Dimenze udržování systému

- Organizace
- Kontrola

Vyhodnocení škál poskytuje dvě skupiny informací:

- **Rodinný profil** sestavený vyhodnocením skór jednotlivých subškál

- **Skór rodinné inkongruence** – tj. míru shody či neshody ve vnímání rodiny u jednotlivých jejích členů

Jak uvádí Sobotková (2003, s. 43), škálu rodinného prostředí lze jako výzkumný nástroj použít v mnoha oblastech diagnostiky i terapie. Zároveň ve shodě s autory škály doporučuje souběžné užití dalších diagnostických metod.

4.4 Family Hardiness Index (FHI)

Stejně jako předchozí diagnostický nástroj, je i tento u nás používán při výzkumu pěstounských rodin. Popis techniky vychází z výstupů tohoto výzkumu (I. Sobotková, 2003). Dotazník byl poprvé publikován v roce 1986 v rámci výzkumu **Family Stress, Coping and Health Project** (McCubbin, H., Thompson A.). Tým Hamiltona McCubina vytvořil **Model rodinné resilience** (1996), který popisuje mechanismy zvládání v rodině jako samostatnou kategorii a je na ně nahlíženo systemicky, tzn. nikoli jako na sumu copingových strategií jednotlivých členů rodiny.

Dotazník měří **rezistenci rodiny vůči stresu** (stress resistance), schopnost **adaptace** a její **zdroje** (adaptation resources) v rodině.

Pojem „**hardiness**“ je překládán jako aktivní odolnost rodinného systému. Je charakterizován:

- „pocitem kontroly nad životními událostmi a pocitem zvládání těžkostí (control),
- tím, že změny jsou přijímány jako užitečné a podporující vývoj (challenge),
- spíše aktivní než pasivní orientací při zvládání stresových situací a při adaptaci na ně (challenge).“

„Rodinná hardiness se týká obvyklého přístupu rodiny k životním obtížím a toho, jaký typický vzorec rodina používá k hodnocení vlivu životních událostí a změn na rodinné fungování.“

V současnosti pracují výzkumy rodinné odolnosti s třemi složkami, **třemi dimenzemi** (subškály):

- **Commitment** (pocit klidu, odhodlanosti, 8 položek)
- **Challenge** (aktivita, přijímání výzev, 6 položek)
- **Control** (pocit kontroly nad událostmi, 6 položek).

Rodinní příslušníci hodnotí, jak dalece platí předložená tvrzení (na škále „neplatí“, „spíše neplatí“, „spíše platí“, „platí“).

Dle slov Sobotkové je tento dotazník v zahraničí poměrně hojně využíván.

4.5 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)

Dotazník byl vytvořen v roce 1981 autory McCubbinem, Olsonem a Larsenovou, zkoumá rodinné strategie řešení problémů (dopingové strategie) a chování rodiny v zátěžových situacích. Vychází z **modelu rodinné resilience**. Zvládající strategie jsou procesem proměnlivým v rámci životního cyklu rodiny a jsou ovlivňovány významy, které rodina událostem přisuzuje.


Schopnost rodiny zvládat zátěžové situace je ovlivněna řadou faktorů. Jejich pojmenování může být inspirací pro zaměření pomoci poskytované rodinám. Jedná se zejména o tyto **dimenze rodinného života**:

- Podpora uspokojivých vnitrorodinných podmínek pro komunikaci a rodinou organizaci,
- Posilování sebevědomí a nezávislosti členů rodiny,
- Upevňování rodinné soudržnosti,
- Rozvoj a ochrana podpůrné sociální sítě rodiny,
- Podpora kontroly nad vlivem stresů a množstvím změn v rodinném systému (viz Sobotková, 2003, s. 47).

Dotazník obsahuje pět subškál:

- Využití nejbližší podpůrné sociální sítě (9 položek)
- Přerámování (reframing), pozitivní přehodnocování (8 položek)
- Duchovní podpora (4 položky)
- Mobilizace rodiny k přijetí pomoci na úrovni širších sociálních systémů (4 položky – dobře uplatnitelné pro oblast sociální práce)
- Pasivní hodnocení versus aktivní přístup (4 položky) – tendence rodiny reagovat na zátěž únikem, vyhýbáním, pasivitou či spoléháním na náhodu, vysoké skóre svědčí o opačných, tedy aktivních strategiích zvládání.

Dotazník má celkem 30 položek popisujících určité chování. Odpovědi volí respondenti na pětibodové škále („nikdy“, „zřídka“, „někdy“, „často“, „vždy“).



5 Vybrané intervenční a terapeutické přístupy

Motto: „*Intervence znamená, že mezi jedince a krizi vstoupí prostředník, že ten, kdo se ocitl v krizi, od ní získá poněkud větší odstup, takže s ní bude schopen navázat kontakt – vývoj krizové situace se zastaví a je možné využít jejího potenciálu.*“ (V. Kastová)

Pro obecné pojmenování souboru postupů zacilujících prospěch a pomoc klientům se v praxi používá pojem **metody sociální práce**. Jak uvádí např. **Smutek** (2006), „někteří současní autoři navrhují, že problematice metod sociální práce by prospělo, kdybychom terminologické spojení metody sociální práce nahradili novějším a výstižnějším označením **typy intervence** (Levická, 2002).“

V současné anglosaské literatuře je pak **intervence** jen jednou ze součástí **praxe** (practice) sociální práce (vedle tzv. **procesu** – process). Pojem bývá v souvislosti se sociální prací definován různě. Na jedné straně je kladeno rovnítko mezi intervencí a všechny aktivity sociální práce, na druhé je pojem chápán úžeji jako soubor aktivit směřujících k cíli stanovenému dohodou o službě. Obecně však platí, že jakákoli efektivní intervence závisí na jasném porozumění procesu sociální práce a rozvinutí dovedností řízení tohoto procesu (s. 78).

Smutek uvádí pět možných **intervenčních rolí sociálního pracovníka** (dle Comptonové a Galaway, 1999):

- □□□□□□□ sociální prostředník (broker)
- □□□□□□□ uschopňovatel (enabler)
- □□□□□□□ učitel (teacher)
- □□□□□□□ mediátor (mediator)
- □□□□□□□ obhájce (advocate).

Autor doplňuje roli case-managera.

5.1 Sociální práce s rodinou a rodinná terapie

Představíme-li si obor **sociální práce jako „tavící kotel“** mnoha vědních oborů, z jejichž poznatků a teoretických konstrukcí si vybírá vše potenciálně využitelné k pomoci člověku a přetavuje to do vlastních praktických metod, pak o sociální práci s rodinou to platí dvojnásobně. **Sociální práce je oslavou eklektického přístupu.** Sociální pracovník ve snaze pomoci musí být schopen syntézy dostupných teorií, **integrace filosofí.** Bez této schopnosti nemůže vyvinout vlastní **interní teoretický rámec**, který je podmínkou systematické a čitelné praxe.

Z této úvahy automaticky vyplývá otázka, co by měl znát sociální pracovník rodinně zaměřený a jak se tyto znalosti a dovednosti liší od těch, které pro svou praxi potřebuje rodinný terapeut. Odpověď se částečně odvíjí od definice jeho role (viz výše). Ale, ať už pracovník pojímá sám sebe obecně nebo v rámci individuálního případu jako case-managera, sociálního prostředníka, obhájce, uschopňovatele či mediátora, jak se liší tato role od role rodinného terapeuta? Potažmo, **jak se liší metody sociální práce s rodinou či nověji typy intervencí od intervencí rodinně psychologických?** Oba odborníci, sociální pracovník i terapeut **cílí** ke stabilizaci rodiny, odstranění předloženého i skutečného problému, potlačení symptomů, pohodě jejích členů a rodinnému i individuálnímu rozvoji. Oba používají **rozhovor** jako ústřední podpůrný, léčebný a rozvíjející prostředek. Oba mají podobné sociálně-vědecké teoretické zázemí. Oba povětšinou pracují v obdobném hodnotovém kontextu. A v neposlední řadě, **oba čelí obtížné verifikaci účinnosti svých intervencí.** V této souvislosti může být zajímavé připomenout úvahy **J. Haleye** (in sborník Umění psychoterapie, 2005, s. 70) o **existenci terapie.** *„Existuje opravdu terapie v tom smyslu, že způsobuje změnu? Existuje vzájemný vztah mezi chováním terapeuta a žádoucí změnou klienta, anebo je terapie pouhou iluzí? ...Můžeme snadno dospět k názoru, že existuje reálná*

možnost, že terapeutické teorie jsou založeny na procesu spontánní remise a nesouvisejí s naší činností. Pokud tomu tak je, pak máme poměrně slušné výsledky a vysokou míru sebedůvěry (pozn. aut. na rozdíl od nás sociálních pracovníků), neboť víme, že způsobujeme změnu a máme souhlas našich kolegů i učitelů. A jak budou generace pokračovat, budeme přesvědčeni, že se koncepty zlepšují, třebaže budou v podstatě jen nabývat složitosti kvůli jistému množství chyb. K tomu všemu může dojít bez toho, že by naše terapie byla podmíněna terapeutickými intervencemi. Takovým nejistotám tedy čelím při své výuce i při vedení výzkumů terapie a její praxe. A aktuální jsou ještě dnes.“ **Tyto úvahy jsou dobře aplikovatelné i na oblast sociální práce.**

Teoretici sociální práce by jistě argumentovali odlišnými metodami i odlišnými dílčími cíli. Zejména v pojetí **sociálního pracovníka jako manažera změny**, jako zprostředkovatele odborných služeb. Na druhou stranu je nesporné, že **od sociální práce s rodinou je disciplína psychologie rodiny a rodinné terapie takřka neoddělitelná, vždyť i terapeut je manažerem změny**. Jak píše J. Kubička (2003, s. 77), „*Základním tématem terapie je změna. Rodina a terapeut o změnu usilují, zároveň se snaží některým změnám zabránit, popřípadě je pro ně změna prostředkem udržení stability: proto jsou teorie rodinné terapie vždy teoriemi změny. Teorie popisují, co se mění nebo měnit může, vysvětluje, jak k této změně dochází, a obsahuje v sobě hodnocení – jaké změny jsou žádoucí.*“ Stejně tak v sociální práci, a v sociální práci s rodinou. Sociální pracovník je „agentem změny“ a zároveň „agentem stability“.

Chápání vztahu mezi oběma obory se odráží v pojetí této práce a jejím strukturování. Psychologii rodiny a rodinnou terapii je možné pojímat jako jeden z mnoha teoretických a metodologických nástrojů uplatnitelných v praxi na pomoc rodině orientovaného sociálního pracovníka. Dá se předpokládat, že jejich alespoň bazální znalost a fundovaná praktická aplikace usnadní a zefektivní pracovníkovy snahy o zlepšení rodinné situace. Je proto namístě zdůraznit potřebu rozšířit, zintenzivnit a zkvalitnit přípravu sociálních pracovníků v oblasti psychologie rodiny a rodinné terapie, a to včetně praktických výcviků. Vždyť hlubší porozumění otázkám rodinného fungování, dynamiky i etiologie maladaptivních procesů a intenzivní nácvik vedení rozhovoru s pomáhajícím potenciálem je prostředkem nejen k efektivnější pomoci, ale i pomoci v kratším časovém rámci s menší mírou neproduktivních interakcí a tápání v podpurném procesu. S určitou mírou nadsázky by se mnohdy vzdělanost sociálních pracovníků zaměřených na pomoc rodině a sociálně-právní ochranu dětí dal přirovnat k práci dentisty, který, poučen o kazivosti chrupu, nemá k dispozici zubařské instrumenty či nezná jejich použití. Nicméně, rodinně orientovaný sociální pracovník není

rodinným terapeutem v klinickém slova smyslu. Sociální pracovník mezi ostatními pomáhajícími profesionály je v podstatě praktickým lékařem mezi specialisty. Jeho posláním není „jen“ pomoci rodině a jejím členům v interním fungování a pohodě, ale také v harmonizaci tohoto fungování s požadavky společnosti. Není příliš přehnané tvrzení, že sociální pracovník je vyslancem společnosti, ba dokonce misionářem jejích norem. Do pomoci rodině tak infiltruje i ochranu společenských pravidel a hodnot (konsensus většiny o optimálním fungování rodiny, včetně představy, za jakých podmínek má být členům rodiny „dobře“). A v tom spočívá onen na počátku nadnesený rozdíl mezi dvěma, tolik si blízkými, obory. Požadavek na znalost a užití poznatků rodinné psychologie a terapie jakožto jednoho z **nástrojů** sociální práce s rodinou nevyplývá z mezioborové neúcty a není v rozporu s vědomím toho, že oblast psychologie včetně rodinné má (alespoň ve výzkumné a metodologické sféře) před sociální prací náskok. Je obdobou užití kybernetických teorií v rámci společenských disciplín. Proto je v druhé polovině teoretické části diplomové práce zaměřené na možné přístupy k pomoci ohroženým rodinám zvolen postup od stručného úvodu do vybraných rodinně psychologických teoretických přístupů jako možných zdrojů inspirace pro nahlížení na rodinu i praktickou práci s ní, přes modely sociální práce s rodinou na ose prevence-intervence, po stručný popis existujících služeb jakožto aplikace teoretických východisek za daných společenských podmínek.

Pro přehlednost uvádím toto schéma v bodech:

- 1. vybrané, v sociální práci s rodinou aplikovatelné rodinně terapeutické a intervenční přístupy**, kde cílem není komplexně popsat dané teoretické modely nebo preferovat některý z nich, ale poukázat na ty **podněty, které mohou být prospěšné rodinně orientovanému sociálnímu pracovníkovi**,
- 2. modely sociální práce s rodinou**, ve kterých se nutně dané teoretické modely odráží, hierarchizované na schématu primární prevence, sekundární prevence (raná péče), intervence (sanace),
- 3. sociální služby pro rodinu na území hl. m. Prahy**, jako syntéza rodinných a individuálních potřeb a intervenčních přístupů v praxi.

Termín rodinná terapie zahrnuje mnoho různých terapeutických přístupů. Mnoho z nich, jak upozorňuje například Satirová (2007, s. 15), přesto zůstává orientována na pomoc jednotlivým členům rodiny jako prostředku obnovy optimálního fungování jednotlivce, a rodiny. Podle Satirové se pod pojem „rodinná terapie“ dají zahrnout také přístupy, kde:

- a) má každý člen rodiny svého vlastního terapeuta (může se objevovat například v případech domácího násilí, v případech CAN),

- b) rodina využívá pomoci jednoho terapeuta, ale každý člen zvlášť (viz např. Yalom),
- c) terapeut se příležitostně setkává s celou rodinou, pokud má za to, že je to ku prospěchu tzv. identifikovaného pacienta (časté například v případech delikvence, neurotických poruch, poruch příjmu potravy apod. u mladistvých).

Tyto přístupy pak jsou stavěny do protikladu k přístupům považujícím rodinu za samostatnou jednotku a zdraví a společenskou adaptaci jejích členů za výsledek vnitrorodinných interakcí. Z dostupné současné literatury je však zřejmé, že systémové nahlížení na rodinu začíná být v pomáhajících profesích obecně přijímaným postulátem, a že i v podstatě „opoziční“ teorie (hlubinně orientované, behaviorální) byly nuceny jej alespoň zčásti integrovat.

Přístupy k rodinné terapii lze jistě klasifikovat z různých úhlů pohledu. Cílem následujícího textu není však klasifikace těchto přístupů, ani jejich vyčerpávající výčet či podrobná analýza jednotlivých směrů. Cílem není ani kritické vymezení se vůči některým z nich či obhajoba jiných. Příprava části věnované vybraným rodinně terapeutickým přístupům byla vedena snahou o vytvoření „ochutnávky ingrediencí“, použitelných v „tavicím kotlíku“ sociálního pracovníka zaměřeného na pomoc rodinám.

5.1.1 Behaviorálně orientovaná rodinná terapie

V behaviorální rodinné terapii se vychází z předpokladu, že porucha ve funkcích rodiny může být důsledkem nevyhovující „*směny chování*“ (Langmeirer, Balcar, Špitz, 2000, s. 184) mezi jednotlivými jejími členy. Příčinou neuspokojujících interakcí pak může být neznalost či nedostatek dovedností v oblasti rodinného soužití. Zároveň tento přístup předpokládá, že lze tyto dovednosti získat v **procesu učení**, stejně jako je možné odnaučit se prvkům nefunkčním či patologickým. V terapeutickém „přeučování“ patologické interakce lze využít jednak schopnosti člověka učit se **pozorováním**, tj. podle pozitivního vzoru, jednak učit se **podmiňováním** (averzivními či odměňujícími následky). Uplatňované intervence vycházejí z prováděné **funkční analýzy**, tj. zkoumání, jakou má v rámci rodiny problematické chování či symptom úlohu, funkci. Dle Libermana (In ibid., s. 186) je cílem terapeuta ve spolupráci s rodinou:

- „*určit přesně poruchový projev,*
- *stanovit realistický cíl – alternativní vhodné chování,*

■..... *řídít a vést rodinu tak, aby změnila vzorec svého sociálního zpevňování tak, aby namísto poruchových projevů byly zpevňovány projevy optimální“.*

Funkční analýza problému hledá odpovědi na dvě základní otázky. Za prvé, jaký projev (chování) je pro rodinné fungování dysfunkční a škodlivý, potažmo který má být za podpory terapeuta odstraněn. Za druhé, které z rodinných interakcí či externích vlivů tyto nežádoucí projevy (chování) podporují a pomáhají udržovat problém. Z výsledku funkční analýzy se pak odvozují intervence. V terapeutickém procesu dominuje snaha o substituci problémového chování či interakcí za chování a interakce optimálnější. Předpokládá se, že problematické vzorce, které v rámci rodinných „výměn chování“ přestávají být zpevňovány a posilovány, samovolně vyhasínají. Navržené změny v rodinných interakcích bývají rodině ukládány v podobě **domácích úkolů** (často současně s vedením záznamů o jejich plnění). Mezi techniky behaviorální terapie patří například nácvik čitelné a přímé komunikace, výcvik v řešení problémů, operantní podmiňování žádoucího chování či technika rodinné úmluvy. Ve všech postupech je oproti individuální behaviorální terapii kladen důraz na vzájemnost a optimalizaci rodinného fungování z hlediska všech zúčastněných členů rodiny. Role terapeuta může spočívat v poskytování pozitivního vzoru a jako „zdroje pozitivního zpevnění“, může vystupovat jako „učitel“ či „trenér“ rodiny.

Pro sociální práci s rodinou může být inspirativní technika **výcviku rodiny v řešení problémů**. Filosofie této techniky spočívá v přesvědčení, že pro budoucí fungování rodiny je výhodnější posílit její obecnou schopnost samostatně řešit problémy, než jí pomoci s řešením jedné konkrétní obtíže aktuální. Získané dovednosti rodina může uplatnit kdykoli později. Rodina je v průběhu terapie vedena k organizaci pravidelných schůzek mimo sezení a zacvičována v jejich praktickém vedení a průběhu, a to zejména prostřednictvím posilování efektivní a racionální rodinné komunikace. Terapeut poskytuje vzory optimální komunikace a strategie řešení. Cílem je podpořit rodinu v kooperaci, tj. ve společném plánování a realizaci řešení problémů, kterým čelí. Rodinám bývá nejčastěji doporučován následující postup:

1. dosažení shody členů rodiny o podobě problému a cíli řešení,
2. navržení co největšího počtu možných řešení (např. metodou brainstormingu),
3. pojmenování výhod a nevýhod navrhovaných řešení,
4. společný výběr řešení z hlediska rodiny nejvýhodnějšího,
5. vypracování plánu realizace řešení,

6. zhodnocení řešení.

Společně s terapeutem pak rodina zhodnocuje proběhnuvší schůzky a realizované kroky. V případě vážných krizí terapeut do řešení problémů zasahuje a poskytuje rodině vlastní podněty a návrhy. Součástí techniky je i praktický nácvik komunikačních dovedností a posilování aktivního přístupu k obtížím.

Behaviorálně zaměřená rodinná terapie a její techniky mohou být inspirativní například v oblasti preventivních programů pro potenciálně ohrožené rodiny a programů rané péče. Prostřednictvím systematického učení a direktivnějšího vedení lze např. podpořit rozvoj praktických dovedností v péči o dítě u mladistvých či osobnostně a jinak nezralých nastávajících rodičů (např. rodiče, kteří sami prošli ústavní výchovou). Může být také uplatněn u rodičů zanedbávajících péči o děti spíše z důvodu nedostatku kompetencí než z důvodu absence pozitivní citové vazby. Takový přístup se dá dobře předpokládat v případech pomoci matkám např. v aktivizačních programech v rámci programů realizovaných v porodnicích, kojeneckých ústavech či jako jedna z technik home-visitingových a sanačních programů. Uplatněn může být i v případech předrozvodových, rozvodových a porozvodových situací jako prostředek optimalizace rodičovské komunikace v oblasti péče o společné děti a styku těchto dětí s oběma rodiči.

5.1.2 Experienciálně-komunikační přístup

Motto: „*Změna je možná vždy. Vnitřní změna je možná, i když je omezena změna vnější*“.

V. Satirová

Do tohoto přístupu bývá zařazován jednak směr experienciálně-tvarový W. Kemlpera a směr experienciálně-komunikační V. Satirové. V obou směrech je kladen důraz na jasnou, otevřenou a konstruktivní komunikaci. Následující text stručně popisuje druhý z uvedených přístupů. V modelu V. Satirové je jedním z cílů terapeutického procesu růst osobní zralosti členů rodiny, prostřednictvím podpory vzájemného sdílení nevyřčených citů a informací. V. Satirová byla jedna z prvních praktiků, kteří si začali zvat členy rodiny ke společnému setkání. (Conjoint family therapy, 1964), vztahové dění se stalo součástí terapie.

Podle Satirové je mnoho dysfunkcí v rodině způsobeno poruchou rodinné komunikace a poruchami sebehodnocení a hodnocení druhých. V takové rodině pak její členové prožívají permanentní pocity ohrožení, rodina neposkytuje potřebné bezpečí a zázemí. Terapeut je expertem, „učitelem“ správné komunikace. Prostředkem k tomu mu je zejména vlastní příklad. Důležitým předpokladem takovéto „výuky“ je vřelé přijetí všech členů rodiny

terapeutem. Terapeut sezení strukturuje otázkami směřovanými všem členům rodiny včetně dětí. Langmeier, Balcar, Špitz (2000, s. 196) uvádějí základní myšlenky tohoto přístupu.

1. Myšlenka individuality – v rámci terapeutického procesu je kladně přijímána a podporována jedinečnost každého člena rodinného systému. Odlišnost je chápána jako hodnota.
2. Myšlenka komunikace – terapeut prakticky ukazuje rodině možnost a výhody konstruktivní komunikace.
3. Myšlenka rodičovského utrpení
4. Opětovná myšlenka individuality – terapeut opakovaně připomíná a vyzdvihuje rozdílnost jednotlivých členů rodiny a poukazuje tak na oprávněnost jejich rozdílného prožívání a chování. Toto prožívání zprostředkovává ostatním.
5. Myšlenka odlišnosti postojů rodičů vůči dítěti.
6. Myšlenka nutnosti komunikovat city – vychází z přesvědčení, že lidé častěji komunikují na základě svých chybných očekávání a představ, protože svá skutečná prožívání a potřeby se bojí vyjavit.

Terapeutický přístup V. Satirové se odvíjí od základní myšlenky, že jedním z hlavních zdrojů poruch ve vývoji dítěte je dysfunkční partnerský vztah. Slovy autorky (1967, s. 15), **„dysfunkční partnerský vztah produkuje dysfunkční vzorce rodičovského chování“**. Prostředkem pomoci dítěti je tedy zejména náprava rodičovského vztahu. Jeho kvalita hraje v rodičovství klíčovou roli. Negativní a nefunkční vzorce v partnerské komunikaci jsou z velké části způsobeny pokřiveným sebevědomím a sebeúctou, které si nesou partneři z primárních rodin. Cílem terapie je pomoci členům rodiny ke kongruenci a vysoké sebeúctě. Podle Satirové je vliv povahy partnerského vztahu rodičů na rozvoj dítěte natolik silný, že je potenciálně schopen spolupůsobit při vzniku psychopatologických a sociálně-patologických rysů jeho osobnosti. Dítě se pak skrze nejrůznější symptomy stává identifikovaným pacientem. Symptomy jednak vypovídají o bolestné snaze dítěte o řešení rodinné situace a převzetí části rodičovského utrpení, jednak jsou z hlediska rodinného systému funkčními nástroji pro udržení jeho homeostázy.

Terapeutická přesvědčení V. Satirové jsou přehledně uvedeny v publikaci „Model růstu“, kterou vytvořili její celoživotní spolupracovníci J. Banmen, M. Gommoriová, J. Greberová (2005, s. 23). Tyto předpoklady mají sílu stát se filosofií, desaterem obdobně orientovaného

sociálního pracovníka. Pomohou mu věřit v pozitivní změny a zdroje rodiny, přijímat rodiče a nepolevovat v pomáhajícím úsilí i v kritických situacích podpůrného procesu. Proto jsou zde citovány:

- 1. „Změna je možná VŽDY. Vnitřní změna je možná, i když je omezena změna vnější.**
- 2. Rodiče dělají věci tak, jak v danou chvíli nejlépe dovedou.**
- 3. Všichni máme své vnitřní zdroje potřebné k úspěšnému „zacházení se sebou“ a růstu.**
4. Máme možnost volby – především ve smyslu vědomé odpovědi na stres namísto pouhého reagování na situaci.
- 5. Terapie se má zaměřit na zdraví a možnosti, ne na patologii.**
6. Naděje je zjevnou a nedílnou součástí procesu změny.
7. Lidé se sjednocují na základě podobnosti a rostou na základě rozdílnosti.
- 8. Hlavním cílem terapie je stát se tím, kdo za sebe rozhoduje.**
9. Všichni jsme projevem téže Životní síly.
- 10. Většina lidí volí to, co zná, namísto pohodlí, zvláště ve stresových situacích.**
11. Problém není problém. Coping je problém.
12. **Lidé jsou od podstaty dobří.** Na to, aby se spojili a ocenili svou vlastní hodnotu, musí nalézt svůj vnitřní poklad.
- 14. Rodiče opakují rodinné vzorce, které dostali jako děti, a to i přesto, že jsou tyto vzorce často disfunkční.**
- 15. Nemůžeme změnit minulost. Můžeme změnit její dopad na nás.**
- 16. Přijetí a ocenění našich minulých krůčků kupředu zvyšuje naši schopnost zvládat přítomnost.**
17. Jedním z cílů na naší cestě k celistvosti je přijmout rodiče jako lidi a setkávat se s nimi na úrovni lidství, nikoli na úrovni rolí.
18. Coping je projevem úrovně naší vlastní hodnoty. Vyšší sebehodnota znamená plnější coping.
19. Vnitřní lidské procesy jsou univerzální, i když se odehrávají v různých situacích, kulturách a za různých okolností.
20. Proces je cesta a možnost změny. Obsah formuje kontext, ve kterém se změna může uskutečnit.
- 21. Hlavním cílem Modelu růstu je kongruence a vysoká sebeúcta.**
- 22. Zdravý lidský vztah stojí na rovnocennosti.“**



5.1.3 Krátká terapie

Motto: „*Můžete koně přivést k řece, ale nedonutíte ho pít.*“ (I. Kim Bergová)

Název přístupu se nevztahuje pouze k časovému rámci terapeutického procesu, ale představuje rovněž určitý směr v terapeutické praxi. Vznik tohoto směru je spojen s **Mental Research Institutem v Palo Alto**, s jeho na problém orientované krátké rodinné terapii. V tomto přístupu je ústřední přesvědčení, že vytváření a udržování problému má podobu začarovaného kruhu, ve kterém „řešící“ chování ve skutečnosti problém upevňuje. Cílem terapie je změna chování, která přeruší začarovaný kruh a podníká řešení problému. Rodina přichází do terapie s přáním změny, neboli **objednávkou**, a uzavírá s terapeutem kontrakt – **zakázku**.

Odlišným pojetím krátké terapie je **terapie zaměřená na řešení** podle de Shazera (1985, 1988, 1991), působícího v **Centru pro krátkou rodinnou terapii v Milwaukee**. Důraz je kladen na přizpůsobení se možnostem rodiny a jejího prostředí. Terapeut akceptuje rodinou přednesený aktuální problém, terapie je zaměřena na jeho řešení. Důležitým je předpoklad, že minimální pozitivní změna může mít lavinovitý efekt v dalších oblastech života klientů/rodin. Typickými terapeutickými nástroji jsou **měřicí otázky** a **záračná otázka**.

Tento přístup aplikuje do své praxe rovněž **I. Kim Bergová**. Její přístup je velmi dobře využitelný v praxi sociálního pracovníka zaměřeného na pomoc ohroženým rodinám i rodinám vůbec. Ve své knize „**Posílení rodiny – příručka krátké terapie**“() předkládá svůj koncept pomoci rodinám přístupným, na praxi zaměřeným způsobem. Pro jeho inspirativní přínos a pozitivní a respektující orientaci se o něm zmíním podrobněji.

Kim Bergová vychází z dlouholeté praxe v tzv. **Family Based Service (FBS)**, specializované službě péče o děti zaměřené na práci s celou rodinou. Základní filosofií je zde přesvědčení, že nejlepší pomocí dítěti je rozvoj a posílení jeho **rodiny jako celku**, oproti tomu vytržení dítěte z rodiny je považováno za traumatizující bez ohledu na rodinnou situaci. Jak píše Kim Bergová (s. 6), „*klinické zkušenosti často ukazují, že i děti hrubě zneužívané a zanedbávané touží po svých rodičích a chtějí „domů“..... Nejen že snaha ochránit děti před špatnými rodiči ústí do trápení dětí, ale také čím déle jsou od sebe odděleni, tím těžší je dát znovu dohromady.*“ Přístup se snaží o rozvoj a posilování existujících vztahů mezi rodiči a dítětem na jedné straně, na druhé se snaží o podporu kompetentního rodičovského jednání. Kim Bergová je zastánkyní tzv. **terapie zaměřené na řešení** (vycházející z přesvědčení, že jednodušší a přínosnější je konstruovat řešení, než odstranit problém), ovšem v **systémovém, interakčním kontextu** (např. „*zkušený pracovník ví, že na otázku „Co je v tomto případě*

problémem?“, může být nejméně tolik odpovědí, kolik je lidí zapojených do případu.“). Její koncept vychází z přesvědčení, že i klient, respektive rodina velmi špatně adaptovaná, čelící mnoha obtížím a patologiím, má ve skutečnosti mnoho uvolnitelných vnitřních zdrojů a silných stránek. A to i v případech, kdy rodina vstupuje do terapie na základě nařízení odpovědného orgánu a dá se u ní předpokládat nedostatek motivace ke změně: „*Věřím, že je možno „léčit“ nařízené případy tak, že pracovník zaměří svůj pohled na klientčiny přednosti spíš než na její nedostatky, hledá výjimky z problému, pomáhá konstruovat jinou budoucnost pomocí „zázračné otázky“ a staví malé, dosažitelné cíle.*“ Autorčin popis **programů Family Based Service** (také zvaných Pomoc domovu, Posílení rodiny, Pomoc v domě) může být příkladem dobré praxe a inspirací pro rozvoj či konstrukci služeb pomoci rodinám. Proto zde souhlasně s autorkou předkládám jejich základní charakteristiky:

- Základním posláním je poskytovat **pomoc rodině jako celku** s cílem ochránit ji posilováním bezpečí jejich členů.
- Poskytovaná **služba je intenzivní, bezprostřední a orientovaná na cíl.**
- Službu poskytuje **tým pracovníků** (často sestavený z člověka pověřeného případem, pracovníka a terapeuta z pomocné skupiny, jako jsou pomocníci v domácnosti, pečovatelky apod.) Po období, potřebném k hodnocení, jsou postaveny jasné cíle, plán postupů, a plán časový. Klienti se účastní každé fáze od počátku do konce.
- Většina péče je poskytována klientům **doma**, ačkoli některé programy nabízejí příležitost k návštěvě střediska.
- Některé programy **kombinují** všeobecné **služby a specializovanou pomoc** pro případy sexuálního zneužívání, zneužívání drog a alkoholu či fyzického násilí.
- FBS je určena, aby odpověděla na **individuální potřeby každé rodiny**. Proto je přístup k pomoci upraven každé rodině na míru.
- Tým je sestavován podle potřeb konkrétní rodiny a frekvence konzultací závisí na průběžné potřebě.

V pojetí Kim Bergové je pracovník klientovým/klientčinyým souputníkem („*klientka je ve středu obrazu, když se snaží řešit svůj problém. Když je někdo částí obrazu, je pro něj těžké vidět obraz celý. Ale vedle stojící pracovník celý obraz vidět může.*“ (s. 108)). Na dítě a jeho rodinu se nahlíží jako na **zdroje, z nichž změna vychází**. Dalším znakem je **zaměření na rodinnou interakci** a její nosný význam pro pohodu všech rodinných členů, přesvědčení, že pokud nastane změna v obsahu interakcí mezi členy rodiny, „*vznikne tak příležitost ke změně pro jednotlivého člena, a když se změní jednotlivec, je na oplátku ovlivněn celý zbytek rodiny.*“

„V tradičním modelu musí jedinec být nejdříve v pořádku, než nastane změna, zatímco v interakčním modelu se může jedincovo chování změnit jako odpověď na změny nastalé mimo něj. Je zjevné, že ve srovnání s tradiční individuální psychologií interakční přístup má tendenci být optimističtější vůči možnostem změny.“

Dalším teoretickým východiskem je zkušenost, že lidé jiné věci dělají a jinak prožívají, hledají-li řešení, než co dělají a prožívají, zaměřují-li se na problém. Proto terapeuti SFT pátrají po řešeních, které klienti v minulosti úspěšně využili a snaží se je vést k jejich opakované aplikaci: *„je snadnější opakovat dříve úspěšné způsoby chování, než se pokoušet zastavit či změnit probíhající symptomatické nebo problematické chování.“* (s. 13). Velká pozornost je rovněž věnována tzv. **výjimce z problému**, hledání malé změny ve stabilitě problémového stavu. Tato výjimka, okamžik, kdy věci fungují, kdy není přítomen symptom, problémové chování nebo interakce, je v modelu Kim Bergové pojímána jako **klíč k nalezení řešení**. *„Výjimka znamená dobu, kdy problém není.“* (s. 59)

Autorka zdůvodňuje: *„Je snadnější rozšířit již existující výjimku, jakkoli malou, než vytvářet něco do té doby neexistujícího.“* Tak v případě pomoci rodině selhávající ve svých funkcích ve vztahu k dítěti bude terapeut pátrat (a nalézat) období, kdy rodiče v péči a v zajišťování bezpečí dítěti uspěli. Na výjimky z problému je však třeba se klientů důsledně tázat a systematicky po nich pátrat, klienti nejsou zvyklí je předkládat, většinou je považují za příliš nepatrné ve srovnání s množstvím a šíří problémů, kterým čelí. Ze stejného důvodu může terapeut rozebírat s rodinou den s tím, co jej dělá dobrým oproti dni špatnému a pak se snažit podpořit rodinu v opakování pozitivního. *„Jakmile již klientka učinila pozitivní, k cíli vztahové změny, úkolem pracovníka je zesílit je, podpořit a pomoci klientce opakovat pozitivní změny, které sama od sebe učinila.“* (s. 13). **Změna** je ústředním pojmem jak v teorii, tak v praktickém vedení terapeutického rozhovoru. (Pozn. Kim Bergová důsledně používá pojem „klientka“ v ženském rodě, její koncepce vyplývá ze spolupráce s téměř výhradně osamocenými matkami. V souladu s cíli diplomové práce používám pojem „klient“ pro oba rody kromě míst, která jsou přímou citací autorky).

Tak jako strategie řešení vyplývají z přirozeného nastavení a zdrojů klientů, také **definice cílů** terapeutické spolupráce musí vycházet z jeho potřeb, pak je může klient/rodina snadněji přijmout. Slovy Kim Bergové, *„jestliže je řešení tvořeno zevnitřku systému, je spíše přijatelné, protože je přirozenou součástí rodinného systému“* (s. 16). Tyto cíle by měly být jasné, dobře formulované a dostatečně konkrétní. *„Nejasné cíle vedou k dlouhodobému kontraktu.“* (s. 46).

K pojmenování cílů a hledání řešení slouží hojně užívaná „**Zázračná otázka**“:

„Představte si, že jedné noci nastal zázrak a problém, který vás přivedl do naší péče, je vyřešen. Zatímco spíte, nevíte, že zázrak nastal. Co myslíte, že pro vás bude ráno znamením, že během noci došlo k zázraku?“

Užitečné je **rozvinutí zázračné otázky**:

„Na čem můžete předvést, že zázrak nastal? Na čem ještě? Ještě?“

„Když to uděláte, čeho si prvního všimnete, že je s vámi jinak?“

„Kdo bude první, kdo si všimne, že se na vás něco změnilo ten den po zázraku?“

„Až tohle uděláte, co bude u vás doma vypadat jinak?“, „Až to uděláte, čeho prvního si všimnou vaše děti, že je doma jinak?“

„Co jiného budou dělat děti?“ Co ještě? Ještě něco?.....“

Další terapeutické strategie jsou obsaženy v následujících třech pravidlech:

1. Nespravuj, co není rozbité.

2. Dělej víc toho, co funguje.

3. Když to nefunguje, nedělej to, dělej něco jiného.

Při popisu navazování terapeutického kontaktu používá Kim Bergová termín „**připojení**“ jako procesu nastolení důvěry a spolupráce mezi terapeutem a rodinou. K tomuto procesu (i pro další terapeutickou práci) je vhodné uvést některá její **doporučení, uplatnitelné v praxi**:

- „Opusťte profesionální žargon.“
- „Namísto očekávání, že klient přijme váš způsob uvažování a jednání, se snažte přistoupit na jeho způsob myšlení a jednání.“
- „Během raných fází vaší práce často vyjadřujte komplimenty za cokoli pozitivního, co klient dělá.“
- Dbejte na správné načasování dotazů na historické informace.
- Systém postojů, hodnot, priorit veřejných institucí je velmi vzdálený klientovu systému. Není divu, že se otevře propast....“
- „Chceme-li změnit obtížnou situaci na takovou, která klientovi pomáhá, obvykle musíme hledat cesty, jak vytvořit prostředí, v němž se může klient cítit bezpečně, oceňován a pod vlastní kontrolou.“
- „Formulujte otázky tak, aby klient rozvíjel své uvažování a vlastní nápady.“
- Otázky typu „proč“ navozují obvinění, obvykle toho, kdo je tázán.

S již uvedenými předpoklady souvisí také důraz na **zplnomocnění** klientů/rodiny vycházející z přesvědčení, že klient/rodina jsou kompetentní rozhodovat, co je pro ně dobré a že jsou schopni problémům čelit a řešit je.

Praxe zplnomocnění má následující rysy (s. 44):

- □□□□□□ Základní přesvědčení, že vztah pracovníka a klienta je **spolupráce**.
- □□□□□□ To znamená, že klient je schopen rozeznat, co je pro ni a její rodinu dobré.
- □□□□□□ Předpoklad, že klient je schopen řešit problémy a v minulosti již problémy řešil.
- □□□□□□ Společné **cíle určuje** a specifikuje **klient**.
- □□□□□□ Klient se účastní postupu pomoci a výběru možností, které se pro něj hodí, jelikož je brán jako **expert** na to, co je dobré pro jeho rodinu i pro něj.
- □□□□□□ Vyjádřením těchto předpokladů je **technika oceňování**.
- □□□□□□ Důraz na **výjimky z problému** předpokládá, že klient skutečně řeší problém sám.
- □□□□□□ **Rozhovory** jsou určeny k odhalení takových **řešení** a jejich úspěchů.
- □□□□□□ Určit konec kontaktu je povolána klientka.
- □□□□□□ Tento přístup respektuje klientčinu autonomii a osobní, rodinné, kulturní rozdíly a je proto minimálně zasahující.

Důležitou částí práce je podpora pocitu kontroly nad vlastním životem. Podíl klientů na stavění cílů a hledání řešení jim poskytuje možnost zasáhnout do předurčeného běhu jejich života. Naproti tomu rozhovory o pocitech a pátrání v minulosti není podle Bergové až tak přínosné, neboť „*porozumění pocitům a získaný náhled na minulost budoucnost nemění.*“ (s. 52). Terapeutickou strategií je i zaměření na aktivní jednání klientů v souvislosti s řešením. Toto zaměření se důsledně užívá v rámci podpůrného rozhovoru: „*Kdykoli je to možné, směřujte rozhovor k budoucímu jednání použitím slov orientovaných na činnost, jako jsou: „Takže co potřebujete udělat, abyste jste se mohla cítit lépe?“*

Kromě **dotazů na úspěchy v minulosti**, **dotazů na výjimky z problému** a **zázračné otázky** patří ještě do repertoáru krátké terapie **otázky měřící** a **otázky na zvládnání**.

Měřící otázky nechávají klienta zhodnotit určitý jev například na desetibodové škále. Mohou být užity ke zhodnocení klientčiny sebedůvěry a sebeocení, touhy po změně, chuti tvrdě pracovat, stanovení priorit, procenta naděje, zhodnocení vývoje.

Cílem **otázek na zvládnání** je pomoci klientovi či rodině objevit její vlastní zdroje a silné stránky, o kterých zatím neví, že je má. Jsou důležitým podpůrným nástrojem a mají terapeutický efekt.

Při výběru intervencí Bergová doporučuje postupovat od nejjednodušší a nejsnadnější aplikovatelné v daném případě, a zároveň tu, „*kteřá nejvíc ochraňuje.*“

(101-115): **Intervence:**

1. Obdiv
2. Porady během sezení
3. Znornálnění
4. Iluze volby
5. Přeznačkování
6. Všímat si toho, co je dobré
7. Zvnějšnění problému – čert to spískal
8. Rozštěpení (týmu)
9. Změny malých částí rodinných způsobů
10. Tajná míra
11. Tajné poselství
12. Předstírání, že zázrak nastal
13. Růžový slon
14. Úkol předvídat

Krátká terapie podle Kim Bergové může být sociálnímu pracovníkovi zaměřenému na pomoc ohroženým rodinám přínosná dvojím způsobem. Jednak svým nehodnotícím přístupem k rodinám i jednotlivcům, orientací na řešení a na pozitivní aspekty života rodin spíše než na odhalování a odstraňování aspektů problematických, dysfunkčních či patologických. Ústředními body jsou víra v obrovský ozdravný a rozvojový potenciál rodin sebevíc problematických a definice role pomáhajícího pracovníka jako facilitátora aktivizace rodinných zdrojů a sil pro naplnění toho potenciálu. Druhým přínosem je praktická aplikace těchto východisek. Zjednodušeně se dá konstatovat, že u Bergové nacházíme syntézu a rozvinutí humanitních a systemických přístupů nejen v teoretickém rámci, ale rovněž v metodách intervence. Protože schopnost takové syntézy a její aplikace může být pro rodinně orientovaného sociálního pracovníka inspirativní, jsou v této kapitole častěji uvedeny konkrétní příklady a citovány konkrétní formulace jako modely aplikovatelné v rámci podpůrného rozhovoru.

5.1.4 Strategická terapie

Slovy **J. Kubičky** (2003, s. 79) „*Strategický přístup vidí terapii jako řadu postupných kroků na cestě od jednoho typu abnormální organizace k jinému typu, dokud není dosaženo normálnější organizace. Pro strategický přístup jsou ústředními dvě otázky: „Jak symptom*

„pomáhá rodině udržovat homeostázu nebo překonat krizi?“, „jak může být symptom nahrazen efektivnějším řešením problému? Cíle terapie je odstranit chování, v kterých „řešení je problémem“.

Mezi základní techniky strategického přístupu patří přerámování a paradoxní intervence. Přerámování umožňuje novou definici problematického chování nebo situace, dostane jiný význam, jiný rámec a jinou konotaci. Podmínkou užití paradoxní intervence je jasná definice problému a zaměření terapie na jeho odstranění. Terapeut se pak snaží zpochybnit perspektivu, v níž je původně problém rodinou nahlížen. Aplikuje pak paradoxní instrukci, například předsání symptomu.

Ve strategické terapii je kladen důraz na aktivitu a zodpovědnost terapeuta. Tato terapeutova expertní role je přijatelná právě v případě jasně popsaného problému a koncentraci rodiny na jeho potlačení. Tento přístup klade vysoké nároky na kreativitu pracovníka.

5.1.5 Strukturální (strukturní) rodinná terapie

Tvůrcem tohoto přístupu je **S. Minuchin**, který definoval rodinnou strukturu jako *„neviditelný soubor funkčních požadavků, které organizují způsob, jakým členové rodinného systému interagují.“* S. Minuchin pracoval s rodinami v chudinských čtvrtích na periferiích velkoměsta. Tyto rodiny každodenně zápasily o přežití, čelíce mnoha problémům.

Terapeutický přístup Minuchina byl na základě této zkušenosti koncentrován na **řešení konkrétních problémů**, zasazených v bezprostřední skutečnosti a souvisejících s aktuálním společenským kontextem. Důležitým pojmem je v tomto konceptu **„rodinná struktura“**, jako soustava pravidel, podle nichž se členové rodiny vztahují k sobě navzájem. Tyto pravidla pak určují typy a rozdělení praktických činností, resp. operací, které mají přímý vliv na plnění či neplnění funkcí rodiny. Rodinná struktura se manifestuje na opakujících se rodinných vzorcích chování. Mezi důležité pojmy tohoto přístupu patří: hranice, vazba, moc. **Hranice** slouží k vyčlenění rodinných subsystémů (rodičovských, sourozeneckých) a k vymezení se rodiny jako celku vůči systémům externím. Hranice mezi subsystémy i mezi rodinou a vnějším světem mohou být různé povahy. Aby rodina optimálně fungovala, měly by být hranice jasné a přitom komunikačně propustné a flexibilní. Naopak u rodin dysfunkčních nalézáme hranice buď strnulé, rigidní, neschopné se přizpůsobovat například změnám souvisejících s vývojem rodiny během jejího životního cyklu, nebo hranice „propletené“, nejasně vyznačené, kdy dochází k prolínání rolí či jejich záměně. K „propletení“ dochází např. tam, kde se rodičovské konflikty řeší zapojením dětí, vytvářením patologických koalic a

přenášením zodpovědnosti na děti ve věcech, které jim nepřísluší. **Vazby** jsou z pohledu strukturní teorie nahlíženy jako „spojení nebo opozice jednoho člena systému vůči druhému při výkonu nějaké činnosti“ (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 207).

Z diagnostického a terapeutického hlediska jsou důležité zejména pojmy:

- **Aliance** – úzký vztah mezi dvěma členy systému, který je oddaluje ostatním (funkční jsou například aliance mezi rodiči navzájem a sourozenci navzájem).
- **Koalice** – patologicky silná vazba mezi dvěma členy rodiny proti dalšímu (např. matka-syn versus otec).

Jako patologické jsou označovány typy vazeb jako „**stálá koalice**“, „**triangulace**“ a „**koalice oklikou**“.

Například triangulace je jednou z podob tzv. „rigidní triády“, která je popsána následovně: **Pojmy slovník rodinné terapie Simon B. F., Stierlin H., Konfrontace, 1995:(160):**“ Rigidní triáda je konfigurace ve vztahu mezi rodiči a dětmi, ve které slouží dítě k řešení konfliktů rodičů.“ Ve všech takových konfiguracích je přítomen otevřený nebo skrytý rodičovský konflikt. V „triangulaci“ se snaží každý rodič získat pro sebe podporu dítěte proti druhému rodiči. V koalici „dítě-rodič“ se postaví jeden rodič v konfliktu mezi dítětem s druhým rodičem na stranu dítěte, čímž vznikne mezi koaličními partnery silná vazba. U triád, které slouží k „převedení konfliktu“ je dítě buď označeno jako „zlé“ nebo „nemocné“, a to nutí rodiče držet pospolu.“

Terapeutickým cílem je pozměnit vztahovou strukturu rodiny v oblastech, která je poruchová. Na počátku terapie je důležitým tzv. **připojení se** k rodině (joining), zajišťující přijetí terapeuta rodinou. Připojení se skládá ze dvou částí: podpory pocitu hodnoty u všech členů rodinného systému, nestrannosti; a z vyladování terapeuta na potřeby rodiny a orientaci v rodinné hierarchii a hodnotách. Poté, co terapeut zjišťuje, jak se v rodině „věci dělají“, nabízí ji alternativní způsoby řešení, funkčnější způsoby chování. Cíle terapie je restrukturalizace rodiny vstříc funkčnějším, méně patologickým vazbám a bariérám.

5.1.6 Systémový přístup

Motto: *„Rodina je systém, je v ní proto zabudována schopnost sebe-záchovy, sebe-opravy. Narušený rodinný systém má tendenci znovu obnovit svou normální funkci. Většina krizí se tak vyřeší bez zásahu. Teprve v případech, kdy síly rodiny nestačí, otevírá se prostor pro vnější zásah.“ (Z. Matějček)*

Vznik systemicky orientované rodinné terapie je spojován s tzv. **Milánskou školou** (**M. Selvinni-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin**, 1975, 1980). V prvním období byl milánský přístup obdobou přístupu strategického, pod vlivem **Batesonových** teorií zde byl konstruován model **systemické rodinné terapie**. (Práce G. Batesona, působícího v Mental Research Institute v Palo Alto, spolu s Haleyem, Watzlawickem a Weaklandem, měly velký vliv na rozvoj rodinné terapie, s touto skupinou je přímo spjat vznik krátké a strategické rodinné terapie. Bateson použil výraz systemický, když popisoval systemickou povahu lidské bytosti, kultury i biologického světa.). Teoretické koncepty systemické rodinné terapie odvozují z původní **Obecné teorie systémů L. von Bertalanffyho** (1971), která vznikala jako alternativa k do té doby převažujícímu lineárnímu (příčina-důsledek) uvažování. Systémovou orientaci je možné považovat za kvalitativní posun oproti předchozímu přístupu spočívajícím ve studiu izolovaných jevů. Systémové nahlížení vznikalo mimo jiné ze snahy po jednotě a uspořádání izolovaných a realitu diferencujících věd. Obecná teorie systémů nabízí jednotící principy pro jednotlivé „ostrovy vědy“, může být univerzálním paradigmatem. Lidské systémy jsou pak jedny z mnoha. Avšak, „pod systémem je třeba chápat model, pomocí kterého se popisují objekty reality“ (Gensen, 1983, in Smutek, 2006). Tato teorie tedy není teorií uzavřenou, jedná se o určitý způsob nahlížení na realitu. V současné době se v systemickém nahlížení odráží další postmoderní teoretické koncepty (teorie komunikace, teorie chaosu, teorie informace, teorie her či radikální konstruktivismus). Pojem „systém“ je v systémovém modelu chápán jako „*množina vzájemně vztahených částí*“ (Smutek, 2006, s. 44), jako „*soubor prvků spjatých určitými vztahy*“ (Smutková, 2007, s. 37).

Systémová teorie staví na těchto principech:

1. **Celek je více než suma částí.**
2. Systémy jsou vysoce **organizované** a vztahy jsou pevné.
3. Systémy jsou **ohraničeny** a v jejich rámci dochází k vyšší výměně energie než vně jejich hranic.
4. **Chování jednotlivce nemůže být vysvětleno bez odkazu na systémy, ke kterým náleží.**
5. **Cirkulární kauzalita** - chování jednotlivce nemůže být pochopeno bez kontextu systému, jehož je členem. Systémově orientovaní sociální pracovníci nehledají příčinu problému u jednotlivce, ale uvažují o příčině jako o cirkulárním procesu. (**Cirkularita** - řada příčin a následků, které vedou k výchozí příčině, a tu buď potrdí nebo změní. Nejjednodušší technický model cirkularity je tzv. regulační okruh.)
6. **Homeostáze** – systémy se vnitřně transformují a reorganizují v odpovědi na změny ve vnějším prostředí, zároveň mají zabudovanou silnou ochranu vlastní stability, tj. relativně

konstantní vnitřní prostředí.“Nedostatečná schopnost systému vyrovnat se s externími vlivy vyžaduje intervenci.“ (Smutková, 2007, s. 37).

7. **Systémy jsou cílově zaměřené** - Cílem systému je na nejzákladnější úrovni přežít, na vyšší úrovni rozvoj a růst. Homeostatický regulátor přitom předem nezamezuje změně, spíše kontroluje její rychlost.“
8. **Význam sociálního kontextu** – lidské chování nemá význam samo o sobě, dostává významy, které se odvíjí od sociálního kontextu. Chování a prožívání, včetně jejich patologických forem, jsou sociálně podmíněné.
9. **Konstrukcionismus** – přesvědčení, že skutečnost tak, jak ji známe, je produktem lidského poznávání a objektivní skutečnost buď neexistuje nebo je od té subjektivní zcela odlišná. Terapeut tedy pracuje s tolika světy, kolik členů je zapojeno do systému. Důležitým pro práci s rodinou je teze, že objektivní skutečnost není třeba hledat. Pomáhající pracovník nepátrá po „pravdě“, po objektivní příčině problému či potíží a nedagnostikuje „viníka“. Naopak hledání objektivní skutečnosti je považováno za kontraproduktivní. Pro rodiny bývá často důkazem nemožnosti změny.
10. **Změna prvního řádu** – změna v rámci existující struktury, která zůstává zachována. Tato změna je vratného charakteru, slouží k obnovení homeostázy, v praxi rodiny to znamená, že rodina činí něčeho více či méně, jde o změnu kvantitativní.
11. **Změna druhého řádu** – ireverzibilní změna struktury, během které dochází k otřesu stability systému, jeho pravidel a dosavadních hodnot, systém může být existenčně ohrožen. Projevem této změny v praxi rodiny je, že členové dělají něco úplně jiného, vidí jiné souvislosti, změna je kvalitativní. Se změnou druhého řádu souvisí také tzv. transformační bolest – to, co klienti musí investovat či čeho se vzdát, když změnou procházejí, potažmo, aby takové změny vůbec dosáhli. Jak píše Kubička (2003, s. 28), „zásadní změny nejsou nikdy beze ztrát.“
12. **Pozorovatel je vždy součástí systému**
13. Neexistuje samostatná komunikace o věcech, každá komunikace o věcech je zároveň i komunikací o vztazích. Komunikace o vztazích není členům systému, ale ani pozorovatelům vždy zcela zjevná, většinou je však v terapeutově středu zájmu.

Tomka (in Smutková, 2007, s. 37) uvádí několik argumentů, které podepírají opodstatněnost systémové teorie jako východiska pro tvorbu teoreticko-praktických konceptů sociální práce:

- Systémová teorie byla již v 70. letech minulého století vnímána jako nejvhodnější teoretická základna pro rozvoj sociální práce;

- Charakter problémů v sociální práci je chápán jako multifaktoriální a multidimenzionální, což v sobě implikuje nutnost systémového přístupu;
- Systémová teorie není teorií uzavřenou, jedná se o všeobecnou modelovou představu
- Může být teoretickým popisem spektra činností od mikro po makrosituace

Základním předpokladem systemické terapie je, že individuální psychika je součástí a odpovědí na sociální kontext. Význam chování lze pak z tohoto kontextu odvozovat. Rodina je nahlížena jako sebe sama organizující se kybernetický systém, v němž jsou všechny části propojeny. V rodině se dále vytváří dílčí podsystémy, jež jsou dány příslušností generační, pohlavní nebo i povahovými rysy. Terapeut (sociální pracovník) je pak součástí tohoto systému. „*Porucha v jedné části systému se pak nutně projeví ve funkci celku*“ (Smutková, 2007, s. 43). Problém, který rodina nabízí, splňuje nějakou systémovou funkci.

V rámci komunikace mezi členy systému vznikají konsensuální významy jak chování, tak událostí. Terapeutickým cílem je změna pravidel a přesvědčení (významů) uvnitř systému jako změna druhého řádu. Terapeut na základě cirkulárního dotazování vytváří systemické hypotézy o fungování a vztahování se uvnitř rodinného systému. Hypotéza popisuje transakční vzorce a objasňuje funkci symptomu v rámci systému. Důležitým předpokladem a terapeutickým nástrojem je neutralita terapeuta. Přínosem Milánské školy je rozvoj práce v týmu a používání dvojcestného zrcadla.

Dílčí konstrukty a metody systemické terapie, které mohou být přínosem pro práci sociálního pracovníka:

1. Terapeutická situace – setkání v systemické terapii je pojímáno jako proces, který usnadňuje možnost změny. „*Terapie je kontextem změny*“ (Balzar, Špitz, Langmeier, 2000, s. 234), která nastává spíše mezi jednotlivými sezeními než v jejich průběhu. Z hlediska tohoto přístupu je pak žádoucí spíše větší časový odstup mezi nimi. V původním pojetí (Milánská školy) sledovala jednotlivá sezení jednoznačně stanovené schéma: příprava na sezení, terapeutické interview, porada týmu, sdělení poselství a intervence, závěrečný rozhovor týmu. V rámci terapeutické situace je také užíváno jednocestného zrcadla a videozáznamu. Systemičtí terapeuti často pracují v týmu.

2. Neutralita - Důležitým přínosem systemické terapie je, že využívá rozdíly ve vidění rodinného systému jeho jednotlivými členy jako zdroje možné změny. S tím souvisí postoj systemického terapeuta označovaný jako **neutralita** – terapeut se snaží nestranit žádnému

z předkládaných pohledů. Neutralita pracovníka jednak umožňuje navodit bezpečné terapeutické prostředí pro všechny členy systému, jednak facilituje sdílení a přináší nové způsoby nahlížení na systém. Někdy bývá tento pojem kritizován s tím, že absolutní neutralita není možná, že i terapeut do systému vstupuje s vlastní zkušeností a předpoklady, nemůže být tedy zcela nehodnotící. Neutralitou terapeuta se zde míní postoj vědomě, záměrně nehodnotící, otevřený (a to i ve vztahu např. k původci násilí na dítěti v rodině či zneuživateli). Jiní autoři (G. Cecchin) přesto raději hovoří o terapeutově **zvědavosti**, se kterou k rodině bez přestání přistupuje, či o jeho „**nevědoucím přístupem**“.

3. Cirkulární dotazování je prostředkem k získání odlišných popisů systému. Cílem techniky je jednak informace získat a jednak je rodině poskytnout (odlišné pohledy, podpora empatie). Technika používá otázky typu „Co myslíte, že by řekla vaše matka o vašem vztahu k dceři?“, „Kdo si z rodiny nejvíc myslí, že je Petr nemocný a kdo nejméně?“. Cirkulární rozhovor však necílí pouze k získání a zprostředkování informací, působí terapeuticky. Důležitým předpokladem je důsledné zachovávání neutrality a pozitivní konotace. Komunikace pak probíhá jako metakomunikace o chování druhých. Cirkulárním dotazováním je pak v důvěrném prostředí možné oslovit i rodinná tabu a tajemství. Tato technika není technikou nijak snadnou. Dle Kubičky (2003, 121) „*Je cirkulární dotazování technika, k jejímuž zvládnutí nestačí osvojit si mechanicky určité formy otázek, může ji používat jen terapeut, který cirkulárně myslí, který si klade otázku, co se odehrává mezi lidmi, nikoli kdo z nich to způsobuje a co ho k tomu vede.*“

Dotazování v systemické terapii se zaměřuje zejména na tyto oblasti (in lagmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 237):

- □□□□□□□□ Systémy přesvědčení v rodině (důležitá jsou přesvědčení o původu problému, o správném chování, o změně a její možnosti),
- □□□□□□□□ Chování nebo činnosti a jejich interpretace,
- □□□□□□□□ Vztahy mezi členy rodiny.
- □□□□□□□□ Časové souvislosti.

Důležité jsou i hypotetické otázky na budoucnost, umožňující zkoumání alternativních, dosud nepoznaných možností, triadické otázky o vztahu dvou členů rodiny položené třetímu, otázky typu „čtení myšlenek“ apod. Terapeutickou změnu navozují tzv. reflexivní otázky.

4. Systemické intervence:

Intervenci je v terapeutickém procesu možné chápat dvojitým způsobem. Buď ji lze generalizovat na celý proces s vědomím, že každá interakce v jeho rámci ovlivňuje zúčastněný systém a může mít (měla by mít) terapeutický potenciál. Na druhé straně lze považovat za intervenci ten moment, kdy terapeut přímo a vědomě usiluje o navození změny. To lze činit průběžně během sezení dle logiky probíhajícího rozhovoru nebo jako samostatnou soustředěnou intervenci například na konci sezení.

Intervence v systémovém pojetí nepředstavuje přímé pokyny, direktivy nebo rady, přímé zásahy jsou považovány za neúčinné. Její síla spočívá v síle jazyka a jeho užití mimo stávající vzorce. Intervence by měla rodině otevírat nové možnosti a přinést novou zkušenost.

Mezi intervence systemické rodinné terapie patří:

- **Přerámování** rodinných přesvědčení (nestrukturující intervence) a **pozitivní konotace** jako jedna z možností přerámování – hledání nových významů zejména u oblastí a chování, které jsou rodinou vnímány jako problémové
- **Paradoxní intervence** – předepsáno je zachování stávajícího stavu či dokonce symptomatické či problémové chování (to je ovšem u případů špatného zacházení s dítětem těžko představitelné)
- **Předepsání ritualizované akce** – s cílem poskytnout rodině alternativní možnosti ve formě experimentu nebo symbolu změny
- Cirkulární dotazování

Intervence **na konci sezení** mají dvě základní formy:

- **terapeutické poselství** – terapeut/i shrnují a zhodnocují, co bylo sděleno a proběhlo během sezení. Cílem je poskytnout rodině podněty k přemýšlení a odhalování nových souvislostí, vytvořit podmínky pro změnu nahlížení mezi jednotlivými setkáními. Základními principy terapeutického poselství jsou terapeutova neutralita, systemičnost (poselství se týká celého rodinného systému) a reflexivita (poselství inspiruje rodinu k přemýšlení).
- **terapeutický úkol** – jeho cílem je rovněž navodit změnu v rodinném systému mezi sezeními. Úkol v systémovém pojetí není přímou radou či návodem. Úkol má podobu spíše experimentu, pokusu objevit nové způsoby vidění a řešení. Příkladem může být tzv. „invariantní instrukce“ Milánské školy.

4. Externalizace – může být inspirativním principem pro sociální práci. Umožňuje oddělit problematické chování od jeho nositele, zamezuje ztotožňování klienta a problému, „klient

není problém“. S problémem pak lze pracovat samostatně, bez obviňování daného člena rodiny.

V průběhu terapeutického procesu a procesu spolupráce sociálního pracovníka a rodiny lze najít množství analogií. Proto zde stručně uvedu průběh systemicky zaměřené terapie, předložený Kubičkou (2003, s. 110):

První setkání terapeuta s rodinou popisuje tento autor metaforicky: *„Rodinu si můžeme představit jako posádku lodi na dlouhé plavbě – na lodi mají různé role, ale pohybují se stejným směrem, stále se potkávají v podobných situacích, znají se, málokdy se překvapí. Potká-li se taková loď v pravém úhlu s jinou lodí (rozuměj terapeutovou) a posádky se sejdou, situace je náraz plná překvapení a nových podnětů.“* (s. 110).

Cíle prvního rozhovoru definuje následovně:

- □□□□□□□□ seznámení terapeuta s rodinou a rodiny s terapeutem,
- □□□□□□□□ vytvoření důvěry v terapeutický proces,
- □□□□□□□□ získání informací: *„K rozhybání terapie nestačí informace, potřebujeme příběh, na kterém se rodinné vztahy zobrazují a který má v sobě potenciál rozvíjení, příběh, který je pro rodinu klíčový.“*
- □□□□□□□□ Dohoda o dalším postupu, kontrakt, „zakázka“ „zakázka je terapeutova konstrukce toho, co klienti chtějí, nikoli něco, co by chtěli nezávisle na něm.“

Na počátku je doporučováno klást převážně otevřené otázky, které dávají rodině prostor a možnosti volby. Odpovědi na ně poukazují na důležitost daného téma pro klienta, mohou vést k dalším, možná podstatnějším tématům. *„Terapeut nemusí vybírat otázky ze svého repertoáru jako kouzelník králiky z klobouku, odpovědi ho dovedou k otázkám na klientovy králiky.“* (s. 119). Takové otázky mohou znít: *„Jak se to stalo, že jste k nám přišli?“*, *„Kdo to vymyslel, abyste za námi přišli?“* (kontext), *„Jaké máte starosti?“* (problém), *„Co si od tohoto setkání slibujete?“* (zakázka).

Další možností jsou tzv. **doplňovací otázky, otevřené, open-questions, why-questions** – otázky začínající tázacími zájmeny a částicemi – kdy, jak, proč, komu, kdo, s kým, co. *„Komu to nejvíc vadí?, Jak se asi děti chovají, když jsou sami doma?“*. Variantou začátku je **vzájemné představování** rodiny – každý člen rodiny představuje jiného člena, cirkulární moment.

Jako systemicky a narativně orientovaný terapeut doporučuje Kubička zaměřit se v počátcích spolupráce také na odhalování **terapeuticky nosného příběhu**: *„Terapeuticky nosný příběh se*

pozná podle toho, že členy rodiny i terapeuta zaujme, je přístupný různým pohledům a převyšprávění, každý má k němu co říci, je propojen s dalšími příběhy.....terapeut svými otázkami lineární vyprávění narušuje (či rozvádí): ptá se ne pouze, co se stalo, ale kdo si to myslí, jak se to pozná, co která slova znamenají.....často mnohokrát vyprávěné verze, se kterými lidé do terapie přicházejí, nejsou v terapii popřeny, ale dostávají se do nového světla.“(s. 117). Při osvětlování terapeuticky nosného příběhu a jako nástroj terapeutického procesu terapeut využívá techniku cirkulárního dotazování (viz výše).

Nejpozději na konci prvního setkání doporučuje uzavřít s rodinou dohodu o pokračování terapie (nebo o jejím nepokračování). Tato dohoda může být vcelku podrobná a upravuje cíle spolupráce, počet sezení, intervaly mezi nimi, účastníky. Je potřeba zdůraznit, že směřování terapie není v žádné z jejích fází definitivní, je procesem hledání.

Systemičtí rodinní terapeuté jsou otevření jak zkušenosti dítěte a snaží se ji zprostředkovat, tak naslouchají i zkušenostem násilných či zanedbávajících osob. Tito terapeuté jsou přesvědčeni, že **odsouzení a objasňování** dopadů na dítě ve vztahu k takto chybujícím rodičům **není účinné**. Jak zdůrazňuje Gjuričová (2007, s. 137) je však třeba upozornit, že *„porozumět násilnému chování rodiče a jeho vysvětlení není totéž, jako toto chování omlouvat nebo popírat odpovědnost za ně.“*

Sociální pracovníci i rodinní terapeuti mají shodný cíl: pomoci rodině. Jejich odpovědnost a uplatnitelné nástroje nejsou však stejné. Sociální pracovník, zejména v pozici státem zmocněného ochránce dětských práv a zájmů, může užít i role dole donucovací, spolupráce s terapeutem vyžaduje dobrovolnost klienta. Gjuričová (2007, s.136) zmiňuje model spolupráce sociálních pracovníků s terapeuty předložený Imeldou Mc Carthy a Ernestem Solomonem. Podle míry ohrožení dítěte v rodině jde buď o kooperativní řešení u méně závažné situace, kdy je rodině nabídnuta např. rodinná terapie, dalším stupněm je možnost nabídky volby rodině, kdy např. rodina buď vstoupí do terapie, nebo bude dítě umístěno mimo ni. Posledním stupněm je pak u nejzávažnějších případů je pak okamžité opatření provedené sociálním pracovníkem. Vždy má však rodina právo rozumět důvodům takových opatření.



5.2 Modely sociální práce s rodinou

Motto: „*Když pomáháme rodině, uzdravujeme svět.*“ (V. Satirová)

5.2.1 Prevence

Motto: „*Čím dříve po narození dítěte je matce/rodičům nabídnuta adekvátní podpora v péči o dítě, tím větší je šance na její přijetí i na přerušení transgeneračního vzorce neadekvátního rodičovského chování.*“ (V. Bechyňová)

Velmi důležitou částí sociální práce jsou aktivity celospolečenského charakteru, jejichž cílem je vytvářet ve společnosti takové podmínky, aby k ohrožení dětí v rámci rodiny docházelo co nejméně. Cílem je minimalizace rizikových společenských faktorů, které se spolupodílejí na rozvoji špatného zacházení s dítětem v rodině. Takové aktivity, které jsou součástí systému sociální a rodinné politiky, se všeobecně nazývají **primární prevencí**. Autoři Dunovský, Dytrych, Matějček (2000, s. 103) popisují primární prevenci následovně: „*Primární prevence podle definice Světové zdravotnické společnosti znamená **počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo.**Pro takové společenské jevy, jakými jsou i týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, se často užívá obrazu plovoucího ledovce. To znamená, že pod povrchem je daleko mohutnější vrstva patologie potenciální, která má zatím formu „rizika“. Primární prevence pak znamená pokud možno zabránit, aby vůbec k onomu „riziku“ docházelo.*“ Oproti tomu **sekundární prevence** je chápána jako snaha zabránit rozvoji problematických či patologických projevů u skupin, u nichž se již určitá míra takového rizika dá fundovaně předpokládat.

Ve spojitosti se špatným zacházením s dítětem se za **sekundární prevenci** pokládá:

- vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž nejspíše k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte dochází,

- □□□□□ cílené, programové působení na tyto skupiny lidí a na tyto situace tak, aby se riziko CAN snížilo na minimum (ibid., s. 107).

Takovéto cílené působení na potenciálně ohrožené jedince a skupiny tvoří (mělo by tvořit) podstatnou část práce rodinně orientovaného sociálního pracovníka. Stejně jako v medicíně platí pravidlo, že je snazší problému předejít než ho následně napravit. Navíc, dětská zranění, často vzniklá spíše z nedostatku kompetencí než absence vztahu, lze napravit velmi obtížně. Programy sekundární prevence v sociální práci s ohroženými rodinami by měly být základním pilířem sociálních služeb určených těmto rodinám. V první řadě může jít o programy zaměřené na podporu budoucích rodičů, rodin teprve vznikajících, u nichž se dá rozvoj obtíží v péči o dítě a rodinném fungování očekávat. Pomoc budoucí rodině pak může spočívat v podpoře pozitivních očekávání vůči nenarozenému dítěti, rozvoji rodičovského sebepojetí a přijetí rodičovské role, výcviku praktických dovedností v péči o dítě, v přípravě prostředí vhodného pro novorozené dítě, posílení širších rodinných vazeb a sítě sociální pomoci, která rodině bude k dispozici po narození dítěte. Pro kvalitu budoucího rodičovství může být rovněž velmi podstatná podpora partnerského vztahu nastávajících rodičů. V těchto preventivních programech přijímá sociální pracovník několik rolí. V první řadě by měl být podporujícím průvodcem zejména těhotné ženy. Cílem je její psychická pohoda a stabilizace, pozitivní přijetí očekávaného dítěte a zvýšení sebeúcty. Další rolí sociálního pracovníka může být role „lektorská“. Pracovník může budoucí rodiče vzdělávat v otázkách vývoje a potřeb dítěte, „osvětlovat“ jim jejich důležitost pro jeho prospívání, prakticky s nimi nacvičovat každodenní péči. Důležitou součástí podpory rodiny je spolupráce sociálního pracovníka s porodnicí, doulou, pediatrem, do jehož péče dítě přejde, orgány státní sociální podpory, případně dalšími specializovanými pracovišti (například v případě závislosti rodičů apod.). Sociální pracovník je pak „koučem“ všech zúčastněných; budoucí rodiny na jedné straně a všech potenciálně pomáhajících subjektů na straně druhé. Podpora rodiny pokračuje po narození dítěte do doby, kdy jsou kompetence rodiny natolik posílené, že přestává systematickou pomoc potřebovat a je schopna samostatného fungování a dostatečné péče o dítě. V naprosté většině se bude jednat o spolupráci dlouhodobou. Předpokladem její účinnosti je zejména její systematická a pravidelnost. Matoušek (2003, s. 198) jako příklad takovýchto programů rané péče uvádí program Zdravá rodina realizovaný v Jižní Karolině v USA, v jehož rámci poskytují rodinám podporu zaškolení dobrovolníci. Tato podpora spočívá v přímé praktické pomoci, poskytnutí instruktážních příruček a tréninkových videokazet. Spolupráce dobrovolníků s rodiči (matkami) začíná v porodnici. Dobrovolníci používají např. screeningové testy vývojové úrovně dětí a v případě potřeby

zprostředkovávají rodinám navazující odborné služby. Služby pro potřebné rodiny poskytují místní komunitní centra, která disponují např. programy pro otce, pro starší děti i samotné matky.

Preventivně orientované programy mohou mít více forem. Buď se může jednat o **individuální spolupráci** s rodinou v rámci tzv. **home-visitingových programů**, kdy se těžiště spolupráce pomáhajících pracovníků odehrává v domově rodiny, v jejím přirozeném prostředí. Výhodou je intenzivní spolupráce, bezpečí rodiny a kvalifikovaná znalost podmínek, ve kterých se rodina nachází a které zároveň spoluvytváří. Sociální pracovník se na omezenou dobu stává součástí rodinného systému a podílí se na transformaci jejího fungování i zmíněného prostředí. Je aktivním činitelem, který s cílem ochrany dětí v rodině volí v případě potřeby i direktivnější přístup. Současně vychází z definice problému tak, jak jej vnímá rodina. Emoční podpora rodiny je esenciální. Cílem pracovníkovy podpory je ovšem rozvoj jejích zdrojů a samostatné fungování. Tento cíl pak je přítomen ve všech pracovníkových aktivitách.

Další formou preventivních programů pro potenciálně ohrožené rodiny mohou být **programy skupinové**. Jejich výhodou je integrace několika přístupů k pomoci rodině. Takový program může obsahovat jednak rozměr vzdělávací v oblasti podpory rozvoje rodičovských kompetencí, jednak rozměr terapeutický využívající principů svépomocných skupin i terapeutických skupin zaměřených na konkrétní problematiku. Podoba jednotlivých programů se bude lišit dle teoretických východisek a zaměření tvůrců, resp. jejich vnímání toho, co hraje ústřední roli při rozvoji špatného zacházení s dítětem. Preventivní programy se pak mohou zaměřovat na výcvik v praktických dovednostech, vytvoření a posílení primární vazby mezi matkou a dítětem, na posílení a stabilizaci vztahu mezi rodiči jako prostředku k optimálnímu plnění rodičovských funkcí, na psychický rozvoj a emoční stabilizaci dětí. Příkladem takového výcvikově-terapeutického programu může být např. clevelandský **Hanna Perkins Toddler Program**. V tomto programu se šest párů matka-dítě setkává dvakrát týdně na 90 minut. Cílem je doprovázet batolata vykazující širokou škálu emočních problémů v jejich vývojových úkolech. V rámci programu dochází ke konstruktivnímu zacházení s obtížemi dítěte a předchází se rozvoji neadekvátnímu rodičovskému řešení. Lepším příkladem jsou aktivity **Infancy Unit** v **Lisabonu**. Toto zařízení disponuje programy primární i sekundární prevence zaměřených na interakci matek a malých dětí a podporu duševního zdraví těchto dětí. Preventivní intervence se pak zaměřují na:

- „poskytování pozitivní emoční zkušenosti dětem, jako prostředek podpory vývoje dětského „Já“,
- pomoc matkám zlepšit jejich vhléd, porozumění dítěti a adaptaci na jejich potřeby,
- poskytnutí podpory širší rodině a sociálnímu okolí pokud se to jeví jako důležité“.

Dalším příkladem preventivně orientovaného programu může být benátský projekt centra **La Porta verde** (Zelená brána), inspirovaný francouzským modelem **Maison verte** (Zelený dům), vytvořený francouzskou psychoanalytičkou Francoise Doltó. Název projektu má vyjadřovat otevřenost pro všechny příchozí. V tomto modelu není ústředním poskytování přímých rad nebo nácviku rodičovských kompetencí, důraz je kladen na naslouchání. S rodinami se pracuje jak skupinově, tak individuálně. Pracovníci nevystupují z pozice expertů, ale naslouchajících průvodců. Hodně prostoru je věnováno interakcím rodiče s dítětem, podpoře hry a dalších metod navazování vazby dítěte s matkou. Rodiče jsou vedeni k tomu, že nemusejí být za všech okolností perfektní, ale „dosti dobrou matkou“ (Winnicott) či „dosti dobrým rodičem“ (Bettelheim). „**Good-enough mother**“ je taková matka, která se chová autenticky, nachází ve své mateřské roli uspokojení, umí dítě „držet“ (hold) fyzicky i emočně. Projevy dítěte včetně úzkostí a vzteku akceptuje. Jak uvádí Pilařová a Kavale (2001, s. 49), „*Good-enough mother je označení pro matku poskytující dítěti prostředí, které ho podrží (holding environment), které mu zajišťuje optimální množství stability a pohodlí. Taková matka uspokojuje potřeby dítěte v pravý čas, nevnucuje mu svůj časový rozvrh a vlastní potřeby. Pokud musí dítě čelit frustraci, poskytuje mu podporu – „holding“.* Velký důraz je v těchto programech kladen na respektování a podporu rodiče, neupírání jeho rodičovských kompetencí a přiznání a posilování jeho zodpovědnosti. Za pomoci terapeuta rodiče hledají svou vlastní optimální cestu ve vztahu k dítěti, učí se mu naslouchat, respektovat jeho rytmus vývoje a respektovat ho takové, „jaké je“.

Všechny uvedené příklady byly zpracovány dle Pilařová, Kavale (in Pilařová, Pöthe, 2001, s.47-50). Mohou být vnímány jako inspirující příklady dobré praxe pro preventivní individuálně i skupinově zaměřené programy sociální práce s potenciálně ohroženými rodinami.

5.2.2 Intervence – sanace rodiny

Motto: „Maximální doba, po kterou jsou v české praxi rodiny sanovány, nepřesahuje čtyři roky. Co jsou čtyři roky sanace rodiny z hlediska času a kvality života dítěte, jehož umístění může trvat deset let i déle?“ (V. Bechyňová, M. Konvičková)

Aktuální trendy v sociální práci s rodinou více než jinde reflektují aktuální trendy v sociální práci jako oboru a v pomáhajících profesích obecně. Mezi tyto trendy patří **systemový (ekosystemový) pohled** na sociální práci, využití tzv. **perspektivy silných stránek** či **model řešení problému** (problem-solving model).

V souladu s nejnovějším chápáním sociální práce jako vědecké disciplíny uplatňující přístupy orientované na chování, kontext a jejich vzájemnou interakci (viz výše uvedená montrealská definice), dochází, jak uvádí např. Smutek (2006, s. 9) „ke všeobecnému souhlasu, že klíčový univerzální a unifikující koncept sociální práce je **intervence na rozhraní (interface) lidských bytostí a jejich prostředí** (jak fyzického, tak sociálního)“

Přestože v praxi stále převažuje přístup orientovaný na problémové stránky klienta, definované množstvím a typem rizik ohrožujících jeho sociální fungování, stále více aktuálním se zdá být **přístup založený na klientových silných stránkách**, uplatňující především **zmocňování klienta (empowerment)** k samostatnému zvládnutí problémových situací a jeho podílu na změně. To platí shodně v případě, je-li klientem sociální práce rodina. Smutek (s. 10) uvádí **definici zmocňování** (zplnomocňování, posilování) Lorraine Gutierrez (1990): „**Empowerment** je proces zvyšování osobní, mezilidské a politické moci, takže jednotlivci, rodiny a komunity mohou podnikat kroky ke zlepšení své situace. Je to prostředek, jak se chopit problémů bezmocné populace a prostředek vyjádření role bezmocnosti, kterou hraje při vytváření a urychlování sociálních problémů jak v rozvíjejících se, tak v rozvinutých společnostech.“

Inspirací mohou být autorem uvedené **základní předpoklady**, které si musí profesionál osvojit a zvnitřnit, aby mohl uplatňovat **zmocňující přístup** (s. 39):

- „Každý jedinec, každá rodina, každá komunita má své silné stránky, klady a zdroje.
- Trauma a zneužívání, nemoc a boj mohou být pro sociální subjekt devastující, ale mohou být rovněž příležitostmi pro růst a mohou být zdrojem výzev a příležitostí do budoucna.
- Předpokládejme, že neznáme, ani nemůžeme znát horní limity schopností žádného jedince ohledně jeho růstu a možností.

- Jakékoli prostředí je plné zdrojů.“

Kaplan a Girard (1994, s. 14, in Smutek, 2006) předestírají **šest způsobů, kterými lze zmocnit rodiny i jednotlivce:**

- „Věřit, že klienti mohou věci **změnit** a pomoci jim v tuto možnost věřit,
- Poskytnout rodinám **perspektivu**, které je plná budoucích možností,
- **Vzdělávat** rodiny i jednotlivce a pomáhat jim zlepšit jejich dovednosti,
- Rozpoznat a posléze stavět na jejich **silných stránkách**,
- Pomoci rodinám k uvědomění, že mají různé možnosti a **alternativy**,
- Vytvořit **strategie**, které podporují jejich kulturní a etnické základy.“

Model řešení problému (problem-solving model):

„Model řešení problému je racionální, cílený proces, který zahrnuje aktivity směřující k definování problému, ke sběru informací, na jejichž základě založí rozhodování, k zaangažování klienta do tvorby rozhodnutí a k evaluaci postupu.“ (Smutek, s. 63)

Model řešení problému může být praktickým nástrojem, napomáhajícím sociálnímu pracovníku dosáhnout vytyčených cílů intervence. Proces jejich dosahování lze rozdělit do několika fází. Když člověk čelí ohrožující situaci, má často tendenci reagovat emotivně, prožívá chaos, pochyby. Pro efektivní řešení problému je však třeba sledovat racionální proceduru (J. Dewey, 1933, in Smutek, 2006). Efektivní řešení problému lze dosáhnout sledováním procedurálních kroků v jasně stanoveném pořadí, v pěti krocích reflexního myšlení:

1. Rozpoznání obtíží,
2. Definování nebo specifikování obtíží,
3. Vytváření návrhů možných řešení a racionální odkrývání návrhů, včetně sběru dat,
4. Výběr optimálního řešení z mnoha návrhů,
5. Provedení řešení.“

Proces řešení problému v sociální práci zahrnující evaluaci přijatých opatření může být dle Comptomové a Galaway (1998, in Smutek, 2006) rozdělen do čtyř fází:

1. **„Angažování** - zaangažování klientů, explorace současného problému a předběžné nastavení cílů.
2. **Posouzení** (assessment) - sběr dat, hodnocení situace, nastavení cílů a plánování akce.
3. **Intervence** nebo akce. Provádění plánu.

4. **Evaluace.**

V modelu řešení problému je **identifikace silných stránek všech participantů** součástí rozvoje plánu služeb.

Dalším důležitým rozměrem sociální práce s ohroženou rodinou je její umístění a fungování v sociálním kontextu. Akceptace, ale i změna kontextu je vždy integrální součástí intervencí sociálního pracovníka. Slovy Smutkové (2007, s. 28): „*V současném pojetí se práce s rodinou neorientuje pouze na řešení vnitřních problémů rodiny, ale velký důraz je kladen na **pomoc rodinám při začleňování do společnosti a zabránění jejich sociální exkluzi.***“

Filosofie zmocňování klienta a model řešení problému je dobře uplatnitelný v rámci pomoci ohroženým rodinám. Metodou první volby by mělo být úsilí o zachování celistvosti a integrity rodiny, přístup nazývaný sanace rodiny, jako ucelený soubor intervenčních postupů a opatření ke stabilizaci rodiny a optimalizaci jejích, zejména výchovných, funkcí. Základním principem by měla být snaha o podporu jejího samostatného fungování, o zachování a obnovu rodinných vztahů a funkcí a o rozvoj schopnosti dospělých členů rodiny řádně pečovat o své děti. Odebrání dítěte z péče rodičů by mělo být až krajním řešením. I v takových případech by měla spolupráce s původní rodinou pokračovat s cílem návratu dítěte či alespoň zachování jeho vazeb k rodině. Vědomí příslušnosti ke konkrétní rodině a jejího hodnocení okolím se významně odráží v sebepojetí dítěte, ve víře, že odněkud pochází a někde má své kořeny.

Slovník sociální práce (Matoušek, 2003, s. 196) definuje pojem „**sanace/podpora rodiny**“ jako „*postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen*“. Sanace rodiny, která by v souladu se současnými trendy v sociální práci měla být ústřední metodou při práci s rodinami v obtížné životní situaci, případně i rodinami ohrožujícími některé své členy, zahrnuje takové postupy, jako jsou podpora rodiny zaškoleným dobrovolníkem, rodinná terapie, pomoc při přípravě na školní vzdělávání, služby poskytované mateřskými centry a jinými organizacemi zaměřenými na podporu a pomoc rodinám.

Sanací rodiny zde rozumím dlouhodobou, systematickou, vysoce individualizovanou sociálně-terapeutickou prací s rodinami, které jsou v důsledku problematické péče o děti

ohroženy jejich odebráním do ústavní péče nebo jim již dítě bylo odebráno, a rodiče mají zájem na jeho opětovné svěřeni do své péče. Základním cílem této práce je podpořit rodinu v jejím fungování a kompetencích tak, aby sama byla schopna naplňovat veškeré základní potřeby dítěte, a dítě tak mohlo setrvat ve svém přirozeném prostředí a nemuselo být vystaveno traumatické zkušenosti separace od svých nejbližších, vytržení z přirozených vazeb a prostředí a neosobní institucionální péči v ústavu. Převažující složkou této podpory by měla být složka pomoci (tak jak ji definuje Úlehla, 1999 - metody pomoci jsou doprovázení, návody a poučení, poradenství a terapie) a měla by být jakousi protiváhou spíše na kontrolu se orientujícím službám poskytovaných státními orgány sociálně-právní ochrany dítěte. Služby směřující k sanaci rodiny by měly být koordinovány jedním klíčovým (sociálním) pracovníkem, jakýmsi case-managerem, a na základě dlouhodobého sanačního plánu (možná lépe plánu podpory rodiny, plánu rodinného rozvoje apod.) poskytovány a průběžně konzultovány multidisciplinárním odborným týmem. Klientem sanace je celá rodina jako sociální systém.

Kolektiv autorů **Langmeier, Balcar, Špitz** (2000, s. 304) k úpravě domácího prostředí dětí zanedbávaných a deprivovaných uvádí: *"Úprava vlastního rodinného prostředí stojí na prvním místě a lze jí často dosáhnout kvalitní a dlouhodobou sociální službou, využitím podpůrných zařízení, poradenskou službou poskytovanou pravidelně a opakovaně rodičům a konečně kvalifikovanou rodinnou terapií.....Souběžně s těmito opatřeními však je zpravidla nutno pracovat i s dítětem - ať už individuálně nebo v rámci rodinné terapie. Zlepšení projevů dítěte vede totiž mnohdy ke zlepšení vztahů rodičů k němu a ke zvýšení zájmu o dítě."*

Bechyňová (2008, s. 18), jako jeden z mála expertů u nás aplikujících sanační přístup k rodinám, definuje sanaci v nové monografii jako *„soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen.“*

Pro potřeby konkrétního programu pomoci ohroženým rodinám pak tato autorka definuje sanaci rodiny jako *„soubor služeb a programů zaměřených na cílovou skupinu rodin s dětmi ve věku 0-15 let, kterým je stanoven úřední či soudní dohled, nebo o možnosti jeho stanovení kompetentní orgány reálně uvažují, a/nebo jim hrozí odebrání z rodiny do ústavní výchovy či jim již byla ústavní výchova nařízena, ale rodiče je chtějí svěřit zpět do své péče.“*

Sanací je rozuměna práce s rodinou převážně v jejím přirozeném prostředí za účelem zastavení problémové situace v rodině, která vede k výchovným opatřením orgánu státní správy nebo soudu. Sanace je považována za vhodný nástroj práce s rodinou zejména

v oblasti snižování rizika nebo míry **zanedbávání dětí**. O vhodnosti aplikace tohoto přístupu v případech týrání či zneužívání se vedou v odborných kruzích debaty. Obecně nebývá považována za vhodnou a realizovatelnou v případech, ve kterých dochází k obzvláště krutému zacházení s dítětem a znalci nedoporučují další kontakt dítěte s rodičem-agresorem, v případech znalecky prokázané absence jakékoli citové vazby rodiče k dítěti, v případech, kdy rodiče trpící závislostí odmítají léčbu či u psychiatricky nemocných rodičů odmítajících spolupráci sanačního týmu s ošetřujícím lékařem ad.

Sanace rodiny je doporučována v případech:

- existence **rizika zanedbávání** dítěte u nastávajících rodičů pro jejich nezralost, problematickou zkušenost z primární rodiny či ústavní výchovy, pro nepřipravenost jejich prostředí na příchod dítěte,
- dítěte žijícího ve vlastní rodině, **vykazujícího znaky či symptomy** napovídající o riziku přítomnosti nevhodného zacházení či zanedbávání,
- dítěte **odebraného z péče rodiny** a umístěného v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo v zařízení pro ústavní výchovu – cílem sanace je pomoci vytvořit podmínky pro systematický a pravidelný kontakt dítěte s rodinou během umístění a pomoci rodině zlepšovat rodinnou a sociální situaci tak, aby dítě mohlo být navráceno zpět do péče rodičů.
- dítěte, u nějž bylo soudem **aktuálně zrušeno nařízení ústavní výchovy** a dítě se navrácí do své původní rodiny – cílem sanace je podpora a udržitelnost proběhnuvších kvalitativních změn rodinného prostředí a prevence případného propadu a nutnosti dalšího odebrání dítěte.
- Dítěte umístěného do **pěstounské péče na přechodnou dobu** – cílem je opět podpora kontaktů rodičů s dítětem a citové vazby mezi nimi a příprava jeho návratu domů.

Autorky prozatím jediné české monografie o sanaci rodiny Bechyňová, Konvičková vymezují **znaky (a předpoklady) sanace** následovně (2008, s. 18):

- je sestaven multidisciplinární tým s jasně označeným koordinátorem;
- členem multidisciplinárního týmu je vždy pracovník sociálně-právní ochrany dětí, pracovník organizace pro sanaci rodiny, pracovník ústavního

zařízení nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a další odborníci spolupracující s rodinou (psycholog, pedagog, pediatr, soudce apod.);

- role a úkoly všech zúčastněných jsou jasně definovány a známy svým nositelům;
- pravidla a informace jsou známy a přístupné rodině; rodina ví, že se účastní sanačního programu;
- rodina se podílí na sestavení sanačního plánu a souhlasí s ním.

Sanační plán stanovuje **cíle**, ke kterým spolupráce s rodinou směřuje, **rámcový časový úsek**, ve kterém má být cílů dosaženo, způsoby **evaluace** spolupráce a dosažených pokroků a jejich znaky, **harmonogram** spolupráce. Součástí může být i popis managementu krizových situací a rozdělení rolí v nich. Pomoc rodině v rámci sanačních programů zahrnuje jak formální, tak obsahové, vztahové stránky rodinného fungování. Autorky doporučují zahajovat spolupráci s rodinou řešením formálních, tzn. v podstatě existenčních potíží. Se vztahovými, intrapsychickými stránkami fungování rodiny lze lépe pracovat až po vytvoření bezpečného vztahu pracovníka s rodinou. **Formální stránku** rodiny definují autorky jako „*sociální a praktické zázemí rodiny*“. S rodinou lze v rámci podpory formálního fungování spolupracovat např. v oblasti zajištění matričních dokladů a dokladů totožnosti, dávek státní sociální podpory, vyrovnávání rodinného rozpočtu a umořování případných dluhů, zajištění a udržitelnosti zaměstnání rodičů, bydlení, realizaci pravidelných návštěv dětí umístěných do ústavní výchovy, úpravě bytových podmínek apod. Teprve po zajištění řešení faktorů bezprostředně ohrožujících rodinné fungování přistupuje pracovník k otázkám vztahovým, obsahové stránce rodičovství. V ní se odráží vztah rodičů k dětem, jejich náhled ve vztahu k dětským potřebám, výchovné dovednosti a postupy, povaha komunikace a interakcí s dítětem. Dle Bechyňové a Konvičkové (2008, s. 22) lze v této oblasti s rodiči pracovat na následujících tématech:

- názor rodičů na současnou situaci dítěte a rodiny,
- vztah rodičů k jednotlivým dětem v rodině,
- průběh dne s dítětem,
- management rodiny – harmonogram jednotlivých aktivit (práce, hra, školní příprava, výchova, odpočinek atd.),
- pojetí a důležitost pořádku a hygienu v rámci rodinného systému hodnot,

- „jak vypadají chvíle, kdy se cítí dobrými rodiči a kdy ne“,
- Zkušenosti rodičů z primární rodiny,
- Systém pochval a trestů,
- Možnosti změn, způsoby jejich realizace a zapojitelné zdroje pomoci,
- Možnosti nácviku řešení konkrétních každodenních rodičovských situací (ranní a večerní rituály, stravování, školní příprava, řešení výchovných otázek).

Sociální pracovník zahajující spolupráci s rodinou musí počítat s počáteční nedůvěrou v možnost podpory a pomoci zvenčí. Takovýto postoj k vnějšímu světu a jeho institucím je často předáván transgeneračně a může být proto velmi silně zakořeněn. Počáteční obranné reakce včetně agresivních projevů, zvláště v případech rodin ohrožených odebráním dítěte, jsou proto poměrně časté. Odmítání spolupráce a přiznání existence obtíží v péči o dítě může být rovněž motivováno obavou z represivní odezvy ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jak uvádí Bechyňová (ibid., s. 53), *„vyhledávání podpory v péči o dítě navíc bohužel stále není vnímáno jako výraz kompetentního rodičovství“*. **Kvalita vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a rodinou je základním předpokladem efektivní spolupráce.**

Stejně jako v jiných oblastech sociální práce, leží těžiště socioterapeutického procesu v interakcích, rozhovorech s rodinou. Proto jsou **komunikační techniky** pracovníkovým ústředním nástrojem pomoci rodině a prostředkem k navození změny v rodinném fungování. Mnohé tyto techniky byly původně koncipovány na poli psychoterapie či rodinné terapie. Z tohoto důvodu předcházela kapitole o sociální práci s ohroženou rodinou kapitola o vybraných rodinně terapeutických přístupech. Bechyňová v uvedené monografii uvádí komunikační techniky využitelné v rámci podpory ohrožené rodině, přičemž vybírá takové, které *„pomáhají hledat a udržovat motivaci dětí/rodičů, vytvářet vztah důvěry mezi pomáhajícími pracovníky a členy rodiny“*. Společnými znaky všech komunikačních technik užívaných při práci s rodinou by dle Bechyňové měly být tyto (parafrázováno):

- respekt a přijímání,
- podpora rodiny v přijetí pomoci,
- zmocňování a podpora kompetencí rodičů,
- důstojnost klientů i v situaci sdělování nepříjemných informací,
- vyjasňování a zpětná vazba,

- široký komunikační prostor pro rodinu.

Inspirací pro sociálního pracovníka mohou být následující techniky:

1. Přeznačkování:

Kategorizace, pojmenování a zařazování jevů je přirozenou snahou člověka o orientaci ve složitém světě a vymezení své pozice vůči jednotlivým jeho prvkům. Člověk, a stejně tak pomáhající pracovník, učitel či soudce, tak činí i ve vztahu k ostatním lidem. Lidé nějakým způsobem vybočující ze všeobecných norem, jsou často rychle „diagnostikováni, označkováni, onálepkováni“. Tuto nálepku samozřejmě vnímají a často ji i internalizují. Změna stavu se pak zdá být nemožnou. *„Přeznačkování nabízí jiné varianty pro vysvětlení a pochopení chování, které je hodnocené jako nežádoucí...umožňuje chápat chování v kontextu situace, dává příležitost dítěti, rodičům i pomáhajícím pracovníkům najít prostor pro porozumění a ovlivnit pozitivní změny.* (Bechyňová, 2008, s. 70). Cílem techniky není popření problémové skutečnosti nebo jevu, ale změna jeho konotace a posun od koncentrace na problém směrem k možnostem řešení. Např. agresivitu lze přeznačkovat na průraznost a energičnost, lenost na stabilitu apod. Přínosem techniky může být změna sebezpojetí členů rodiny i vnímání rodiny okolím. Změněné sebezpojetí a zvýšená sebeúcta jsou pak předpokladem schopnosti rodiny otevřít se kvalitativním změnám a věřit v ně. Slovy Bechyňové (2008, s. 71): *„technika přeznačkování je jako „lupa“, která pomáhá vidět nedostatky v chování dětí/rodičů jako zdroje jejich podpory, jako pracovní body pro sanaci rodiny“.*

2. Oceňování:

Oceňování je v rámci interakce sociálního pracovníka s rodinou nástrojem podporujícím růst a rozvoj rodiny a přispívá ke konstruktivním změnám. Oceňování je komunikací o respektu a pozornosti ze strany pracovníka. Oceňování nehodnotí. Dle Bechyňové je třeba jej odlišovat od chválení, které je výrazem nerovného vztahu mezi pracovníkem a rodinou a obsahuje hodnotící prvek. Může zvyšovat riziko stagnace rodiny nebo jejího odporu vůči pomoci. Praktické příklady oceňování předložené Bechyňovou (cit.):

- „Rodiče přišli na základě předvolání, i když na něj zpravidla nereagovali: „Děkuji, že jste si udělali čas a přišli jste.“
- Rodiče více než měsíc dodržují u dítěte stravovací doporučení, kontrolní vyšetření ukázalo zlepšení jaterních testů: „Dostala jsem zprávu od lékaře, že se

vašemu dítěti zlepšily jaterní testy. Máte z toho určitě radost. Oceňuji, že jste citliví k tomu, co vašemu dítěti prospívá.“

- Matka dodržuje tři měsíce splátkový kalendář za dlužné nájemné. Zpracovala si přehled příjmů a výdajů rodiny, aby se dále nemusela zadlužovat: *„Oceňuji vaši vůli dodržovat splátkový kalendář a hospodařit s málem. Jaké to pro vás je? Vím, že to každý nedokáže.“* (2008, s. 76).

3. Zpětná vazba

Poskytování zpětné vazby je důležitým prostředkem k udržování kontaktu rodiny s procesem změny. Zpětná vazba není totéž, co kritika, i když může poskytovat rodině informace o problematických skutečnostech. Zpětná vazba v sobě vždy zároveň obsahuje i možná řešení těchto skutečností. Je prostředkem sociálního učení rodiny. Její součástí by mělo být vždy oceňování. Aby byla zpětná vazba podpurným nástrojem, je vhodné dodržovat následující pravidla:

- začínat **oceněním** toho, co se rodině podařilo, případně neutrálním popisem situace,
- nepoužívat hodnotící přídavná jména v souvislosti se zúčastněnými osobami, viz značkování, vymezovat se vůči činnosti, resp. chování, nikoli vůči členům rodiny,
- zároveň s vymezením hledat cesty, **možnosti řešení**,
- **povzbuzovat**,
- probíraný problém **časově ohraničovat**, nepoužívat fatalistické pojmy.

Kritika je negativní zpětnou vazbou umožněnou mocenským postavením pracovníka, obsahující hodnocení vlastností, osobnosti nebo chování kritizovaného. Je spíše brzdou v procesu pozitivní změny.

4. Přerámcování

Přerámcování v rámci procesu sanace rodiny je definováno následovně: *„Přerámcování znamená změnu vztahového rámce v průběhu komunikace, když je vhodné změnit negativní postoj, posuzování druhého člověka nenásilnou, konstruktivní formou na pozitivní, nebo alespoň na neutrální. Je dovedností, která pomáhá neuzavřít komunikační pole mezi zúčastněnými.“* (Bechyňová, 2008, s. 80) Této techniky lze využít např. v situacích emočně vypjatých, kdy rodiče reagují na nějaké skutečnosti či informace odmítavě, hněvem či agresí.

Tyto reakce často souvisí s úzkostí, kterou rodiče v dané situaci prožívají. Důležitým předpokladem je pracovníkova schopnost odhadnout skutečné prožívání rodiče a jeho motivace, zájem. Součástí přerámcování je reflexe a verbalizace tohoto prožívání a jeho slovní akceptace pracovníkem. Cílem je udržet konstruktivní komunikaci s rodinou i v emočně náročných situacích, zmírnovat při ní jejich úzkost a napětí, otevřít prostor pro další spolupráci a společné hledání řešení.

Pracovníkova empatie je ve všech uvedených komunikačních technikách důležitou podmínkou. Empatie a její manifestace má sama o sobě terapeutický potenciál. Skrze ni může klient obdržet zprávu: „*tento člověk mi věří, myslí si, že mám svoji cenu. Možná, že skutečně mám svoji cenu. Snad bych si mohl začít vážit sám sebe.*“ (Rogers, in Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 83).

Jedním z prostředků pomoci rodinám v rámci sanace jsou tzv. případové konference. Realizace případových konferencí je považován současnými odborníky za základní kámen sanace rodiny. Případová konference je „*plánované a koordinované multidisciplinární setkání odborníků, kteří s rodinou a ohroženým dítětem pracují ve své každodenní praxi*“ (Bechyňová, 2008, s. 91). Jsou prostředkem ke zvýšení kvality a efektivity pomáhajícího procesu, umožňují objektivnější posouzení situace dítěte a rodiny, společně definované cíle a následný jednotný a souhlasný postup jednotlivých odborníků, předcházejí tak živelnosti v práci s rodinou. Výstupem případové konference je individuální plán sanace rodiny, který stanoví:

- Konkrétní změny v situaci dítěte a rodiny, kterých má být dosaženo,
- Konkrétní kroky a opatření vedoucí k těmto změnám,
- Zodpovědnost a pracovní úkoly jednotlivých účastníků, jak členů rodiny, tak odborníků,
- Časový harmonogram spolupráce s rodinou.

Rodiče musí být o svolání konference informováni a v případě zájmu se mohou zúčastnit. V současné době se případových konferencí příliš nevyužívá, sociálními pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí bývají často považovány za časově a pracovníčně natolik náročné, že to přesahuje rámec jejich možností. Přitom pracovníci OSPOD v pozici manažera pomoci rodině by měli být klíčovými pracovníky v konstrukci podpůrné profesionální sítě a ve svolávání případových konferencí. Díky zapojení více profesionálů a cílené koordinaci však mohou být případové konference naopak prostředkem k sestavení podpůrné sítě,

„urychlením“ práce s ohroženou rodinou a ulehčením pracovníků OSPOD. Současné praxi je naopak vytýkána absence koordinace a související roztržitost v podpoře rodiny.

Cílem sanace rodiny je obnovení narušených funkcí rodiny tak, aby zůstala zachována ve svém původním složení. Sanovány mohou být jak rodiny, které mají děti ve své péči a ve kterých existuje reálné riziko ohrožení optimálního vývoje dítěte z důvodu obtíží v rodinném fungování, tak rodiny, kterým bylo dítě odebráno z péče a umístěno do ústavní výchovy. Je třeba zdůraznit potřebu posílení sociální práce s rodinou po odnětí dítěte z péče rodičů. Odpovědné instituce by měly v takových případech vyvinout veškeré úsilí, aby dítě mohlo být v co nejkratší době navraceno do svého přirozeného prostředí. K tomu uvádí např. Černá (2007, s. 12): „*Z původní rodiny musí být vyzdviženy veškeré pozitivní aspekty vazby mezi dítětem a rodinou a musí být vhodným způsobem rozvíjeny. K tomu je však nezbytné vytvořit rodině prostor a sociální péči a nikoli jí klást překážky a omezení, např. formou izolace dítěte od rodiny, která může být důsledkem omezování osobního kontaktu a telefonátů, jakož i bránění krátkodobému pobytu dítěte v původním rodinném prostředí.*“

Praktická část:

6 Sociální služby pro ohrožené rodiny a děti z pohledu státních orgánů sociálně právní ochrany dětí na území hl. města Prahy

6.1 Východiska

Stávající šetření v oblasti sociálních služeb pro ohrožené rodiny z pohledu pražských OSPOD částečně navazuje na průzkum pražských OSPODů realizovaný pro účely postupové práce. Považuji za účelné tento předcházející průzkum krátce nastínit a shrnout jeho výstupy jako východiska pro přístup k šetření pro účely práce diplomové. Záměrem původního šetření, realizovaného ve spolupráci s jedenácti pražskými obvody v létě 2005, bylo zmapovat současnou situaci v poskytování služeb ohroženým rodinám a související **potřeby (zejména chybějící služby)** na území Prahy tak, **jak je vidí zástupci pražských OSPOD**, a pokusit se v rámci postupové práce na tyto potřeby a případná „bílá místa“ reagovat návrhem/konstrukcí

modelového zařízení/organizace, jež by chybějící služby poskytovala. Cílem tohoto průzkumu bylo nastínit:

- **potřeby pracovníků OSPOD ve vztahu k chybějícím službám** jako nejdůležitější téma dotazování;
- **metody práce OSPOD s ohroženými rodinami:**
 - služby, které OSPOD poskytuje rodinám ohroženým odebráním dítěte z péče - metody sociální práce;
 - služby, které OSPOD poskytuje rodinám, jimž bylo dítě (děti) odebrány do ústavní péče - metody sociální práce;
- **postoje pracovníků OSPOD k sanaci rodiny;**
- **potřeby pracovníků OSPOD vzhledem k pracovním podmínkám.**

Hlavním cílem bylo tedy zjistit **jaké služby OSPOD ohroženým rodinám poskytují a jaké naopak poskytovat nemohou (které chybí)**. Vedlejším, dokreslujícím tématem byly pracovní podmínky a postoje pracovníků OSPOD.

Závěry z původního šetření byly následující:

- Téměř všichni dotazovaní pracovníci uváděli potřebu lepšího přístupu k informacím, celoživotního vzdělávání a odborných výcviků, požadují více prostoru pro práci s klientem. Pouze supervize zůstávala všeobecně nedocenená.
- Částečná rigidita byla vnímána na straně zaměstnavatele (úřadu městské části), který odmítal financovat externího supervizora, vzdělávací aktivity, další pracovní místa. Činnost OSPOD byla dle jejich pracovníků často v rámci úřadu vnímána jako okrajová a nenáročná. Přesto byla znát určitá specifická hlavního města, v lepším přístupu k informacím, ke vzdělávacím programům, a pokud by o ni pracovníci usilovali, i k supervizi. Dalo se předpokládat, že situace v regionech může být proto zcela odlišná a vážnější.
- Sanaci rodiny až na výjimky pracovníci teoreticky vnímali jako metodu první volby, lišili se v názoru, v jakých rodinách se o ni lze pokoušet. **Převažoval však názor, že pro systematické úsilí o sanaci rodiny není v rámci činnosti OSPOD prostor, a že by tyto služby měly zajišťovat jiné instituce.**
- Co se týče metod sociální práce s ohroženými rodinami, pracovníci v souladu se současnými trendy souhlasně uváděli **návštěvy v rodinách** a práci s rodinami v jejich domácím prostředí jako nejeftektivnější. Jako další způsoby práce s rodinami

uvádějí zejména **poradenství** na pracovišti a **zprostředkování** odborných služeb. Problémem se nezdála být neznalost a neochota pracovníků rodinám adekvátní služby poskytovat, ale spíše **překážky organizačního rázu**. Nemožnost intenzivněji pracovat s rodinami pracovníci zdůvodňovali vnějšími pracovními podmínkami (malý počet pracovníků, mnoho administrativy, špatné prostorové podmínky). Nevyhovující pracovní podmínky (nedostatek soukromí pro rozhovor s klienty, stísněné prostory, „zavalení stohy papírů“ atd.) se během návštěv potvrdily. Jen jediná z dotazovaných m.č. disponovala hovornami a prostory pro hru dětí.

- □□□□□□ **Hlavním cílem** dotazování bylo zjistit **poptávku OSPOD po chybějících službách**. Dá se říci, že jako jednu z největších překážek pomoci ohroženým rodinám neviděly pracovnice v nedostatku služeb, ale **spíše v neochotě rodičů těchto služeb využít**. Stávající nabídka služeb pro rodiny s obtížemi v péči o děti byla však i na území hl. města Prahy v naprosté většině hodnocena jako **nedostatečná**.
- □□□□□□ Na přelomu roku 2005/2006 byla **zaměstnanci pražských OSPOD postrádána především:**
 - ❖ **zařízení pro asistenci styku rodiče s dítětem v případech tzv. syndromu zavrženého rodiče a pro terapii těchto rodin,**
 - ❖ **zařízení poskytující rodinnou terapii mnohoproblémovým rodinám,**
 - ❖ **pracoviště specializující se na sanaci rodiny,**
 - ❖ **zařízení pro dětskou krizovou intervenci,**
 - ❖ **dětská krizová lůžka,**
 - ❖ **neplacená mediační služba,**
 - ❖ **léčebně-výchovná zařízení pro děti drogově závislé.**

6.2 Cíl a metodika šetření

Orgány sociálně-právní ochrany dětí jsou jen jedním článkem systému sociální pomoci ohroženým rodinám. Jejich zástupci jsou však „vojáky v první linii“ a mohou tak poskytnout řadu podnětů týkajících se potřeb ohrožených rodin, chybějících služeb i systémových nedostatků v oblasti péče o ohroženou rodinu a dítě. Šetření profesionálních potřeb pracovníků OSPOD na území hl. města Prahy pro účely diplomové práce bylo součástí celorepublikového průzkumu, financovaného Nadací Terezy Maxové a realizovaného pod

metodickým vedením Katedry sociální práce FF UK. Dotazování na území Prahy i v ostatních regionech proběhlo v létě 2007. Na rozdíl od šetření pro práci postupovou jsem výzkumný nástroj – rámeček strukturovaného rozhovoru – nekoncepovala. Byla jsem však tazatelem u všech pražských odborů pro sociálně-právní ochranu dětí, které přistoupily na spolupráci (20 z celkového počtu 22). Rozhovory byly vedeny formou strukturovaného dotazování, koncept rozhovorů přikládám v příloze. Ve většině případů jsem hovořila s vedoucí/m oddělení. V naprosté většině se jednalo o sociální pracovníce - ženy, v jednom případě jsem hovořila s vedoucím pracovníkem - mužem. Jednotlivé rozhovory trvaly průměrně jednu hodinu. V souladu s principy kvalitativního výzkumu jsem nevstupovala do rozhovorů s předem připravenými předpoklady (hypotézami).

Cílem dotazování bylo nastínit:

- ❖..... Stávající „vybavenost“ OSPODů sociálními pracovníky,
- ❖..... možné změny v obsazení pracovních míst v souvislosti s přijetím vzdělávacích standardů pro pracovníky sociálně-právní ochrany dětí,
- ❖..... potřeby pracovníků OSPOD ve vztahu ke vzdělávání,
- ❖..... potřeby pracovníků OSPOD ve vztahu k jejich profesionální praxi,
- ❖..... hodnocení dostupnosti a kvality sociálních služeb pro ohrožené rodiny a děti z pohledu pracovníků OSPOD,
- ❖..... služby pracovníky postrádané a požadované.

Struktura rozhovoru byla koncepována odborníky na půdě katedry sociální práce FF UK. Vzhledem k rozsahu šetření a umožnění srovnatelnosti dat získaných v jednotlivých regionech ČR byly otázky rozhovoru formulovány kvantitativně. Rozhovory, které jsem provedla se zástupci dvaceti pražských OSPODů, sledovaly tedy dva druhy cílů:

- ❖..... cíle definované zadavatelem šetření, odrážející se v zaměření rozhovorů a metodologií dotazování a zpracování – viz výše uvedené body,
- ❖..... cíle spojené se skutečnostmi zkoumanými v rámci diplomové práce:

V postupové práci, na níž diplomová práce navazuje, jsem se ve svém šetření zaměřila na organizační a hodnotový kontext služeb poskytovaných pražskými OSPODy. V diplomové práci se zaměřuji spíše na otázky přístupu pomáhajícího pracovníka ke konkrétním rodinám, metod sociální práce s ohroženou rodinou a jejich teoretických zdrojů, vybraných

K těmto skutečnostem směřovaly jednak otázky o stávající kvalifikaci konkrétního respondenta, jednak otázky o kvalifikaci a dalším vzdělávání ostatních pracovníků oddělení. Tyto otázky nabízely odpověď na následující škále:

- ❖..... Kvalifikační předpoklady podle zákona č. 108/2006 Sb. respondent/ ostatní pracovní OSPOD:
 - a. odpovídající zákonu (tzn. VOŠ, Bc., Mgr. v oborech sociální práce, sociální pedagogika apod.)
 - b. doplňuje si/doplní si vzdělání par. 110 písm. C) (VŠ jiného směru a 200 hodin kurzu sociální práce)
 - c. doplňuje si/doplní si vzdělání VŠ/VOŠ
 - d. nevztahují se na něj kvalifikační předpoklady (k 1.1.2007 mu bylo 50 a více let)
 - e. prozatím nesplňuje.

V souvislosti s formulací otázek a takto uvedené škály se během dotazování ukázaly určité metodologické obtíže. Sociální pracovníci státních orgánů sociálně-právní ochrany dětí jsou častým (a nutno poznamenat, že ne vždy neoprávněně) terčem kritiky jak ze strany odborné veřejnosti a zejména její nestátní neziskové části, tak ze strany veřejnosti laické, nejčastěji zastupované médií. Je celkem pochopitelné, že dotazovaní pracovníci i v případech, kdy prozatím nesplňují nově požadované kvalifikační předpoklady a v nejbližší době neplánují podání přihlášky k vysokoškolskému studiu sociální práce, zvolí raději odpověď o plánovaném doplnění vzdělání než odpověď o nesplnění kvalifikační normy. Obzvláště to pak bude platit o vedoucích pracovnících, kteří jsou odpovědní za odbornost a kvalifikaci svých podřízených. Domnívám se proto, že takto položené otázky nemohou zcela přesně vypovídat o skutečném stavu a rozvoji kvalifikace stávajících pracovníků OSPOD. Během rozhovorů navazujících na takto položené otázky se zároveň projevila obava pracovníků z požadavku na doplnění vzdělání vysokoškolským studiem. Jeho realizace při současném výkonu zaměstnání sociálního pracovníka OSPOD se jeví jako velmi náročná. Naopak nabídku v oblasti celoživotního vzdělávání (formou krátkodobých seminářů a kurzů) hodnotí pražští sociální pracovníci vcelku kladně. V žádném z případů neposkytuje takové vzdělávání sám zaměstnavatel, tj. úřad pražské městské části, v naprosté většině je hradí svým zaměstnancům u jiného, externího dodavatele. V menší míře se pracovníci vzdělávají na své vlastní náklady, jedná se o případy pracovníků, kteří již nastoupili do VŠ studia během zaměstnání.

Překvapivým zjištěním byl fakt, že téměř žádný z pražských OSPOD neuvedl další možnost vzdělávání, pouze jeden uvedl financování vzdělávacích programů z prostředků fondů EU.

Pro téma diplomové práce vnímám jako klíčové otázky směřující k popisu témat aktuálně využívaných vzdělávacích programů a především k popisu poptávky po programech z pohledu sociálních pracovníků chybějících. Jednalo se o otázky:

❖..... Jmenujte tři oblasti, ve kterých se pracovníci vzdělávají nejčastěji:

Zástupci pražských OSPOD souhlasně uváděli následující oblasti: ochrana dětí ohrožených syndromem CAN, problematika domácího násilí, komunikační dovednosti v případech interakce s agresivním klientem, náhradní rodinná péče, aktuální změny zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

❖..... Uveďte tři oblasti, ve kterých by se podle Vás měli pracovníci vašeho OSPOD vzdělávat především:

Naopak odpovědi popisující poptávku sociálních pracovníků po chybějících oblastech vzdělávání byly velice různorodé a pestré. Vyskytly se však i ojedinělé případy, kdy pracovníci považovali stávající nabídku za dostatečnou a neměli žádné požadavky. V ostatních případech zazněly tyto podněty: jako chybějící a potřebné jsou vnímány vzdělávací programy v oblastech:

- Příprava a administrace projektů do Evropského sociálního fondu a dalších
- fundraisingové aktivity obecně,
- mediace, zejména mezi rozcházejícími se rodiči a v případech tzv. syndromu zavrženého rodiče,
- komunikační nástroje a vedení podpůrného rozhovoru,
- výcvik v asertivitě,
- výcvik v první pomoci,
- výcvik v sebeobraně (s odůvodněním, že agresivita klientů roste),
- výcvik v práci se stresem, v prevenci syndromu vyhoření, relaxačních technikách.

Překvapujícím bylo zjištění, že pracovníci nepožadují kromě mediačních postupů a komunikace v emočně vypjatých situacích rozvojové programy v oblastech metod sociální práce, v rodinně terapeutických postupech a dalších odborných kompetencích, jak by se dalo

očekávat. Spíše postrádají programy orientované na vlastní bezpečí a „obranu“. To může souviset s celkově předkládanou přetížeností a deklarovanou vyčerpaností pracovníků OSPOD. V podstatě lze ale jejich požadavky považovat za oprávněné. V ziskovém sektoru i v psychicky méně zatěžujících povoláních je dnes již běžným trendem pečovat o pohodu a rozvoj zaměstnanců, včetně podpory jejich vzájemných vztahů, jako prostředek zvyšování kvality a efektivity jejich práce. Naopak sociální pracovníci (státního i nestátního sektoru) přes obrovské zatížení nemají k dispozici téměř žádné prostředky pro rozvoj lidských zdrojů a prevenci vyhoření. Ve stavu vyčerpání pak mohou rezignovat na další vzdělávání a cestou k obnovení jejich nasazení je pak opravdu spíše péče o psychickou pohodu, než intenzivní vědomostní výcvik. Stejně tak supervize není v rámci OSPODů ještě normou, i když oproti zjištěním šetření realizované pro účely postupové práce došlo k jejímu částečnému rozšíření.

● **□□□□□□□ Problémové oblasti v každodenní praxi sociálního pracovníka OSPOD:**

Tyto skutečnosti byly zjišťovány otázkou:

❖..... Co Vám nejvíce komplikuje život?

Respondenti volili odpovědi na škále vůbec ne – málo – ano, ale ne zásadně – velmi ze 14-ti taxativně vymezených možností a jedné otevřené. Jako o nejvíce komplikující a pro efektivní práci znamenající významné překážky označovali pracovníci zejména:

- Nedostatečný počet pracovníků,
- Nevyhovující prostory (absence hovoren, soukromí pro práci s klienty, absence herny pro přicházející děti),
- Problémy související s novou legislativou (existence rozporných ustanovení, rozpory v pravomocích a postojích nadřízených institucí – MPSV/MHMP, problematické a nejasné formulace, „bílá místa“ v legislativní úpravě),
- Nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků
- Způsob řízení, organizační kultura celého úřadu (překvapivě často považováno za velmi problematickou, pracovníci často vnímají svoje oddělení jako „stát ve státě“, cítí se v rámci aktivit úřadu nedocení, vzhledem k celkovému rozpočtu mizivě financování, jejich pracoviště bývají poměrně často umístěována na detašovaná místa mimo hlavní sídlo městské části).

- Nevhodně rozvržená pracovní doba (vzhledem k metodám sociální práce s ohroženými rodinami, které vyžadují práci v terénu, návštěvy rodin ve večerních či časně ranních hodinách, účast během soudních řízení či v souladu s aktuálními trendy na případových konferencích, návštěvy v ústavních zařízeních apod. deklarují pracovníci akutní potřebu pohyblivé/klouzavé pracovní doby. Je až zarážející, že ji mnohá pracoviště neumožňují a rovněž problematicky finančně ohodnocují nutné přesčasy).
- V rámci otevřené otázky pak pracovníci uváděli např. potřebu doplnění pracovního týmu o administrativní sílu, potřebu jasných a srozumitelných metodických dokumentů a rozšíření spolupráce s nadřízenými institucemi.

Jako nejméně problematickou vnímali zástupci OSPOD oblast ochoty ke spolupráci u NNO (spíše se vymezovali vůči kvalitě nabízených služeb a spolupráci v případě tzv. nemotivovaných klientů), problém neviděli vesměs ani v nedostatku informací o navazujících službách, minimální byly výhrady k technickému vybavení pracoviště, nabízeným vzdělávacím programům).

• **Navazující sociální služby a jejich dostupnost, případná „bílá místa“ z pohledu pracovníku pražských OSPOD**

Hodnocení a postoje pracovníků k navazujícím sociálním službám byly zkoumány v rámci otázky taxativně vymezující jednotlivé druhy služeb a hodnotících jejich dostupnost na dvourozměrné škále dostupná – nedostupná (chyběla možnost „nevím“) a kvalitu spolupráce i služby celkově z pohledu pracovníka na škále dobrá nebo spíše dobrá – špatná nebo spíše špatná – neumí posoudit. V průběhu dotazování se ukázalo, že takto formulované zkoumání postojů a potřeb pracovníků je z hlediska objektivnosti a informační výpovědi problematická ze dvou důvodů. Prvním z nich je specifická hlavního města ve vybavenosti služeb. Služby, které jsou dle výpovědí v rámci obce (tj. městské části) nedostupné jsou ve většině případů dostupné alespoň v rámci Prahy jako celku; výstupy z šetření tak mohou být poněkud zavádějící. Druhým důvodem je nízký informační přínos uzavřených otázek, zde navíc umocněn úzkým výběrem možných odpovědí. Pro zkoumání těchto skutečností bych proto volila raději otázky otevřené, které by dávaly pracovníkům prostor konkrétně se vyjádřit ke konkrétním službám.

Otázka nabízela k hodnocení následující služby:

- Pedagogicko-psychologická poradna

- Volnočasová centra
- Speciálně-pedagogické centrum
- Mateřská centra
- Centrum sociálních služeb
- Poradna pro uprchlíky
- Manželská a předmanželská poradna
- Úřad práce
- Organizace pro zdravotně postižené
- Organizace poskytující rekvalifikaci
- Denní/týdenní stacionář
- Azyl pro matky s dětmi
- Azyl pro muže
- Azyl pro rodiny
- Dům na půli cesty
- FOD – Klokánek
- K-centrum
- Terénní služby pro rodiny
- Středisko výchovné péče
- Diagnostický ústav
- Ústav sociální péče pro děti
- Jiné ústavní zařízení (DD, KÚ)
- Organizace pro ranou péči
- Organizace poskytující služby pro pěstounskou péči
- Probační a mediační služba
- Jiné.

Z výše uvedených důvodů se v rámci Prahy jeví většina uvedených služeb jako dostupných. Nedostatečná kapacita je pracovníky shodně uváděna u azylových zařízení, jako zcela nedostačující je charakterizována nabídka azylového ubytování pro matky s dětmi, jako neexistující azyl pro otce a zejména pro celé rodiny. Úroveň spolupráce se zástupci navazujících služeb je hodnocena převážně jako dobrá, případně ji pracovníci neumí posoudit, protože s danou institucí nespolupracují (manželské poradny, ÚSP, stacionáře). Rozporuplně byla hodnocena pouze spolupráce s Fondem ohrožených dětí – Klokánky; rozpory v pojetí pomoci dítěti rodiny a OSPODy jsou však všeobecně známým faktem.

Z nastíněných důvodů považuji za přínosnější otázku navazující, pokládanou pracovníkům OSPOD s cílem **pojmenovat „mezery na trhu“** sociálních služeb pro ohrožené rodiny:

❖..... „Které další služby pro rodiny v místě Vašeho působení postrádáte a měly by vzniknout? (Vyjmenujte)“

Vymezení chybějících služeb a služeb, které sice existují, ale v nedostatečné míře, se v podstatě překrývalo se zjištěními vyplývajícími ze šetření pro účely postupové práce. Protože pojmenování potřeb a postihnutí chybějících článků v síti podpůrných služeb může být podnětem k jejich zakládání, ať již z podnětu státních institucí či pravděpodobněji jako aktivita neziskových organizací působících v oblasti sociálně-právní ochrany, považuji za účelné na tomto místě shrnout podněty sociálních pracovníků v této oblasti. Jako chybějící nebo nedostačující vidí zástupci OSPOD zejména služby:

- **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** komplexně poskytující služby krizové intervence, krizových dětských lůžek, schopných přijmout sourozenecké skupiny, rodinnou intervenci, rodinnou terapii a dětskou psychoterapii (u nás takto komplexní služby poskytuje prozatím pouze Dětské krizové centrum, jehož kapacita je v rámci Prahy a okolí vnímána jako nepostačující)
- **Zařízení zaměřené na sanaci rodiny** a poskytující terénní služby
- **Preventivní programy pro potenciálně ohrožené rodiny**, u nichž se dá fundovaně předpokládat riziko zanedbávání nebo jiného špatného zacházení s dítětem
- **Zařízení pro asistenci styku rodiče s dítětem** v případech tzv. syndromu zavrženého rodiče a pro terapii těchto rodin
- Neplacená **mediační služba** pro problematické či v krizi se nacházející rodinné vztahy

- Poradenské služby pro děti umístěné v náhradní rodinné péči
- **Přechodná/profesionální pěstounská péče** (k tomuto tématu stále přetrvávají mezi sociálními pracovníky názorové rozdíly: její odpůrci argumentují nebezpečností navázání citové vazby dítěte k pěstounům a jeho traumatizace po ukončení péče)
- **Specializované zařízení pro závislé matky/rodiče**, které by bylo schopno přijmout matku i s dítětem a kromě terapie závislosti poskytovalo také programy na podporu rozvoje vztahu mezi matkou a dítětem a podpoře rodičovských kompetencí
- **Dobrovolnické programy** pro starší děti v ohrožených rodinách (doprovázení a podpora účasti na volnočasových aktivitách, podpora při školní přípravě, pozitivní vzory, podpůrná síť)
- **Komplexní rodinná terapie** – pracovníky opakovaně jmenovaná jako kapacitně zcela nedostačující, u stávajících poskytovatelů několik měsíců trvající čekací lhůty, které mají často za důsledek zhoršení rodinné situace či ztrátu motivace rodiny k přijetí pomoci
- **Komplexní služby pro psychicky nemocné děti**
- **Specializované zařízení pro závislé děti** (tyto děti bývají umísťovány na oddělení dětské psychiatrie, která nejsou pro problematiku dětských závislostí dostatečně vybavená)
- **Zvýšení stávající nabídky azylového bydlení pro matky s dětmi, zavedení azyků pro celé rodiny**
- **Programy podpory pěstounské péče** (systematická podpora stávajících pěstounů, zahrnující poradenství, krizovou intervenci, podpůrná setkávání a svépomocné aktivity)
- **Kampaně na podporu pěstounské péče.**

Žádná z dotazovaných městských částí neměla v době šetření vypracovaný komunitní plán sociálních služeb, sociální pracovníci věděli o jejich přípravě, ale neúčastnili se.

6.4 Shrnutí, komentáře

Cílem šetření na půdě orgánů sociálně-právní ochrany dětí bylo jednak nastínit potřeby pracovníků ve vztahu k výkonu profese, ve vztahu ke vzdělávání a nově stanoveným kvalifikačním požadavkům, jednak popsat jejich vnímání navazujících a souvisejících služeb pro ohrožené rodiny a děti. Ústředním pak bylo zjišťování, jaké služby tyto pracovníci nejvíce postrádají. Je možné

konstatovat, že průzkum potvrdil dříve zjištěné skutečnosti. Pracovníci stále deklarují potřebu navýšení jejich počtu jako prostředku zkvalitnění jejich práce, snížení administrativní zátěže, programů rozvoje lidských zdrojů a supervize. V oblasti vzdělávání by pracovníci uvítali programy zaměřené na získávání finančních zdrojů pro podporu profesního rozvoje a rozšíření nabídky poskytovaných služeb, výcviky v mediačních a dalších komunikačních technikách, programy pro rozvoj asertivity. Nebylo překvapujícím zjištěním, že pracovníci spíše než vzdělávací kurzy preferovali rozvojové programy v oblasti relaxačních technik, prevence vyhoření, sportovní aktivity či dokonce team-buildingové činnosti. Dá se předpokládat, že to souvisí s celkovou subjektivní přetížeností státních sociálních pracovníků a lze tyto požadavky považovat za oprávněné. Častým steskem byla kritika nízkého finančního ohodnocení, nevyhovujících podmínek na pracovišti (absence hovoren, heren), nespokojenost s managementem v rámci úřadu městské části, s absencí metodického vedení. Ústřední cílem bylo postihnout „mezery na trhu“ sociálních služeb pro ohrožené rodiny tak, jak je vnímají zástupci pražských OSPOD. Jako nejvíce „nedostatkové“ byly pracovníky označeny odborné organizace, které by terapeuticky pracovaly s rodinami trpícími tzv. syndromem zavrženého rodiče, zařízení zaměřené na sanaci rodiny poskytující komplexní programy, krizová zařízení a azylové domy pro děti, rodinná terapie obecně a terapeutická zařízení pro děti závislé na psychotropních látkách.

Z výstupů šetření vyplývá přetrvávající potřeba navýšení počtu sociálních pracovníků, tzn. uvolnění finančních prostředků pro vytvoření jejich pracovních míst. Další možností je snaha o zvýšení efektivity a rychlosti práce pracovníků jednak jejich vzděláváním, jednak aplikací nových trendů v přístupu k práci s ohroženou rodinou, jako je např. přístup multidisciplinární a svolávání případových konferencí, jednak vytvořením podmínek pro vznik nových služeb pomoci rodinám v rámci neziskového sektoru, které by práci státních sociálních pracovníků podporovaly, doplňovaly a dále rozvíjely.



Závěr

Ústředním cílem diplomové práce bylo pokusit se nastínit vybraná teoretická východiska a metodologické postupy potenciálně uplatnitelné v každodenní praxi sociálního pracovníka orientovaného na podporu a pomoc ohroženým rodinám a dětem. Diplomová práce sleduje uvedené téma na schématu: základní teoretická východiska o vlivu primárního vztahu dítěte na jeho vývoj, otázky diagnostiky funkčnosti rodiny jako prostředku k efektivní pomoci, vybrané, v sociální práci uplatnitelné, rodinně terapeutické a intervenční přístupy a modely sociální práce s rodinou hierarchizované na ose prevence – intervence. Cílem teoretické části nebylo komplexně popsat dostupné modely a přístupy nebo preferovat některý z nich, cílem bylo pokusit se nabídnout přístupy potenciálně inspirující. Proto byl kladen důraz na konkrétní postupy spíše než na vysoce abstraktní konstrukty jednotlivých teorií. Jako ústřední byly vnímány přístupy rodinně terapeutické, sledující stejně jako sociální práce s rodinou její posílení, stabilizaci, obnovu narušených funkcí, optimalizaci vývoje přítomných dětí a pohodu všech členů. V rámci diplomové práce jsem se pokusila rovněž o vymezení vztahu mezi oborem sociální práce a oborem rodinné terapie, o nástin některých aktuálních trendů společných pro obě oblasti (např. orientace na silné stránky, na vnitřní zdroje jednotlivců i rodinných systému spíše než na stránky dysfunkční, patologické či problémové; model řešení problému, odolnost/resilienci rodiny apod.) a nástin praktických otázek problematiky sanace rodiny tak, jak ji vnímají současní autoři. Je třeba na tomto místě kriticky zhodnotit, že diplomová práce uvedená témata pouze otevírá, naznačuje. Její rozsah neumožňuje skutečně intenzivní vhled do problematiky. Výstupem teoretické části může být konstatování, že sociální práce jako „oslava eklektického přístupu“, včetně sociální práce s ohroženou rodinou má k dispozici mnoho uplatnitelných teoretických zdrojů, zejména na poli zmiňované rodinné terapie. Zároveň zůstává v oblasti pomoci ohroženým rodinám a související ochraně dětí mnoho oblastí k hlubšímu zkoumání. Jedním z takových témat je například diagnostika funkčnosti rodiny jako prostředku cílené a efektivní pomoci.

V rámci praktické části diplomové práce byly popsány výstupy z šetření potřeb sociálních pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí v regionu Praha. Toto šetření bylo realizováno v rámci celorepublikového průzkumu zadaného a financovaného Nadací Terezy Maxové. Klíčovým předmětem zkoumání z hlediska tématu diplomové práce byly potřeby sociálních pracovníků ve vztahu k chybějícím sociálním službám pro ohrožené rodiny. Během dotazování se vyskytly určité metodologické obtíže, vyplývající ze specifik hlavního města Prahy. Za důležitý výstup z šetření považuji deklaraci postrádaných služeb, jež může být

inspirací pro aktivity státních i nestátních organizací působících v oblasti sociálně-právní ochrany. Souhlasně s šetřením realizovaným pro potřeby postupové práce byly jako nejvíc potřebné jmenovány zařízení zaměřené na sanaci rodiny, zařízení poskytující komplexní rodinnou terapii, zařízení pro asistovaný styk rodiče s dítětem, terapeutická zařízení pro závislé matky/rodiče, azylové bydlení ve všech jeho formách a v neposlední řadě také zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc zahrnující možnosti krizové intervence, krizová lůžka i následnou terapii dítěte i rodiny. Z výstupů šetření vyplývá přetrvávající potřeba navýšení počtu sociálních pracovníků, tzn. uvolnění finančních prostředků pro vytvoření jejich pracovních míst. Další možností je snaha o zvýšení efektivity a rychlosti práce pracovníků jednak jejich vzděláváním, jednak aplikací nových trendů v přístupu k práci s ohroženou rodinou, jako je např. přístup multidisciplinární a svolávání případových konferencí, jednak vytvořením podmínek pro vznik nových služeb pomoci rodinám v rámci neziskového sektoru, které by práci státních sociálních pracovníků podporovaly, doplňovaly a dále rozvíjely.

Seznam použité literatury:

„Děti a jejich problémy“ – sborník studií, Sdružení Linka bezpečí, Praha 2005,

ISBN 80-239-4482-7

Bechyňová, V., Konvičková, M.: „Sanace rodiny“, Portál, Praha 2008,

ISBN 978-80-7307-392-5

Dunovský, J. a kol.: Sociální pediatrie, Grada 1999, ISBN 80-7169-254-9

Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z.: „Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě“, Grada, Praha 1995, ISBN 80-7169-192-5

Giddens, A.: Sociologie. Praha, Argo 1999, ISBN 80-7203-124-4

Gjuričová, Š., Kubička, J.: „Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy“, Grada, Praha 2003, ISBN 80-247-0415-3

Kastová, V.: „Krise a tvořivý přístup k ní“, Portál, Praha 2000, ISBN 80-7178-365-x

Kim Bergová, I.: „Posílení rodiny – příručka krátké terapie“, Institut pro systemickou zkušenost, Písek

Koukolík, F., Drtilová J.: „Vzpouora deprivantů“, Makropulos, Praha 1996,

ISBN 978-80-7262-410-2

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: „Dětská psychoterapie“, 2. Vyd., Portál, Praha 2000, ISBN 80-7178-381-1

Langmeier, J., Krejčířová, D.: „Vývojová psychologie“, Grada, Praha 1998,

ISBN 80-247-1284-9

Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. Praha, Avicenum 1968,1974

Matějček, Z.: „Co děti nejvíce potřebují“, Portál, Praha 1994,

ISBN 978-80-7367-504-2

Matoušek, O. a kol.: „Metody a řízení sociální práce“, Portál, Praha 2003,

ISBN 80-7178-548-2

Matoušek, O. a kol.: „Sociální služby“, Portál, Praha 2007,

ISBN 978-80-7367-310-9

Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. (eds.): Sociální práce v praxi, Praha, Portál 2005

Matoušek, O.: „Rodina jako instituce a vztahová síť“, 2. vyd., Sociologické nakladatelství, Praha 2007, ISBN 80-86429-19-9

Možný, I.: „Sociologie rodiny“, Sociologické nakladatelství, Praha 2002,
ISBN 80-86429-05-9

Pemová, T.: Práce s rodinou a v rodině: Programy Home-visiting. Diplomová práce FF UK, Praha, 2003

Pilařová, M., Pöthe, P.: „Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence – sborník“, Futurum, Praha 2001

Plaňava, I., Pilát, M. (eds.): „Děti, mládež a rodiny v období transformace“, Barrister and principal, 80-86598-36-5

Rheinwaldová, E.: Rodičovství není pro každého. Praha, Motto 1993

Satirová V., Banmen J., Greberová J., Gomoriová M. : „Model růstu – Za hranice rodinné terapie“, Cesta, Brno, 2005, ISBN 80-7295-071-1

Satirová, V.: „Společná terapie rodiny“, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-303-1

„Světová konference o rodině Praha 2007“, Sborník abstrakt, Galén, Praha 2007,
ISBN 978-80-7262-490-4

Simon B.F., Stierlin H.: „Slovník rodinné terapie“, Konfrontace, 1995,
ISBN 80-901773-1-x

Smutek, M.: „Model řešení problému v sociální práci“, Gaudeamus, hradec Králové 2006,
ISBN 80-7041-596-7

Smutková, L.: „Sociální práce s rodinou“, Gaudeamus, Hradec Králové 2007,
ISBN 978-80-7041-069-1

Sobotková, I.: „Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost“, MPSV, Praha 2003,
ISBN 80-86552-62-4

Sobotková, I.: „Psychologie rodiny“, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-250-8
„Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém“, Kol.aut., IREAS, Praha 2007,
ISBN 978-80-86684-47-5

Šulová, L., Zaoche-Gaudron, CH.: „Předškolní dítě a jeho svět – L'Enfant d'âge préscolaire et son monde“, Nakladatelství Karolinum, Praha 2003, ISBN 80-246-0752-2

Úlehla, I.: Umění pomáhat., Sociologické nakladatelství (SLON), Praha 1999

„Umění psychoterapie“, Kol.aut., Portál, Praha 2005, ISBN 80-7178-972-0

Vágnerová, M.: „Psychopatologie pro pomáhající profese“, Portál, Praha 1999, ISBN 80-7178-214-9

Vidová, T.: „Sociální práce a rodina s narušenou funkcí“, Diplomová práce FF UK, Praha 2000

Ziegler, D.: „Traumatic Experience and the Brain“, Acacia Publishing, Inc., Phoenix, Arizona 2002, ISBN 0967118751

Diplomová práce - Resumé

Název: Sociální služby pro ohrožené rodiny (teoretická východiska a aktuální problémy z pohledu OSPOD v regionu Praha)

Jana Brandejsová

Ústředním tématem diplomové práce jsou teoretické koncepty uplatnitelné v praxi a metodách sociálního pracovníka zaměřeného na pomoc ohroženým rodinám. Struktura diplomové práce sleduje téma podpory ohrožené rodině a dítěti na ose: základní teoretická východiska o vlivu primárního vztahu dítěte na jeho vývoj, otázky diagnostiky funkčnosti rodiny jako prostředku k efektivní pomoci, vybrané, v sociální práci uplatnitelné, rodinně terapeutické a intervenční přístupy, modely sociální práce s rodinou hierarchizované na schématu prevence – intervence. Cílem diplomové práce není komplexně popsat dané teoretické modely nebo preferovat některý z nich, ale poukázat na ty podněty, které mohou být prospěšné rodinně orientovanému sociálnímu pracovníkovi. Uvedená koncepce diplomové práce vychází z předpokladu, že sociální pracovníci jsou všeobecně kvalitně vzdělávání v oblasti sociálně-právního kontextu poskytování služeb, postrádají však dostatečnou vybavenost v oblasti praktických metod sociální práce, socioterapie či rodinné terapie jako nástrojů efektivní pomoci rodinám. Cílem teoretické části diplomové práce tedy není popis legislativního rámce sociálních služeb pro rodiny ani popis konkrétních institucí (těmto tématům se autorka věnovala v rámci své postupové práce), ale nastínit možnosti zdrojů inspirace pro konkrétní práci s ohroženou rodinou. Sociální služby jsou pak v rámci struktury diplomové práce vnímány jako syntéza rodinných a individuálních potřeb a intervenčních přístupů v praxi a je jim věnována praktická část diplomové práce.

V rámci praktické části diplomové práce následuje popis aktuálních problémů v oblasti sociálních služeb pro ohrožené rodiny z pohledu pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí na území hlavního města Prahy na základě šetření provedeného v rámci celorepublikového průzkumu financovaného Nadací Terezy Maxové. Šetření bylo realizováno prostřednictvím strukturovaných rozhovorů se zástupci pražských OSPOD. Cílem šetření bylo nastínit stávající potřeby sociálních pracovníků ve vztahu k jejich profesionální praxi, ve vztahu ke vzdělávání a zejména pak ve vztahu k chybějícím navazujícím službám. Závěry z šetření potvrdily zjištění předchozího šetření, realizovaného autorkou pro potřeby postupové práce: nedostačující počty a přetíženost pracovníků, přílišná administrativní zátěž, nevyhovující zázemí pro výkon profese. Jako nejvíce postrádané služby pak pracovníci označují: komplexní rodinnou terapii, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, mediaci a zařízení pro realizaci styku dítěte se „zavrženým“ rodičem, specializované zařízení pro závislé matky, posílení azylových domů pro rodiny. Závěry a doporučení spadají do oblasti metod sociální práce (např. realizace případových konferencí) a oblasti sociálně-politické (např. financování sociální práce).

V Praze dne 30. prosince 2008

Graduation Thesis – Abstract (Resume)

Title: Social Services for Exposed Families (in OSPOD perspective for Prague region)

Jana Brandejsova

The key topics of this thesis are theoretical concepts that can be applied in practise and methods for social workers focusing on support of exposed families. The structure of this thesis correlates with the topic of the support of exposed families and children; basic theoretical outputs about impact of the primary relation of the children for its growth, questions of diagnostics for family function as means for effective help. Further, selected, in social work applicable for family therapeutic and intervention concepts, models of social work with families following hierarchy scheme prevention and intervention. The aim of this thesis is not to describe provided theoretical models or prioritize any of those models but to highlight the key points that can be useful for family focused social workers. Presented concept of this thesis assumes that social workers are mostly highly educated people in area of social and legal context of providing services however many times they are lacking in area of practical methods of social work, socio-therapy or family therapy as a tool for effective help to families. The aim of the theoretical part of this thesis is not a description of the legal framework of social services for families or description of particular institutions (author covered those topics in the previous work) but providing possible sources of inspiration for particular work with exposed family. Within the framework of this thesis, social services are considered as synthesis of family and individual needs and intervention approaches and those are further analysed in the practical part of this thesis.

The practical part of this thesis provides description of real problems in area of social services for exposed families from the perspective of workers for social-legal protection of children in Prague, based on the country survey supported by Foundation of Tereza Maxova. The survey was executed through structured interviews with representatives of Prague's OSPOD. The aim of this investigation was to highlight needs of social workers in terms of their professional experience, in relation with education and especially in relation with missing following services. The conclusion from this research confirmed results already presented in the previous investigation executed by the author; lack of resources and their overload, too much bureaucracy, un-suitable conditions for performing their work. Workers pointed out following services that are currently unavailable; complex family therapy, institutions for children with immediate needs, mediation and institutions for enabling meeting for children with "rejected" parent, special institutions for addicted mothers, supporting asylum houses for families. Conclusions and recommendations belong to area of social work (for example organising conferences with case studies) and social-political area (for example financing social services).

Prague, December 30th, 2008