

Práce s rodinou

Oldřich Matoušek

11.1 Rodina jako podpůrná instituce

Založení rodiny, velikost rodiny ani způsob rodinného soužití nebyly v našem civilizačním okruhu až do 19. století věcí individuální volby. Nové rodiny se zakládaly kvůli státu (to byl primární motiv např. u starých Řeků) a kvůli zájmu orientačních rodin, resp. rodů, z nichž manželé pocházeli. Ve středověku bylo k založení rodiny třeba mít i souhlas vrchnosti. Kromě těchto světských nutností bylo historicky donedávna založení rodiny bezvýjimečně i smlouvou s Prozřetelností, jak to např. stručně vyjadřuje křesťanská formule: Co Bůh spojil, člověk nerozdvoji.

Vyvazování jednotlivce ze sociálních struktur osudově determinujících jeho možnosti i z podřízenosti Boží autoritě zahájila renesance. Romantismus v reakci na racionalismus osvícenství zdůraznil jako vysokou hodnotu cit. Lidé moderní doby, tzn. doby industriální, začali brát svůj osud do vlastních rukou. V nejvážnějších životních rozhodnutích – k nimž jistě patří založení rodiny a početí dětí – se řídili tím, co oni osobně cítili a preferovali. Dalšími významnými činiteli, které během 20. století formovaly podobu rodiny, byly masivní vstup žen na trh práce a rozšíření antikoncepčních prostředků. Ženy se tak vyzávaly z podřízenosti mužům, na niž byl založen tradiční model patriarchální rodiny.

Postmoderní rodiny již nejsou zakládány proto, aby reprodukovaly populaci nebo jinak prospívaly velkým společenstvím lidí. Rodiny postmoderní doby jsou zakládány kvůli uspokojování citových potřeb partnerů (nikoli dětí!). Stabilita těchto rodin proto stojí a padá s citovou bilancí partnerského vztahu. Rodina je

stále více privátním podnikem. Jen některé rodiny si dnes nechávají posvětit manželský svazek v kostele, stále méně rodin si jej nechává potvrdit úředně, takže roste počet nesezdaných soužití. Doba, kdy se partnerům narodí děti, i počet dětí jsou uváženou volbou jednotlivců. Teprve před sto lety, přesněji mezi roky 1880 a 1910, skončila v Evropě doba, ve které manželé o vhodné době k narození dítěte, ani o počtu dětí neuvažovali. Děti jim „posílal Bůh“ asi tak, jako nám osud posílá nemoci. Dnes v bohatých západních státech roste jak počet dětí narozených mimo manželství, tak počet dvojic programově bezdětných.

Dítě je v současnosti především citovou investicí. Z čistě ekonomického hlediska je dítě investice velká a nevratná. Proto je pečlivě zvažována a proto se v rozvinutých zemích rodí děti stále méně. V dobách, kdy o staré a nemocné nepečoval sociální stát, byly rodiny s mnoha dětmi nutností – tehdy se musely starat o své nemohoucí členy. Přežití bez této podpory bylo pro lidi jakkoli hnedikepované téměř nemožné. Dnes je na Západě rodina s mnoha dětmi anomalií.

Protože city představují velmi křehké pouto, stala se rodina velmi křehkou institucí. Emocionalita párového soužití je v první instanci řízena hormonálně. Současný výzkum ukazuje, že lidé jsou biologicky naprogramováni na intenzivní erotický zájem o partnera po dobu asi tří až čtyř let. To je interval, během kterého v předcivilizovaných společnostech (v tzv. původním prostředí) matka novorozeného dítěte potřebovala přímou podporu otce. Rozvodové statistiky současných západních společností ukazují, že k první vlně rozvodů dochází právě po uplynutí této lhůty.

Dětí vyrůstajících v neúplných rodinách stále přibývá (ve zdrcující většině je v nich jediným pečovatelem matka), přibývá děti vyrůstajících s nevlastními rodiči a zvyšuje se i počet tzv. sociálních sirotků, tedy dětí, které sice mají biologické rodiče, ale ti nejsou schopni nebo ochotni o dítě pečovat. Křehkost rodiny musejí soudobé státy kompenzovat ochranou dítěte v případě vážných rozepří mezi partnery, resp. v době jejich rozchodu, a budovat systémy náhradní rodinné péče.

Současné západní rodiny – skoro vždy začínající párovým soužitím dvou dospělých partnerů – se vyvíjejí do rozmanitých podob vlivem série transformací, k nimž lidem dává přiležitost stále se prodlužující délka života. Tradiční systém sociální kontroly rodinného chování stále slabne. Donedávna bylo ostudu, když matka měla dítě za svobodna, a jisté stigma představoval i rozvod. Dnes společnost dobře toleruje soužití homosexuálních párů a diskuse se vede naneyvýš o tom, zda je vhodné, aby takovýto pár vychovával dítě.

Manželské chování našich současníků je dnešními autory charakterizováno jako sériová monogamie. Člověk, který je pro partnery dostatečně atraktivní, může bez velkých obtíží založit během života rodinu několikrát.

Změny v rodinném chování lidí v západních společnostech, k nimž došlo během 20. století, nejsou projevem všeobecného úpadku, i když je tak někteří komentátoři tohoto vývoje interpretují. Rodina je společenskou institucí; její podobu ovlivňují prominentní hodnoty dané společnosti. Neexistuje způsob, jak

jí posvětit
lit úředně,
arodí děti,
y, přesněji
o vhodné
sílal Bůh
h státech
ogramově

ckého hle-
a proto se
i nemocné
se musely
kkoli hen-
anomálii.
i křehkou
monálně.
na inten-
nal, během
dí matka
statistiky
ú dochází

cí většině
vlastními
sice mají
Křehkost
z vážných
náhradní

itím dvou
transfor-
Tradiční
bylo ostu-
i rozvod.
se se vede

erizováno
raktivní,
mž došlo
k některí
itucí; její
šusob, jak

navrátit „staré zlaté časy“ soudržných rodin, které měly více dětí, nerozváděly se, staraly se o své staré a nemocné členy. Ten, kdo profesionálně pracuje s rodinami v současnosti, si nemůže dovolit tvrdá hodnocení vycházející z porovnání dnešních rodin s ideálem rodiny, který odpovídá např. české venkovské rodině z 18. století. Takový ideál je totiž zakotven v nevolnictví, v povinném katolictví, v podřízenosti svobodných dětí rodičům a v absenci sociálního státu. Takový ideál nelze vzkřídit ve společnosti, kde si partnera k soužití vybírá každý sám, a pokud se dostane do těžkostí, na něž křehké rodiny nestáčí, obrací se na stát.

Přes všechno, co bylo uvedeno, rodina byla a je základní jednotkou všech lidských společností. Kulturní varianty rodiny se liší jen v tom, kolik generací žije pospolu, jak jsou diferencovány role dospělých, ojediněle i v tom, s kolika legitimními partnery může dospělý člen rodiny současně žít.

Výchova dítěte během prvních let života je jen stěží možná mimo rodinu. Všechny známé společnosti, které se pokoušely o nahrazení rodiny nějakou jinou výchovnou institucí (např. jesle s denní docházkou, dětská oddělení izraelských kibuců), po určité době uznaly nenahraditelnost rodiny a od podobných pokusů ustoupily.

Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že optimálně spojuje osobní zaujetí dospělých na prospěch partnerů i dětí s univerzálním zájmem společnosti na stabilizovaném soužití mužů a žen i na socializaci „řádných občanů“. Dítě nemůže získat základní pocit jistoty bez jistoty v blízkých lidech. Dítě si nemůže osvojit žádoucí dovednosti, postoje a hodnotovou orientaci, aniž by nebylo vystaveno trvalému působení angažovaných dospělých pečovatelů. Je velmi obtížné, aby se děvče stalo ženou, nemá-li denně na očích dospělou ženu, a totéž platí pro chlapce. I pro dospělé je rodina těžko postradatelnou institucí. Mít stálého partnera a mít děti jsou hodnoty ceněné všemi společnostmi.

Rodina byla od pradávna prvním a mnohdy i jediným **zdrojem podpory** lidí, kteří se dostali do nesnází. A to bez ohledu na to, jestli se s hendikepem již narodili, nebo jejich nesnáze vznikly později. V tradičních společnostech vládla v rodině plná ekonomická i vztahová solidarita; její nerespektování bylo nepředstavitelné. V soudobých západních společnostech přebral na sebe starost o lidi ve vážných nesnázích do velké míry stát. Nicméně i v těchto společnostech mohou rodiny státu odebrat funkci, kterou z jejich hlediska stát nevykonává tak, jak by měl. Příkladem může být znovuzavádění porodů v domácnostech, hnutí domácího vyučování (home-schooling), zřizování miniaturních jeslí v bytech matek apod.

Systém sociálních služeb, který na Západě vznikl v průběhu 19. a první poloviny 20. století v rámci systémů sociálního zabezpečení, dával přednost rezidenčním službám. To znamená, že lidem s vážnými hendikepy nabízel náhradní domovy v ústavech. Vlivem toho existovala tendence vnímat rodiny klientů jako rodiny nefunkční, příp. i zneužívající osoby, které se v ústavní péči ocitly. Dodnes můžeme od personálu některých ústavů slyšet, že členové rodiny se zajímají jen o klientův příjem, jehož část si chtějí přisvojit, nezajímají se o klienta jako o osobu.

Některé evropské země dokázaly udržet tradici silných rodin a podpořit ji daňovou a sociální politikou, např. Rakousko a Německo. Jinde – zejména ve skandinávských zemích – vývoj akcentoval individualistické tendenze, rodiny dále oslabil a břemeno péče o hendikepované přenášel ve stále vyšší míře na stát. I v těchto zemích však popsaný vývoj narazil na mez, po jejímž dosažení se znova začalo uvažovat o posilování rodin.

V průběhu 20. století byly rodiny využívány i jako poskytovatelé sociálních služeb. Například už mezi dvěma světovými válkami existoval na Slovensku systém heterofamiliální péče o psychiatrické pacienty. Spočíval v tom, že pacient byl po odeznění akutní fáze nemoci propuštěn do dlouhodobé péče venkovské rodiny, ve které žil jako kterýkoli jiný člen, pracoval v zemědělství nebo v lese, účastnil se i dění v obci a bohoslužeb. Po druhé světové válce vznikly zásluhou německých emigrantů v Anglii tzv. camphillské komunity. V nich je přirozená rodina – žena, muž a jejich děti – rozšířena o klienty s vážným mentálním hendikepem. Za nejlepší formy náhradní rodinné péče jsou v posledních desetiletích 20. století považovány pěstounské rodiny a adoptivní rodiny – jejich jádrem jsou přirozené rodičovské páry. Kromě všech těchto rodin poskytujících dlouhodobou péči se v některých západních zemích prosazuje i model „profesionální rodiny“, poskytující dětem z dočasně nefunkční rodiny krátkodobou péči.

Kromě toho, že rodina je zdrojem podpory, je i zdrojem stresu. Ve společnostech našeho typu, orientovaných na osobní uspokojení, osobní rozvoj a osobní úspěch, je harmonizace rozdílných zájmů jednotlivců žijících v rodině náročným úkolem. Konflikty osobních a generačních zájmů v rodině mají občanům pomáhat řešit také sociální služby.

11.2 Klíčové koncepty soudobých teorií rodiny

Teoretické koncepty, které nyní shrneme, mají, i když se to na první pohled nemusí zdát, přímý praktický význam pro práci s rodinami. Nichols a Schwartz (1998) k tomu říkají:

Většina terapeutů nemá na teorie dost trpělivosti. Myslí si, že jde o abstrakce, jež by bylo dobré co nejrychleji přeskočit, aby se mohli učit technikám. Ale všechny důmyslné techniky a působivé intervence, které se dají vyčíst z knih a naučit při supervizích, nejsou nic víc než jen taktické postupy. Bez mapy jste ztraceni – utopeni v detailech rodinných diskusí – chybí vám totiž obecný plán postupu.

V následujícím přehledu klíčových pojmu odkazujeme k teoriím, v jejichž rámci byly pojmy vytvořeny nebo užity. Kvalifikovaná práce s rodinou vyžaduje, aby si teorii i její aplikace adept osvojil soustavným výcvikem, který četba této příručky v žádném případě nemůže nahrazovat. Ještě předtím je nutný krátký historický exkurz popisující vývoj těch teorií rodiny, jež měly bezprostřední vliv na pomáhající profese.

pořít ji
éna ve
rodiny
uře na
sažení

iálních
sku sy-
pacient
kovské
v lese,
sluhou
rozená
tálním
ich de-
- jejich
ujících
profesio-
u péči.
lečnos-
osobní
nároč-
čanům

ny
pohled
hwartz

kce, jež
šechny
naučit
aceni –
tupu.

ž rámcí
ije, aby
ba této
krátký
jní vliv

Na počátku novodobého systematického zájmu o rodinu stojí **Freudova psychoanalýza**, která zdůrazňovala formativní vliv rodiny na dítě v prvních letech života. Freud sám se zabýval zejména erotickou vazbou mezi dítětem a rodičem opačného pohlaví. **Adler** se soustředoval na vztahy sourozenecké.

Sociální práce vznikající jako samostatný obor zhruba ve stejně době, kdy působili průkopníci psychoanalýzy, se věnovala primárně chudým rodinám. V popředí zájmu sociální práce byly příjmy rodin, hospodaření s nimi, přítomnost, resp. nepřítomnost abnormit u dospělých i u dětí. Sociální pracovníci byli první pomáhající profesionálové, resp. dobrovolníci, kteří navštěvovali rodiny v jejich přirozeném prostředí. I první vzdělávací programy pro sociální pracovníky, otevírané na počátku 20. století, vyučovaly metodiku domácích návštěv. Mimo jiné se při tom doporučoval současný rozhovor s oběma manželi, aby bylo možné získat úplný obraz problémů rodiny.

Sociologizující hledisko – vysvětlující dynamiku rodinných procesů ze společenského postavení rodiny – postupně slablo a zhruba od dvacátých let 20. století je nahrazoval **psychologizující pohled na rodinu**. Ústřední výkladové principy psychoanalytiků (libido, touha po moci) v sociální práci uznávány nebyly, ale princip „programování“ osobnostních charakteristik dětí klimatem rodiny byl v té době v pomáhajících profesích široce přijímán, stejně jako předpoklad, že psychická stabilita dospělých je spojena se stabilitou jejich rodiny a s napojením rodiny na mimorodinné zdroje. Myšlenka léčení celé rodiny jako hlavního doporučeného postupu v sociální práci je obsažena již v knize Mary Richmondové *Sociální diagnóza* z roku 1917.

V polovině 20. století inspiroval novou vlnu zájmu o rodinu antropolog Bateson svými **studiemi komunikace** mezi muži a ženami u tichomořských národů, Wiener koncipováním kybernetiky jako oboru zabývajícího se sdělováním v technických systémech i v systému člověk–stroj a biolog von Bertalanfy systémovou teorií stojící na pomezí přírodních a duchovních věd. Ve stejně době začala být sociálními psychology studována komunikace v malých, uměle vytvořených skupinách i ve skupinách přirozených. Na tyto badatele měla rozdružující vliv Lewinova teorie sociálního pole.

Preferovanou rovinou popisu rodiny bylo v té době interakční chování jejích členů. Tyto nové iniciativy, které byly později shrnovány pod obecný název „**hnutí rodinné terapie**“, tak navazovaly na behavioristickou psychologickou tradici. Motivační síly, vědomé i nevědomé, jimiž se zabývali psychoanalytici, rodinná terapie nepokládala, až na výjimky, za podstatný explikační rámec.

První praktickou aplikací rodinné terapie byla psychoterapeutická léčba rodin, ve kterých dospívající dítě trpělo schizofrenií. Koncepty využívané při popisu interakce rodiny se v dalších desetiletích rozšiřovaly i mimo psychiatrii a psychologii. Minuchinova průkopnická práce s rodinami mladistvých delikventů i jeho výcvikový program pro černé obyvatele Filadelfie, kvalifikující je jako rodinné terapeuty, obracely pozornost od klinické práce s jednotlivými rodinami k řešení vážných sociálních problémů. Rodinná terapie se od konce sedesátých let 20. století praktikuje s rodinami, v nichž má jeden nebo více

členů závažné problémy jakéhokoli druhu. V posledních desetiletích 20. století vznikaly i typologie dysfunkčních rodin, jež nevycházely z individuálních hendikepů. Prognózy vývoje rodiny a terapeutické strategie začaly být odvozovány více z charakteristik celé rodiny než z charakteristik jednotlivců.

Kulturní orientace rodiny

Konflikt mezi kulturní orientací rodiny a orientací většinové společnosti je v českých podmínkách typickým problémem rodin romských. V jiných západních zemích jde o problém s větší variabilitou, neboť v těchto zemích žije několik etnických menšin. Konflikt vyplývá z toho, že předchozí generace vyrůstaly v jiných společenských podmínkách než současná generace dětí z těchto rodin.

Výchozí kultura etnické menšiny definuje její hodnotový žebříček, předepisuje mužskou a ženskou roli, určuje, jakým způsobem mají být řešeny konflikty, jak mají být trestány prohřešky proti morálce, jaké cíle a prostředky má mít výchova dětí, kde je hranice mezi dovoleným chováním a kriminálním činem, jaké místo má v životě dospělého člověka jeho zaměstnání, jak se může či nemůže projevovat zlost, resp. úzkost, jak se má projevovat náklonnost, jakou míru má mít solidarita mezi členy rodiny a kdo vůbec má být do rodiny počítán. Mezi hodnotovou orientací menšinových rodin a soudobou západní společností je často rozdíl ve větším důrazu na solidární pouta v nezápadních rodinách. Nezápadní rodiny mají obvykle více odlišené role manželů, silnější příbuzenské vazby a širší rozsah rodinné solidarity.

Znalost jazyka většiny se rovněž liší u rodičů a dětí příslušejících k menšinám. Některé sociální programy v západních zemích původně směřované na znevýhodněné děti menšin proto byly rozšířeny o jazykové kurzy poskytované rodičům těchto dětí. Rodičovská generace menšin bývá v těžším konfliktu s orientací většinové společnosti než generace dětí. Rodiče se proto někdy snaží opevňovat rodinu proti vlivu většinové společnosti, nebo ztrácejí vodítka, a tím i schopnost efektivně se vyrovnávat s působením většinové společnosti.

Autoři náležející k hnutí rodinné terapie se kulturním zázemím rodiny až do nedávné doby zabývali minimálně. Tepřve feministická kritika rodinné terapie, poukazující na nereflektovanou předpojatost konceptu neutrality propagovaného systemickými teoretiky rodiny, odmítla představu o neutrálním postoji pomáhajícího pracovníka, a to nejen v záležitostech konstrukce rodových rolí, ale i pokud jde o etnickou příslušnost a kulturní zázemí klientů.

Rodinné hodnoty

I v rámci stejné kultury se rodiny liší svou hodnotovou orientací. D. Reiss (1987) používá pro soubor rodinných morálních norem výraz rodinný kodex. Kodex je jakýmsi skladem rodinných zkušeností a současně vodítkem, podle kterého rodina reguluje své chování. Kodex určuje, co je žádoucí dělat, jak se to má dělat a kdy se to má dělat. Kodex si rodina připomíná hmotnými památkami na před-

chozí generace, které jsou obvykle součástí rodinného pokladu, připomíná si ho i rodinnými legendami. Legendy zachycují situace, v nichž došlo ke konfliktu hodnot, popisují řešení toho konfliktu, příp. i dlouhodobé následky zvoleného řešení. Na legendy se mohou vázat i tzv. rodinné pověry (někteří autoři mluví o rodinných mýtech), což jsou konstrukce, kterými rodina udržuje konflikty v neřešeném stavu a které dávají smysl různým „symptomům“ členů rodiny.

Transgenerační vazby

Přenášení souboru očekávaní z původní, orientační rodiny (v níž člověk jako dítě vyrůstal) do rodiny prokreační (kterou sám založil) je obecný jev. Se vznikem nové rodiny dostávají dětská traumata manželů nový prostor, v němž může dojít ke korekci, nebo naopak ke zopakování raných psychických úrazů. Dětská traumata jsou oživována zejména těmi situacemi, v nichž se někdo z dospělých cítí odmítán nebo opouštěn, neboť to je právě nejbolestnější dětská vztahová zkušenosť. Kromě toho bývají nově vzniklé rodiny ovlivňovány intenzivními aktuálními kontakty s rodinami předchozí generace. Tyto kontakty jsou příležitostí ke vzniku mnoha typů „zvrhlých trojúhelníků“, v nichž se proti sobě staví např. na jedné straně manžel a na druhé straně spojenectví manželky s její matkou.

Některé teorie rodinné terapie pokládají analýzu a zvládnutí dětských traumatických zkušeností za nutný předpoklad řešení aktuálních problémů rodiny. Například škola rodinné terapie založená M. Bowenem učí dospělé členy rodiny oddělovat jejich racionální já od silných emocí, a to nejdříve v kontaktu s vlastními rodiči. Teorie předpokládá, že tuto dovednost pak dospělý uplatní i v rodině, ve které je sám otcem nebo matkou.

Struktura rodiny

Rodina má tyto subsystémy: jednotlivce, dyády, např. manželský a rodičovský subsystém (i když jsou tyto role naplněny stejnými jedinci, je podle strukturální teorie rodiny vypracované Minuchinem žádoucí oba subsystémy odlišovat) a větší skupiny (např. sourozenci). Subsystémy vznikají jako spojenectví generační nebo jako spojenectví osob stejného pohlaví, ale i jako spojenectví založená na přitažlivosti opačných pohlaví. Spojenectví mohou vznikat i vlivem sdílených zájmů nebo hodnot.

Rodinné subsystémy jsou od sebe odděleny hranicemi, které podle Minuchina mají optimální, nízkou nebo vysokou propustnost. Koncept hranice je metaforou pro způsob a častot kontaktu mezi členy rodiny. Znejasnění hranic vede ke stavu, který Bowen nazval nediferencovaná masa rodinných já. Hraniče existují i mezi rodinou a jejím sociálním okolím. Povaha rodinných hranic je patrná i z toho, jak rodina užívá své teritorium (byt nebo dům). Nepropustná hranice je spojena s neangažovaností, příliš propustná hranice souvisí se ztrátou nezávislosti a autonomie.

Dítě, které prolamilo generační hranice a funguje vůči svým sourozencům z pozice rodičovské, nazval Minuchin rodičovským dítětem.

Určitá míra diferenciace rolí je pro rodinu výhodná, výhodná je však také určitá míra zastupitelnosti osob v rolích.

Interakční vzorce

Rodinné vztahy jsou udržovány v interakcích členů rodiny. V těchto interakcích je možné najít opakující se vzorce neboli stereotypy. Některé mají povahu ritualizovaných událostí, jež usnadňují součinnost členů rodiny (např. společné jídlo). Jiné stereotypy mohou fixovat rodinné problémy. I když při nich může být patrný konflikt očekávaní, je řešen jen zdánlivě.

Řetězce interakcí se dají členit různým způsobem. V terapeutické práci s rodinou se často ukazuje jako nevýhodné pohlížet na ně jako na lineárně kauzální vztahy. Proto bývá rodinná interakce popisována pomocí konceptu cirkulární kauzality, který zdůrazňuje, že v opakujících se komunikačních sekvenčích není možné a priori někoho pokládat za původce a jiného za oběť.

Komunikování ve funkční rodině je jasné, jednoznačné, většina sdělení má zřetelné téma, které je účastníky komunikace sdíleno, lze při něm vyjadřovat souhlas i nesouhlas, emoční doprovod komunikace není extrémně intenzivní, na druhé straně jsou emoce v komunikaci dobře patrné.

Po několik desetiletí přitahovaly pozornost teoretiků rodinné interakce ty interakční sekvence, které udržují rodinné problémy, vyžadující přítomnost „obětního beránka“, a ty, v nichž se objevují rozličné „symptomy“. Kromě těchto sekvencí je možné v interakcích rodiny najít sekvence řešící problémy. Na ty se teoretici i praktici orientují teprve v poslední době. O jednom způsobu jejich terapeutického využití jedná v této příručce kapitola Videotrénink interakcí.

Starším systémovým pohledům na rodinu vytýkají někteří dnešní kritici, že v nich „role hraje osobu“, nikoli naopak. Členové rodiny byli viděni jako zajatci, někdy dokonce jako oběti rigidního systému interakcí, který jako nekontrolovaný automat řídil vše, co se v rodině dělo. Od tohoto pohledu nastává v současnosti odklon směrem ke komplexnějšímu pojetí, jež nedegraduje členy rodiny na součástky rodinného systému, ale považuje je za komplexní bytosti schopné svobodné volby a sebeurčení.

Vývojový cyklus rodiny

Rodina prochází vývojovými stadii, která začínají seznamováním partnerů a obvykle končí smrtí jednoho z nich. Stadia jsou zpravidla definována podle přítomnosti dětí v rodině a podle jejich věku. Přechody z jednoho stadia do druhého jsou náročnými událostmi. Zejména jde-li o narození prvního dítěte, odchod posledního dítěte z domova nebo rekonstrukci rodiny po rozvodu.

Některé rodinné problémy mají charakter nezdářeného přechodu mezi dvěma vývojovými stadii.

rozencům

však také

o interak-
ají povahu
ř. společné
nich může

práci s ro-
diny kauzální
církulární
sekvencích

sdělení má
vyjadřovat
intenzivní,

interakce ty
přítomnost
tomě těchto
émy. Na ty
lsobu jejich
interakci.
ešní kritici,
viděni jako
erý jako ne-
du nastává
aduje členy
exní bytosti

m partnerů
inována po-
ho stadia do
niho dítěte,
zvodu.
lu mezi dvě-

Změna

Pomáhající profesionálové, kteří pracují s rodinami, zjišťují, že rodiny nechtějí své konflikty naplno otevírat, neboť předpokládají, že by to mohlo mít katastrofální následky. Starší teorie rodinné terapie to považovaly za snahu o udržování „patologické rovnováhy“, kterou je nutno změnit. Obavy rodin však jsou reálné. Efektivita práce s rodinou nemá přímý vztah k tomu, jestli v ní propukly ostré střety, a může být dokonce snížena tím, že rodina shledá, že k regulaci otevřených konfliktů nemá dost sil.

Rodiny by mely odolávat změně – a to i změně, která se zdá z hlediska vnějšího pozorovatele nepochyběně prospěšná – dokud nebude jasné, že důsledky změn bude možné bezpečně zvládnout a že terapeut je důvěryhodná osoba. Terapeuti, kteří respektují ochrannou funkci rodinného odporu ke změně, si uvědomují, že je lepší směřovat ke zvýšení pocitu bezpečí v rodině, jenž oslabí tendenci rodiny k budování ochranných pevností. Snažit se o zboření těchto hradeb za každou cenu, nebo naopak zkoušet se kolem nich nepozorovaně promýknout a nevšímat si jich není produktivní. (Nichols a Schwartz, 1998)

Rodinná terapie může předpokládat, že za „opevněními“, která se projevují silnou zlostí nebo úzkostí, je možné najít u každého člena rodiny zdravé a realistické já schopné rozumně uvažovat a při konfliktu zájmů nalézat kompromisy.

11.3 Hodnocení rodiny

Institucionální kontext

Hodnocení rodiny vždy probíhá v kontextu souboru očekávání. Ten je tvořen očekáváním:

- subjektu, který zřídil příslušnou službu (agenturu) hodnotící rodinu;
- toho, kdo dal podnět k hodnocení rodiny;
- toho, kdo rodinu hodnotí;
- členů rodiny.

Očekávání se týkají způsobu kontaktu a i předpokládaného výsledku hodnocení rodiny.

Očekávání jsou závislá v první řadě na institucích, které vstupují do kontaktu s rodinami. Instituce popíšeme podle toho, jaký zájem a kým definovaný byl podnětem ke kontaktování rodiny. Uvedeme nejdříve instituce, které v současnosti existují v našem státě:

- orgány státu reagující na informaci, že dítě je ohroženo chováním členů rodiny (např. týráno nebo zanedbáváno), příp. nemá přiměřenou výchovnou péči, mohlo by být ohroženo konfliktem rodičů během rozvodu nebo je ohroženo tím, že rodič neplní další povinnosti vyplývající ze zákona (např. neplatí výživné);

- orgány státu reagující na skutečnost, že se dítě nebo mladistvý provinil proti zákonu;
- orgány státu reagující na informaci, že dospělý člen rodiny je ohrožen chováním jiných členů rodiny (např. fyzicky napadán);
- státní instituce zřízené proto, aby pomáhaly dospělým řešit jejich manželské a rodinné problémy;
- nestátní instituce pomáhající dospělým řešit jejich psychosociální problémy včetně rodinných;
- instituce poskytující léčebnou péči dětem nebo dospělým, kteří trpí poruchou duševního zdraví (včetně závislosti na návykových látkách nebo jinou vážnou nemocí);
- státní instituce poskytující poradenství rodičům, kteří mají výchovné nebo výukové problémy s dětmi;
- nestátní organizace nabízející podpůrné programy dětem nebo mladistvým, kteří žijí v rodině, ale rodina nedokáže přiměřeně saturovat jejich potřeby.

Ve světě kromě toho existují např.:

- státní i nestátní instituce nabízející programy pro mnohoproblémové rodiny, některé dokonce s dlouhodobým ubytováním;
- nestátní i státní organizace poskytující intenzivní programy pro dospělé, kteří svým chováním ohrožují členy rodiny, obvykle docházkové;
- státní i nestátní instituce poskytující intenzivní programy pro ohrožené děti, angažující členy rodiny.

S jedinou výjimkou mají všechny u nás existující instituce a agentury definovaného jako svého primárního klienta jednotlivce. Pouze Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy jsou zařízeními, v nichž se předpokládá práce s manželským párem, příp. s celou rodinou. Ale i v těchto poradnách bývá skoro vždy iniciátorem kontaktu jeden z manželů a druhý musí být pro spolupráci získán. U ostatních institucí členové rodiny obvykle neočekávají, že by měli intenzivně spolupracovat na řešení těžkostí, které se týkají jednotlivce, definovaného klienta nebo pacienta.

Posuzování funkčnosti rodiny

Problemy, kvůli kterým se sociální pracovníci s rodinami setkávají, jsou většinou problémy dětí nebo dospívajících, méně často jsou impulzem k práci s rodinou problémy dospělých (viz kazuistika).

Posouzení funkčnosti rodiny vyžaduje delší přímý kontakt s rodinou, čas a dovednosti, které se dají získat jen tréninkem. Tyto triviální skutečnosti zde připomínáme proto, že u nás dosud přežívá praxe odpovídající následujícímu případu.

Sociální pracovnice měla přešetřit podezření, že svobodná matka žijící s druhem zanedbává čtyřletou dceru. Pracovnice se ve své pracovní době, v deset hodin dopoledne, vypravila na neohlášenou návštěvu do panelového domu, kde rodina bydlí, a nikoho doma nezastihla. Zazvonila u sousedů. Otevřela jí důchodkyně bydlící o několik bytů vedle a během několika minut podala referenci o rodině. Tato zpráva – o které se později ukázalo, že byla ovlivněna sporem mezi referující a přešetřovanou rodinou, který se týkal užívání společného balkonu, tedy zcela jiné věci než výchova dítěte – se pak stala „objektivním zjištěním“, na jehož základě sociální pracovnice navrhla předání dítěte do ústavní péče. Příslušný soud návrh sociální pracovnice bez připomínek schválil.

Z přehledu existujících institucí zabývajících se rodinami je zřejmé, že někde formuluje primární „objednávku“ stát ustavením příslušné služby a klienti (tj. rodiny) ji modifikují svými konkrétními potřebami. V jiných případech jsou zákazníky rodiny, které si službu dohodnou, v některých případech i zaplatí nebo si pomoc poskytnou bezplatně navzájem.

Aranžmá, ve kterém by stát nebyl přítomen tím, že službu pro rodiny financuje a profiluje jejich podobu, je v našem státě zatím výjimečné. Prakticky jsou to jen soukromé ordinace pomáhajících profesionálů a některé církevní instituce. Zvláštní nárok na profesionála klade v našich podmínkách činnost pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dítěte.

Některé evropské státy tyto dvě stránky ochrany dítěte – právní a sociální – oddělují a zřizují pro obě zvláštní typy institucí. Mezinárodní i naše národní právní normy se pokouší definovat hranici mezi právem rodičů na autonomní rozhodování i na soukromí a mezi zájmy dítěte, které v situacích ohrožení – i jen potenciálního – chrání stát.

Jedním z prvořadých zájmů dítěte je vyuřstat ve funkční rodině, což deklaruje i nedávno přijatý český zákon o sociálně-právní ochraně dítěte. Tento zákon zdůrazňuje, že hlavním způsobem řešení situace ohroženého dítěte má být ozdravění rodinného prostředí. V praxi našich státních orgánů, které sociálně-právní ochranu dítěte vykonávají, však dosud přetrvává zaměření na deficit: zjišťuje se, které zákonné povinnosti rodiče neplní, proč se nechťejí nebo nedovedou o děti starat. Převládajícím typem řešení situace ohroženého dítěte u nás zatím bývá návrh na ústavní výchovu.

V době přípravy rukopisu (duben 2002) přetrásal denní tisk několik připadů postupů sociálních pracovnic. Jedním z nich je příběh matky, které z domova odešel manžel s veškerou finanční hotovostí. Matka nebyla schopna platit nájem, majitelka bytu ji zastrašováním donutila byt opustit, ona si našla zaměstnání v mateřské škole, kde

pokračování

ý provinil
rožen cho-
nanželské
problémy
trpí poru-
nebo jinou

iovné nebo
ladistvým,
otřeby.

ové rodiny,
ro dospělé,
ohrožené

ury defino-
ro rodinu,
ládá práce
nách bývá
t pro spo-
ívají, že by
ednotlivce,

i, jsou vět-
m k práci
dinou, čas
ečnosti zde
ledujícímu

pokračování

se svými čtyřmi dětmi přespávala. Sociální pracovnice, na které se matka obrátila se žádostí o pomoc, jí nabídly ubytování v azylovém domě 400 km od místa, kde má práci. Když nabídku nepřijala, měly jí údajně říci, že podají návrh na předání dětí „do nějakého zařízení“.

V dalším případě šlo o kompletní rodinu, která se nedohodla s matrikářkou na jménu dcery narozené v domácnosti (takže novorozeně nebyl vystaven křestní list) a navíc rodiče odmítli dát dítě k očkování. V rámci tzv. předběžného opatření navrženého sociálními pracovnicemi a potvrzeného soudem bylo nemluvně umístěno do kojeneckého ústavu. Ředitelka ústavu novinářům potvrdila, že dítě je zdravé a mezi ním a matkou je dobrá vazba.

Sociální pracovník v ČR zatím nemá pro systematičtější práci s rodinami vytvořeny ani dva základní předpoklady – nemá speciální školení pro poradenskou, resp. terapeutickou práci a počet případů, jimiž se současně zabývá, mu ani soustavnou soustředěnou práci s rodinami neumožňuje. Soustavná práce s problémovými rodinami vyžaduje, aby se jeden kvalifikovaný pracovník současně zabýval maximálně několika rodinami a věnoval se jim v případě potřeby i několik měsíců. Například tzv. multisystemická terapie (Hanggeler, 1997) zaměřená na podporu zájmu rodičů o dospívající děti a zvýšení jejich angažovanosti – cílovou skupinou jsou rodiny s mnoha problémy – zaměstnává vysoce kvalifikované terapeuty, jejichž klientela v jednom okamžiku nepřesahuje 4–6 rodin. Terapeut se kromě práce s rodinou angažuje i v zachycení mladistvého na trhu práce.

Kvalifikované posouzení stavu rodiny je u nás v současnosti pro pracovníky orgánů péče o dítě nesnadné. Figrová (1998) např. zjistila, že:

- jen 13 % pražských sociálních pracovnic, které se účastnily jejího šetření, navštěvuje rodiny večer, tj. v době, kdy je většina členů rodiny doma;
- 88 % těchto sociálních pracovnic soudí, že při podezření na zanedbávání dítěte lze získat věrohodné údaje od sousedů, v případech podezření na týrání dítěte má totéž mínění 87 % pracovnic orgánů péče o dítě;
- žádná ze sociálních pracovnic prověřujících podezření na zanedbání nebo týrání dítěte předem svou návštěvu rodině neohlásí.

(Studie zahrnovala všechny pracovnice v té době působící na odděleních péče o dítě v všech pražských obvodních úřadů. Návratnost dotazníků byla 90%).

Hodnocení rodiny by ve všech případech mělo začinat v neautoritativním, partnerském duchu. Profesionál by měl umět členům rodiny aktivně naslouchat a měl by se pokoušet o vcítění do jejich vnímání rodinné situace. Členové rodiny by neměli být podrobováni výslechu. Profesionál zkoumající rodinu by neměl zapomínat na to, že i on sám je testován, zejména pokud jde o důvěryhodnost a schopnost poskytovat rodině účinnou podporu nebo pomoc.

útka obrátila
I místa, kde
předání dětí

ou na jménu
ní list) a na-
navrženého
jno do koje-
š a mezi ním

rodinami vy-
pro poraden-
í zabývá, mu-
stavná práce
racovník sou-
čitně potřeby
(eler, 1997) za-
jich angažova-
stnává vysoko
přesahuje 4–6
u mladistvéh

o pracovníky

jejího šetření,
loma;
a zanedbávání
zření na týrání
anedbání nebo

ddělených péče
byla 90%).)
autoritativním,
iktivně naslou-
ituace. Členové
mající rodinu by
d jde o důvěry-
gomoc.

Dříve než profesionál dojde k názoru, co je v rodině problém, měla by rodina sama dostat prostor k tomu, aby své problémy zformulovala. Řešení problému definovaného rodinou by v situaci, kdy to je možné, mělo mít přednost před řešením problému, který v rodině vnímá profesionál.

Nicméně existuje několik základních **ukazatelů funkcí rodiny**, které by profesionál měl umět zhodnotit. Jsou to:

- kulturní a hodnotová orientace rodiny;
- nasycení základních potřeb jednotlivých členů rodiny (jídlo, ošacení, teplo, bezpečí, hygiena, soukromí);
- stav domácnosti z hlediska potřeb členů rodiny;
- funkčnost rodičovského systému (kvalita vztahu k dětem, v dimenzích akceptace, disciplína, angažovanost); ohrazení rodičovského systému vůči dětem;
- hodnocení vývoje dětí (zvláště s ohledem na emocionalitu a sociální vztahy, u školních dětí je významný i postoj ke škole a studijní výsledky);
- funkčnost manželského systému (emocionální bilance, existence sdílených zájmů, dlouhodobé konflikty a způsob jejich řešení);
- vztahy členů rodiny k širšímu příbuzenstvu;
- vztahy k institucím pro rodinu významným (místní úřady, zaměstnavatelé rodičů, školy atd.);
- jiné významné sociální vazby členů rodiny (sousedé, přátelé, zájmové kluby apod.);
- zaměstnání rodičů, jeho perspektiva, pracovní spokojenost;
- materiální zdroje, které má rodina k dispozici, a způsob rozhodování o nich;
- styl komunikace.

Síť rodinných vztahů i jejich povahu je možné vyjádřit tzv. ekomapou (Sheafor, Horejsi, Horejsi, 1988). Doporučuje se tuto mapu rodinných vazeb zpracovávat společně s klientem, nejlépe s tím, kdo dal impulz ke kontaktu mezi rodinou a sociální službou. Osoby se zakreslí jako kroužky (ženy) a čtverce (muži). Pro zvýšení je žádoucí použít jiné symboly, např. trojúhelníky. Do nich je možné vepsat jména osob (zvířat), příp. i jejich věk. Přerušovaná čára spojující tyto symboly vyznačuje vztahy napjaté, nejisté. Plná čára vztahy pozitivní. Čára přeskrtaná krátkými kolmicemi vyznačuje konfliktní vztah. Rovnováhu vztahového „braní a dávání“ lze vyjádřit šipkou; ta se umístí u symbolu osoby, která více bere než dává. (Viz též následující kapitolu.)

Komunikační styl rodiny je možné škálovat podle následujících kritérií:

- jasnost – od nečitelnosti vyžadující „čtení myšlenek“ po naprosto zřetelné sdělování; s jednoznačným emočním doprovodem;
- participace – kdo se jak účastní, kdo začíná, kdo ukončuje téma, kdo se na koho obrací, kdo mlčí;
- řešení neshod – potlačení něčeho názoru, potlačení tématu, uznaní různosti;
- emocionální vztahy – negativní, pozitivní.

Posouzení komunikačního stylu rodiny je možné jen ve vhodné komunikační situaci. Tou je situace, k níž přirozeně a obvykle v rodině dochází; na ní by měl sociální pracovník nenáhlilně participovat, např. při předem dohodnuté návštěvě v rodině. Když pracovník organzuje komunikaci s rodinou záplavou dotazů ze své strany, jde o situaci stejně málo přihodnou, jako když dá rodině nesplnitelnou instrukci: „Dělejte, co v tuto dobu obvykle děláte“ a stáhne se do ústraní, kde si dělá poznámky o tom, co vidí.

Návštěva v rodině je výtečným prostředkem ke sblížení mezi pomáhajícím pracovníkem a členy rodiny. Během ní je možné zjistit o rodině mnohem více než během série návštěv členů rodiny v instituci poskytující sociální služby. Za ideální považujeme návštěvu během večera provedenou dvěma pracovníky, kteří si rozdělí role – jeden je rodině více k dispozici, druhý je více pozorovatelem. Návštěvě je žádoucí ponechat rámec „společenské návštěvy“ a režii nechat více na navštívené rodině než na předem připraveném scénáři návštěvníků. Nebrání-li se rodina, je možné prohlédnout si byt (zacházení rodiny s teritem, prezentace pro rodinu významných hodnot) a participovat při některé ritualizované události (opakující se události s předvídatelným průběhem). Návštěva vypovídá hodně o tom, jak rodina akceptuje cizí lidi, a napovídá něco o tom, jak rodina funguje sama o sobě, tj. v době, kdy není navštívěna. Během návštěvy však pracovník nevidí běžný provoz rodiny, vidí v případě většiny rodin „představení“, zobrazující ideální stav, které při následném dotazování může prověřit popisem běžného stavu. Metodiku návštěvy popsal autor této stati několikrát podrobněji (viz Matoušek, 1982, 1997).

Typologie rodin

Do nedávné doby byl v zahraniční odborné literatuře běžně používán výraz rodinná diagnóza. Ten je pro svou zřetelně medicínskou konotaci v současnosti používán již zřídka a opatrně. Nicméně trvá snaha klasifikovat rodiny podle jednoho nebo více kritérií a pokoušet se v návaznosti na to předpovídat pravděpodobnost zdárného výsledku jakéhokoli zásahu.

Uvedeme zde podrobněji jen jedinou klasifikaci, kterou podali Voilandová s Buellem (1980). Je konstruována pro potřeby sociálních pracovníků a opírá se o znaky fungování rodiny, jež sociální pracovníci obvykle zjišťují. Pokud se k této klasifikaci dají přiřadit typy uváděné jinými teoretiky rodiny, uvádíme je v úvodu. Posuzovací schéma použité Voilandovou a Buellou je ještě podrobnější než to, které bylo podáno v předchozí podkapitole. Typologie se opírá o podrobné údaje týkající se stovky rodin, které reprezentují soubor 888 rodin, jež byly v kontaktu se sociálními službami v několika státech v USA. Typy jsou odvozeny od dominantní charakteristiky přednosti domácnosti nebo obou dospělých, kteří svým vlivem působí na fungování celé rodiny. Navržená typologie představuje kontinuum s postupně ubývající schopností rodiny zvládat těžkosti a s rostoucimi nároky na pomáhajícího pracovníka.

munikační
í; na ní by
odnute ná-
u záplavou
ž dá rodině
tahne se do

máhajícím
nohem více
ální služby.
pracovníky,
pozorovate-
řežii nechat
ávštěvníků.
ny s terito-
při některé
řehem). Ná-
povídá něco
za. Během
adě většiny
dotazování
l autor této

žíván výraz
ci v součas-
zovat rodiny
předpovídат

i Voilandová
níků a opírá
jí. Pokud se
ny, uvádime
ještě podrob-
bie se opírá
or 888 rodin,
USA. Typy
stí nebo obou
vržená typ-
diny zvládat

■ Perfekcionistické rodiny (represivní, úzkostně neurotické, utažené rodiny)

V těchto rodinách jeden nebo oba dospělí nadměrně zdůrazňují žádoucí způsoby chování, přičemž překročení norem je doprovázeno vysokou úzkostí. Jsou vysoce konformní s většinovou kulturou. Vyžadují od svých členů úspěch ve všech situacích. Pokud se v těchto rodinách vyskytuje obtíže, mají takovou povahu, že do jejich řešení – s výjimkou rozvodů – nejsou vtahovány orgány pečující o práva dětí, policie a soudy. Tyto rodiny se považují se relativně lépe ovlivnitelné než níže uvedené typy rodin. Agentury poskytující pomoc vyhledávají členové rodin sami a snaží se s nimi spolupracovat.

■ Nepřiměřené rodiny (nezralé, neadekvátní, dětinské, externě závislé rodiny)

Jeden nebo oba dospělí v těchto rodinách spoléhají při řešení problémů, které ostatní rodiny zvládají samostatně, na vnější pomoc. Tu nacházejí v širší rodině, v komunitě nebo u pracovníků sociálních služeb. V těchto rodinách je oslabena schopnost předvídat, co se v budoucnu stane, někdy i schopnost vyhodnocovat to, co se děje již nyní. Potíže jsou zejména při obstarávání peněz, hospodaření s nimi a při výchově dětí. V těchto rodinách se obvykle nevyskytují antisociální tendenze. Při dobrém a dlouhodobém vedení ze strany sociálního pracovníka bývají ovlivnitelné.

■ Egocentrické rodiny (prestižní, chladné, rozštěpené rodiny)

Rodina s jedním dospělým (v tom případě častěji otcem) nebo s oběma dospělými pohlcenými svou společenskou kariérou. Těmto rodinám nechybějí příjmy, ale ty jsou vydávány zejména na prestižní záležitosti. Členové rodiny k sobě mají spíše instrumentální vztahy, jednotlivci mají hodnotu jen tehdy, když bezprostředně uspokojují potřeby někoho jiného nebo dobře rodinu reprezentují navenek. Manželský nesoulad je v těchto rodinách častý, vyskytuje se i násilí mezi partnery, ale to je pokud možno tajeno. Vyžaduje-li se konzultace s odborníkem, jde většinou o projev nepřátelství iniciátora konzultace k jinému členu rodiny. Děti někdy zanedbávají školní docházku a mají další predelikventní projevy. U dětí se vyskytují i psychiatrické obtíže. Agentury poskytující pomoc vnímají členové těchto rodin se silnou ambivalence a mají sklon jich zneužívat k prosazení individuálních zájmů. Proto je prognóza odborných zásahů nejistá.

■ Asociální rodiny (impulzivní, agresivní, deviantní, delikventní rodiny)

Vyznačují se nedostatkem hodnotového i sociálního napojení na běžnou společnost. Uspokojování svých potřeb řeší bez ohledu na platné právní normy. Vztahy v rodině jsou mělké, neodpovědné. Svatý mezi dospělými vznikl obvykle z náhlého popudu, narození dětí nebývá plánované, rodiče jsou někdy ochotni se děti zříci a dát je k adopci. V rodinách se vyskytuje zanedbávání a zneužívání dětí; projevy fyzické agresivity jsou i mezi dospělými. Dospělí nechodi pravidelně do práce a práce pro ně nepředstavuje něco cenného. Časté je zneužívání návykových látek, zejména alkoholu. Potíže těchto rodin řeší orgány státu dohližející nad situací dětí a nad dodržováním zákona, které jsou na situaci rodiny upozorněny chováním dospělého, příp. dítěte. Prognóza sociální práce s rodinou není dobrá, odborný záloh by si měl dávat realisticke cíle a postupovat po malých krocích.

Tato ani jiné typologie rodin by neměly být používány k tomu, aby zdůvodnily neochotu sociálního pracovníka angažovat se při řešení rodinných problémů, příp. aby zdůvodnily pouze represivní zásah.

11.4 Typy služeb poskytovaných rodinám

Sociální služby poskytované rodinám odlišují současní autoři:

- podle délky trvání – krizové až dlouhodobé;
- podle prostředí – poskytované v domově rodiny, v instituci specializované na práci s rodinou, v komunitním centru nebo jinde;

- podle užité metody práce s rodinou – poradenství, odborně vedená terapie, svépomocné skupiny nebo jiné;
- někdy i podle toho, co dalo podnět k práci s rodinou – např. ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, rozvodová situace.

V posledních desetiletích je v západním světě zřetelný odklon od intervenčních zásahů chránících dítě, příp. dospělého před neblahým působením jiného člena rodiny opatřením, které ohrožujícího nebo ohroženého dlouhodobě z rodiny vzdálí. Naopak je možné pozorovat příklon k opatřením, která ve všech případech, kdy je to možné, posilují schopnost rodiny problém řešit a chránit neporušenosť rodinných vazeb. Dalším zřetelným trendem je upřednostňování služeb, které jsou rodinám poskytovány v domácím prostředí před poskytováním služeb v institucích, kam za nimi rodiny musejí docházet. Roztržení rodiny a umístění dítěte, příp. dospělého do ústavního zařízení ukazuje soudobý výzkum jako řešení v mnoha případech nevýhodné, nebo dokonce destruktivní. A to nezávisle na tom, co k tomuto řešení dalo popud. Řešení vážných rodinných těžkostí odsunem některého z jejich členů kromě toho vyřazuje rodinu z řešení problému. Rodina je v takovém případě viděna jako součást problému, nikoli jako společenství, které by primárně mělo a mohlo řešit problém (Tracy, 1995).

Níže navržená typologie sociálních služeb poskytovaných rodinám kombinuje několik právě uvedených kritérií a přihlíží k typům služeb běžným v západním světě, což znamená, že některé z nich zatím u nás nenajdeme. Jedna instituce může poskytovat více druhů služeb rodinám. Pokud je toho schopná, jedná v souladu s obecně doporučovaným principem: Poskytovat co nejvíce služeb „z jedné ruky“.

Krizové služby

Krizové služby jsou poskytovány v situaci ohrožení dítěte nebo dospělého, ale i při opětném sjednocování rodiny poté, co se vrátil ohrožený (ohrožující) člen po dočasném odloučení. Jde o služby krátkodobé, vyžadující rychlé a kvalitní hodnocení rodinné situace profesionálem a kompetenci poskytovat krátkodobou efektivní pomoc. Pracovník poskytující krizovou pomoc musí umět spolupracovat s jinými institucemi, včetně policie a soudu. Počet rodin, s nimiž v jedné době pracuje, nemůže být velký. Profesionál by měl být dostupný pokud možno nepřetržitě. Návštěvy v rodině jsou samozřejmostí, v případě potřeby se opakuji. Profesionální pracovníci instituce poskytující krizové služby musejí být dobře dostupní, a to každý den. Krizové centrum může využívat i pomocí dobrovolníků, ale jen tehdy, mají-li dobrovolníci zázemí v profesionálech.

Při této formě práce je nutná průběžná supervize a možnost konzultací s odborníky, včetně lékařů a právníků. Součástí krizových služeb jsou azylová zařízení pro děti, azyl pro matky s malými dětmi, eventuálně pobyt dětí v profesionálních rodinách. Krizové služby musejí navazovat na terapeutické programy pro jednotlivé dospělé, pro manželské páry i pro celé rodiny. I s pra-

terapie,
í dítěte,

servenč-
í jiného
bě z ro-
e všech
i chrání
třování
kytová-
í rodiny
lobý vý-
aktivní.
linných
z řešení
i, nikoli
(1995).
kombi-
m v zá-
. Jedna
chopná,
nejvíce

ého, ale
člen po-
tní hod-
odobou
upraco-
v jedné
l možno
se ope-
sejí být
oci dob-

izultaci
azylová
ty dětí
eutické
I s pra-

covníky těchto návazných služeb musí pracovník z „první linie kontaktu“ dobré komunikovat.

Poradenské služby

Jde o služby krátkodobé, poskytované ve specializovaných institucích, kde rodina má k dispozici tým profesionálů. S jedním z nich, příp. postupně s několika řeší akutní problémy rodinného soužití a výchovy dětí. Pomoc má podobu krátké série dohodnutých schůzek. Některé z těchto služeb spočívají v obhajování zájmů a práv rodiny vůči jiným subjektům včetně státních orgánů.

Vzdělávací programy

Jde o služby poskytované dlouhodobě, jejich cíl je formulován obecně, např. jako podpora rodičů v rodičovské roli, rozvoj dovedností tvořivě řešit konflikty, udržovat kvalitní vztahy. Některé druhy programů jsou přímo nazývány „školy rodičů“ a také probíhají v odpoledních a večerních hodinách ve školních budovách. Jindy mají vzdělávací programy charakter víkendových kurzů nebo prázdninových soustředění.

Poradenské a vzdělávací programy se někdy kombinují, např. jsou-li poskytovány náhradním rodinám (pěstounským, adoptivním) nebo rodinám, ve kterých jsou vychovávány děti s vážnými hendikepy. Někdy jsou doplněny i rekreacemi akcemi a pobytu.

Terapeutické služby

Terapeutické služby můžeme v zásadě rozdělit na typ svépomocný a typ profesionálně vedené služby. Mohou být poskytovány jednotlivcům, kteří mají problémy v rodinném soužití, nebo celým rodinám. Pokud jsou poskytovány jednotlivcům, jsou cílovými skupinami jak „původci problému“, tak „oběti“. Pokud některý člen rodiny překročil meze zákona, musí být včetně projednána soudem, nicméně i soud může nařídit účast provinilého v terapeutickém programu nebo při svém rozhodování může vzít v úvahu, že obviněný již nějaký terapeutický program absolvuje. Ve Švédsku se např. od roku 1980 rozvíjí síť „mužských center“ (Manscentrum) poskytujících profesionální pomoc i docházku do svépomocných skupin mužů, kteří se v rodinách chovají násilnicky (Ellanson, 2001).

Profesionálně řízená terapie rodiny by měla být podložena smlouvou, ve které je stanoven cíl terapie. Cíl typu „harmonizovat soužití rodiny a udržet ji pohromadě“ není ve všech případech vždy dosažitelný. Antagonismus mezi dospělými může být tak silný, že se jako jediné schůdné řešení ukáže rozvod. V takovém případě je někdy namísto zvažovat i terapeutické provázení rozvodem. Vždy když je to možné, měla by terapie mít jasně definovaný cíl. Takový cíl umožnuje formulovat kritéria, podle nichž se dá poznat, zda je postup efektivní. Všichni účastníci mohou kontrolovat, jak se terapie vyvíjí. Smlouva má určovat i délku terapie.

Po skončené terapii by měl odpovědný pracovník sepsat o jejím průběhu zprávu a ta má být poskytnuta tomu, komu přísluší. Také rodina by měla efekt terapie zhodnotit ze svého hlediska. Toho hodnocení je nepostradatelnou zpětnou vazbou pro terapeuta i pro instituci poskytující terapii. Dalším typem důležité zpětné vazby jsou katamnestická přešetření stavu rodiny po několika měsících (letech) od skončené terapie.

Preventivní programy

Jde o dlouhodobé programy, jejichž cílovou skupinou jsou vznikající rodiny, v nichž je vysoká pravděpodobnost vážných obtíží, nebo rodiny, ve kterých se narodilo hendikepované dítě, jehož výchova bude představovat značnou zátěž (pak se mluví o rané péči). Pomáhajícími pracovníky mohou být profesionálův i zaškolení dobrovolníci. Kontakt pomáhajících pracovníků s rodinami je pravidelný a dlouhodobý.

V Jižní Karolíně v USA je např. již řadu let organizován program Zdravé rodiny, v němž se jako pomocnice angažují zaškolené dobrovolnice poskytující rizikovým rodinám přímou pomoc, instruktážní příručky a videokazety s návody ke stimulaci malých dětí. Kontakt dobrovolnice s matkou začíná již v porodnici. Dobrovolnice mj. sledují stav dětí screeningovým testem vývojové úrovni a v případě potřeby aktivizují další odborné služby. Dobrovolnice zprostředkují matkám i dalším příbuzným kontakt na programy poskytované místními komunitními centry – programy pro otce, pro starší děti i pro matky samé. (Pazlarová, 2001)

Práce s rodinou

S. P. Spitzer, P. A. Morganová a R. M. Swanson (1980) orientují sociální práci s rodinami psychiatrických pacientů podle typologie rodinných reakcí na duševní nemoc. Tu vytvořili po podrobném rozboru rodinných reakcí u 79 případů nově přijatých pacientů na psychiatrickou kliniku. Osudy rodin pak byly sledovány během pacientovy hospitalizace a ještě dva roky poté, co byl pacient z kliniky propuštěn. Dva klíčové faktory v postoji rodiny ovlivňující pacientův stav a jeho léčbu nazvali:

- očekávaná úroveň pacientova výkonu** (čili co rodina očekává, pokud jde o pacientovo zaměstnání, příjem, fungování v domácnosti, společenské vztahy atd.);
- příklon k akci** (čili nakolik je rodina ochotná uznat, že pacient trpí duševní chorobou, a nakolik vidí jako vhodnou formu pomoci zahájení psychiatrické ústavní léčby).

pokračování

a průběhu
a by měla
řadatelnou
ším typem
o několika

jící rodiny,
kterých se
čnou zátěž
profesioná-
odinami je

am Zdravé
e poskytu-
ideokazety
začíná již
stem vývo-
brovolnice
skytované
pro matky

ici s rodinou
i nemoc.
atých pa-
cientovy
a klíčové

jde o pa-
ny atd.);
evní cho-
é ústavní

pokračování

pokračování

Reakce každé konkrétní rodiny pak může být typizována jejím zařazením do jednoho ze čtyř kvadrantů vytvořených podle dvou uvedených dimenzí. Např. rodiny s vysokými hodnotami v obou faktorech jsou klasifikovány jako rodiny s výhradami (stipulators), kdežto rodiny s nízkými hodnotami obou dimenzií spadají do typu rodin nereagujících (do-nothings) atp.

Doporučení pro sociální pracovníky jsou dělena podle fází kontaktu pacienta s léčebným zařízením.

V první fázi kontaktu s rodinou jde o překonání předsudků týkajících se psychiatrie a neochoty volit tuto formu terapie. Rodiny s nízkou hodnotou faktoru b) se zdráhají definovat problém jako psychiatrický, zdráhají se i přjmout představu, že jde o medicinsky léčitelný stav. Potíže jsou také s rodinami, které se nechtějí vzdát řízení pacientova osudu a mají na něj vysoké nároky. Sociální pracovník rodiny motivuje k přijetí nutnosti léčby a aktivně pracuje se zlostí členů rodiny v rodinách s vysokou hodnotou faktoru a). S některými rodinami, zejména s oněmi apatickými (do-nothings) se doporučuje zahajovat kontakt předtím, než je pacientovi naordinována ústavní léčba. V těchto rodinách bývá „symptom“ využíván k udržení rodinné rovnováhy, je tedy třeba s nimi pracovat i během pacientovy hospitalizace a po ní.

Přijetí pacienta do léčby vyvolává v rodinách stavy krize. Členové rodiny mají pocit ztráty, trpí pocity viny, bezmoci, mají strach z budoucnosti. Šok je největší v rodinách, které si polzebu péče uvědomovaly nejméně. Vybraným rodinám je sociální pracovník k dispozici, aby jim pomohl událost zpracovat. Kvalifikovaná intervence sociálního pracovníka je mimo jiné prevencí toho, aby rodina ukvapeně nepodepsala revers a aby tím neblokovala pokračování pacientovy léčby.

Během hospitalizace poskytuje sociální pracovník rodinám poučení o povaze nemoci, o léčebném režimu a jeho smyslu; snaží se ovlivňovat očekávání rodiny týkající se pacienta tak, aby je pacient mohl po návratu z léčby naplnit. Snaží se zachovat a rozvíjet ty postoje rodiny vůči pacientovi, které považuje za podpůrné. Snaží se redukovat neuvědomělé používání pacientových těžkostí k řešení rodinných konfliktů a problémů. Sociální pracovník také připravuje rodinu na možnost, že se pacientovy příznaky znova objeví, a dává členům rodiny instrukce, za jakých okolností by bylo vhodné se znova spojit s léčebným zařízením.

Kontakty se sociálním pracovníkem jsou nabízeny rodinám v hodinách, kdy během hospitalizace navštěvují pacienta. Nejvíce úsilí si vyžádá práce s rodinami, které mají k pacientovi, jeho nemoci a jejím vyhlídkám postoj apatický. V některých případech jsou po skončené hospitalizaci nutné i opakování návštěvy sociálního pracovníka v rodinách. V některých případech je situace v rodině taková, že sociální pracovník raději pacientovi hledá jiné místo, kde by mohl po propuštění z ústavní léčby žít, než je rodina, ve které žil dosud.

Užívaná typologie rodin umožňuje předem rozlišit, u kterých rodin bude systematická intervence SP nutná – jsou to ty, které mají ve dvou sledovaných faktorech extrémní skóre. V možnostech žádného velkého psychiatrického zařízení totiž není soustavně pracovat s rodinami všech pacientů.

u jeho domova.

justice Bulletin.

1, s. 57–69.

lyn and Bacon,

–23.

l Work Practice.

Career. Family
cial Work with

R. L. (ed.): En-

p 12. In: Social

Posuzování potřeb ohroženého dítěte

Jiří Kovařík

Pojem „ohrožené dítě“ v oblasti sociální práce již zdomácněl. Většinou, ale ne vždy, odvozuje svůj význam od donedávna poměrně frekventovaného anglosaského výrazu „child at risk“. V posledních letech – zejména vlivem terminologie *Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji* z roku 1990 – bývá nahrazován pojmem „děti ve zvlášť obtížných situacích“. V paragrafu 22 zmíněné deklarace jsou pak k tomuto pojmu výslovně vztaženi „sirotci, děti ulice, děti uprchlíků, přesídlení, oběti válek a přírodních i lidmi způsobených katastrof, děti migrujících dělníků nebo děti žijící v jiných sociálně znevýhodněných skupinách, pracující děti, děti a mladí lidé uvěznění v pasti prostituce, pohlavního zneužívání a jiných forem vykořisťování, invalidní děti, adolescentní provinilci, oběti apartheidu a cizí okupace“. V paragrafu 24 je upozorněno na ohrožení drogovou závislostí, a to dokonce již v prenatálním stadiu. Jsou zde zmíněna nejen narkotika a psychotropní látky, ale i závislost na tabáku a alkoholu (Kovařík, 1999; Dunovský, 1999). Témto na první pohled různorodým dlouhodobě ohrožujícím situacím je společné především to, že se týkají „životního stylu“ jedinců, rodin, sociálních skupin a jejich prostřednictvím také dětí. Dalším důležitým společným znakem je, že děti si tyto situace nevolí svobodně, ale jsou do nich – většinou nedobrovolně – vrženy a není, až na výjimky, v jejich silách se z těchto podmínek vymanit. Obdobný význam někdy mívají i pojmy „děti v nouzi“ a „děti se zvláštními (speciálními) potřebami“.

Poněkud odlišnou historii má dnes běžný deskriptivní pojem **syndrom CAN** (Child Abuse and Neglect) – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Přestože týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je zřejmě

staré jako lidstvo samo, teprve v padesátých letech 20. století se lékaři začali cíleně zabývat touto problematikou a nazvali ji souhrnně jako neúrazová poranění. V roce 1962 popsal Kempe tzv. syndrom bitého dítěte (battered child syndrom). V následujících letech se začal stále více používat a prosazovat již zmíněný pojem syndrom CAN (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995; Dunovský, 1999).

Pro náš účel, jak ostatně napovídá název kapitoly, budeme i nadále používat pojem „ohrožené dítě“. Máme při tom na mysli dítě, jehož život nebo zdraví jsou nějakým způsobem ohroženy. Připomeňme však i v této souvislosti určitý terminologický posun, k němuž v případě vymezení pojmu **zdraví** došlo. Dnes již půlstoletí stará a běžně používaná definice zdraví WHO říká, že „zdraví není jen absencí nemoci, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody“. Později, ve výzvě WHO *Zdraví pro všechny do roku 2000*, se objevuje definice nová, která – po mému soudu – starší vymezení nenahrazuje, ale spíše doplňuje: Zdraví je „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (Dunovský, 1999).

Uvedená vymezení vlastně představují pokus komplexně zachytit celkový stav a situaci jedince a propojit objektivní indikátory s indikátory subjektivními a sociálními. V případě dítěte je zřejmé, že takové posouzení musí zahrnovat i posouzení jeho „sociálněekologické niky“, především mikrosociálního systému, v němž se dítě v daném čase nachází (Bronfenbrenner, 1979; Kovařík, 2001). V potaz je třeba vzít i časovou, vývojovou či „historickou“ dimenzi – co současné situaci předcházelo a k čemu a jakým směrem se bude s největší pravděpodobností vyvíjet. I na dítě je třeba pohlížet jako na „osobu ve světě“ (Karls, Wandrei, 1994; Kovařík, 2001), přičemž podmínky nebo problémy, které vystavují dítě ohrožení, zahrnují – aniž by se na ně omezovaly – faktory environmentální povahy (chudoba, deprivace aj.), faktory biologické (např. nezralost) a faktory genetické, jako např. chromozomální odchylky nebo anomálie (Ammerman, Hersen, 1997). Důležitou okolností je však podle posledně zmíněných autorů to, že ekologické vnímání podmínek se v průběhu posledních desetiletí změnilo. Nehovoří se již jen o zamorení a toxicitě ekosféry, ale také o sociální toxicitě prostředí a faktorech, které dílčí rizika násobí či umocňují (Garbarino, 1995). Zároveň je věnováno více pozornosti faktorům, které posilují odolnost (resilienci) vůči různým dílčím ohrožením či jejich kumulaci (Ammerman, Hersen, 1997; Garbarino, 1995).¹

¹Dodejme pouze, že vždy, když je ohroženo zdraví, nebo dokonce život dítěte (ať již vlivem nějaké přírodní či sociální katastrofy nebo vlivem negativního či lhostejného chování jeho primárních a sekundárních vychovatelů a pečovatelů, vrstevníků či jiných osob), projevuje se toto ohrožení m. j. tak, že nejsou naplněny některé základní životní (vitální) potřeby dítěte. Ohrožené dítě může být – a mnohdy bývá – vlivem takových událostí traumatizováno. Pravidlem však bývá, že ohrožené dítě je téměř vždy deprivovalo – právě díky nedostatečnému naplnění základních životních potřeb. Proto považujeme znalost deprivační teorie za nezbytnou součást přípravy sociálního pracovníka a zařazujeme do této kapitoly její shrnutí.

12.1 Komplexní, interdisciplinární a týmový přístup k ohroženým dětem a role sociálního pracovníka

Posouzení situace ohroženého dítěte je záležitost složitá a náročná. Jedná se o komplexní problematiku, při jejímž řešení se sociální pracovník neobejde bez spolupráce a pomocí dalších odborníků. Dítě, stejně jako dospělý, je biopsychosociální individualitou, a tudiž je třeba posoudit každého jedince a jeho situaci jak z hlediska zdravotního, resp. medicínského, tak z hlediska psychologického a samozřejmě i sociálního či sociálněprávního. Bez pomoci pediatra, nejlépe pediatra sociálně orientovaného, a dětského psychologa se sociální pracovník při posuzování potřeb a situace ohroženého dítěte neobejde. Mnohdy potřebuje zapojit do posuzování ještě další odborníky – neurologa, dětského psychiatra, speciálního pedagoga, foniatra, logopeda, právníka, popř. další profese. **Sociální pracovník** by se měl především ujmout role koordinátora a jeho prvním úkolem by mělo být sestavení týmu potřebného k řešení každého jednotlivého případu.

Na základě vlastního posouzení, posouzení pediatra a posouzení psychologa by měl spolu s nimi stanovit optimální skladbu týmu, naplánovat a organizovat postup vyšetření a koordinovat práci jednotlivých odborníků. Spolu s nimi by měl na závěr stanovit komplexní sociální diagnózu, prognózu, navrhnut postup a alternativy řešení a případné terapie nebo rehabilitace.

Při tomto postupu by měl mít neustále na paměti, že situaci ohroženého dítěte nelze posuzovat jako situaci samotného, izolovaného jedince, ale vždy v rámci jeho „sociálněekologického pole“. Vždy by měl spolu se svým týmem zkoumat mikrosociální systém dítěte (jeho rodinu, ať již vlastní, biologickou, nebo náhradní, popř. jiné významné osoby, k nimž má dítě silný emoční vztah). Stejně tak by měl tým zmapovat mezosociální systém (školu, sousedství, skupinu vrstevníků aj.) a posoudit jeho silné, pozitivní stránky – „zdroje podpory a rozvoje“, i stránky slabé, negativní – „zdroje ohrožení a újmy“. Neměl by opomenout ani makrosystém a všechny jeho zdroje, možnosti, omezení a nabídky standardních řešení.

Vhodnými nástroji pro zmapování rodinné situace dítěte (stejně jako jiných klientů) jsou genogram a ekomap. Jejich konstrukci předchází rozhovor, zaměřený mj. na sběr anamnestických dat, rodinnou konstellaci a sociální pole dítěte a jeho primárních vychovatelů.

Genogram je grafickým znázorněním rodinných mezigeneračních vztahů a umožňuje přehledné zachycení i poměrně složitých vztahů, souvislostí a událostí pomocí jednotných symbolů či znaků. *Ekomapa* pak zachycuje celou sociálně ekologickou sínu dítěte – rodinu a veškeré k ní vztažené exosystémy, ať již aktuálně, či zatím pouze potenciálně disponibilní. Ukažme si to na následujícím případu.

Za sociální pracovníci v poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy přichází klientka Jana (23 let), matka dvou dětí – čtyřletého Davida a dvoleté Anny. Jana, prodavačka a opravářka v počítačové firmě, je v současné době na mateřské dovolené. Obě její děti jsou s ní doma, David do školky či jiného zařízení nechodí. Manžel Jany, Martin, je rovněž třiaadvacetiletý – jejich manželství trvá pět let, seznámili se na střední škole. Martin je automechanik, pokoušel se soukromně podnikat, ale jeho malá firma velmi brzy zkrachovala. Z té doby mu zůstaly ještě některé nespacené dluhy. Nyní pracuje jako vedoucí autodílny v jedné větší soukromé firmě v sousedním městě. Vydělává slušné peníze, ale ještě se mu nepodařilo splatit část nahromaděných dluhů. (Splácení je však možné v pravidelných dílčích splátkách, které zasílá banka z Martinova účtu). Rodina žije v běžném panelovém bytě 2+1. Finančně nestrádají, ale než splatí dluhy, „jen tak tak vyjdou“.

Problém, s nímž Jana do poradny – na doporučení své blízké kamarádky – přichází, se týká vztahu jejich dvou dětí. Stává se, poslední dobou poměrně často, že David Aničce ubližuje, bere hračky, bije ji a nadává. Jana neví, co si s ním má počít. Před koncem prvního orientačního rozhovoru v poradně se však objeví ještě jeden, zřejmě klíčový problém. Stává se – poslední dobou častěji – že Martin zajde s kamarády z práce do hospody, vrací se domů připilý či opilý a Janě nadává, vyčítá jí, že přiliš utráci, a několikrát ji i uhodí. Z počátku se to odehrávalo bez přítomnosti dětí, poslední dobou však i v jejich přítomnosti, když je otec svým křikem probudí.

Sociální pracovnice si proto pozve Janu na nejbližší možný termín (za necelý týden) na další rozhovor a do té doby ji vybaví nejnutnějšími informacemi o tom, jak si má v případě opakování násilí z manželovy strany počinat. Při druhé návštěvě Jana upřesňuje, že Martin na ni byl hrubý vícekrát, uhodil ji však jen třikrát – a to během posledních čtyř měsíců. Anamnesticky orientovaný rozhovor vedený sociální pracovnicí pak vyjasňuje některé další rodinné vztahy. Jana pochází ze čtyř sester. Dvě jsou starší, jedna sestra je mladší. Rodiče Jany (prarodiče Davida a Aničky) spolu žijí a bydlí ve stejném městě. K vnoučatům mají vřelý vztah, ale nemají na ně mnoho času. Oba pracují – matka Jany jako účetní a otec jako ekonomický náměstek v malé místní továrně. Jejich nejmladší dcera se má během tohoto roku vdávat. Martin má již jen otce a mladšího bratra. Oba žijí na druhém konci města. Matka Martinovi zemřela před devíti lety. Zdá se, že se Martin se smrtí ještě zcela nevyrovnal. Od rodičů odešel, když mu bylo 16 let, a to pro neshody s otcem. Nemohl snést jeho hrubé a násilné chování vůči matce, které u otce propukalo, když se přibližně jednou za čtvrt roku opil a po návratu matku slovně i fyzicky napadal. (Matka zemřela na rakovinu slinivky břišní.) S otcem se Martin nestýká, s mladším bratrem občas ano. Po odchodu z rodiny žil u strýce. Ve všech třech případech manželovy hrubosti odešla Jana z bytu – naposledy vyběhla z bytu jen náhleko v pantoflích a bez kabátu. Vzhledem k zimě se vrátila zpět asi po dvou hodinách. Martin seděl u dětí, vyprávěl jim pohádku a zdálo se, že vystřízlivěl. Jana měla dojem, že se tváří provinile. O tom, co se stalo, se spolu nebabavili. Dvakrát odešla Jana ke svým rodičům, ale ti pro ni neměli příliš porozumění. Otec se zastával Martina, že má starosti a trápení s nespacenými dluhy a matka Janu nabádala, že „to musí vydržet“. Na své dětství vzpomíná Jana poměrně ráda. Velice si rozuměla se sestrami – ráda vzpomíná na prázdniny u babičky, matčiny matky,

pokračování

Do ;
tech
kter
ální
soci;
terv
genc
Dav

12.

Potř
nech
orga
jako
čten
jak i
Cháj
a soř
T
uspo

přichází
y. Jana,
ské do-
nechodi.
, sezná-
odníkat,
teré ne-
né firmě
latit část
látkách,
tě 2+1.

přichází,
ze David
Sít. Před
, zřejmě
amarády
tá ji, že
ostí dětí,
lí.

ý týden)
n, jak si
ávštěvě
it – a to
sociální
ř sester.
Aničky)
mají na
romický
to roku
i města.
tě zcela
otcem.
lo, když
napadal.
nladším
ípadech
nalehko
xdinách.
ta měla

ní. Otec
ka Janu
a. Velice
/ matky,
ačování

pokračování

která však již zemřela. Vzpomíná si však také na to, že i její otec přišel tu a tam (ne příliš často) domů opilý a poté všem ženám doma nadával. Agresivní byl pouze verbálně, nikomu neublížil. Pokud ví, nikdy se o tom doma nemluvilo. Janina matka to trpěla a trpělivě snášela. Otec později přestal pít. Jana se nejčastěji stýká – pokud jí to péče o děti dovolí – s přítelkyněmi. Právě ta nejlepší jí doporučila, aby zašla za sociální pracovnicí do poradny. (Uvedla, že jí samotné před časem velmi pomohla.) Pokud jde o Martinův vztah k Janě, cítí Jana, že ji má Martin rád a i ona jeho. Jen si je poslední dobou nejistá a boji se jeho nepravidelných alkoholických a násilnických epizod. Janu bolívá poslední dobou hlava a má pocit, že nezvládá děti a domácnost. Musí si pak lehnout a nemá na děti čas.

Přestože čtyřletý David a dvouletá Anička nejsou primárním Janiným problémem – tím je „násilí v rodině“ ze strany manžela, jsou obě děti dětmi ohroženými. Nejenže i mezi nimi dochází (ze strany Davida) k násilnostem, ale obě – přestože fyzická péče rodičů je dobrá – strádají nedostatkem pozornosti a pocílují nejistotu a úzkost matky, když otec přijde domů opilý. Situaci nerozumějí, křičícího otce se bojí. Jejich situaci a celou rodinnou konstelaci si můžeme znázornit (a sociální pracovnice to udělala) genogramem – viz obr. 12.1.

Do genogramu můžeme stručně zanášet poznámky o důležitých skutečnostech. Zasazení rodiny do sociálně ekologické sítě pak zachycuje ekomapa, která umožňuje zachytit a) přehled a skladbu exosystémů; b) povahu aktuálních vztahů; c) přehled možných sociálních napětí, ale především možných sociálních zdrojů a opor, což je důležité zejména při sestavování programu intervence, nápravy, rehabilitace a terapie. Jádrem ekomapy je relevantní část genogramu, v uvedeném případě nukleární rodina Jany a Martina a jejich dětí Davida a Anny.

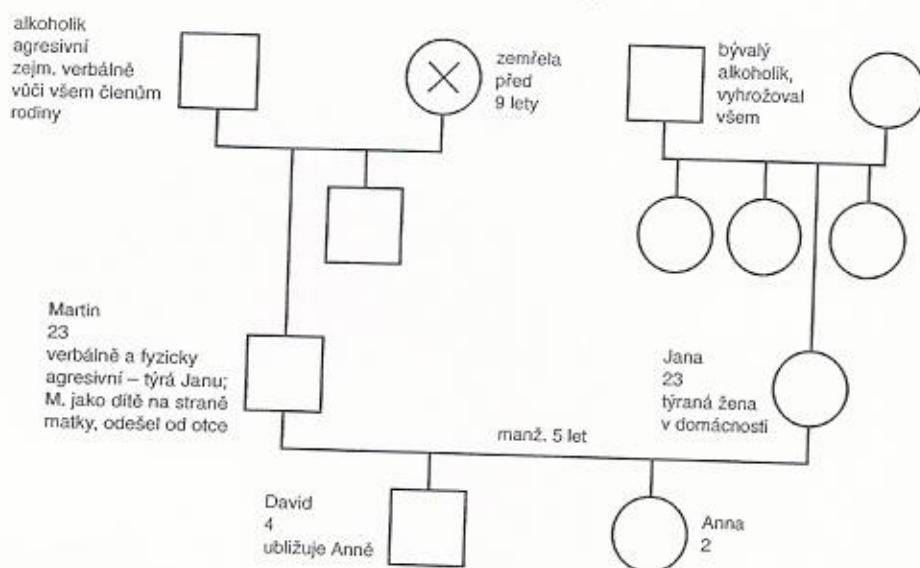
12.2 Potřeby a posuzování podmínek pro jejich uspokojování

Potřebu zde, podobně jako na jiných místech (Kovařík, 2001; Kovařík, 2002), nechápeme pouze jako nějaký deficit nebo přebytek energie na straně lidského organismu, který má být uveden do stavu žádoucí rovnováhy, ale především jako vztahový, intencionální fenomén. Potřeba se vztahuje a směruje vždy k určitému cíli. Potřeby představují základní způsoby vztahování člověka ke světu; jak říká Joseph Nuttin (1970), propojují póly bipolární struktury „já a svět“. Chápeme je tedy jako určitý způsob začlenování do světa, jako určitá schémata a součást způsobů interakce člověka se světem.

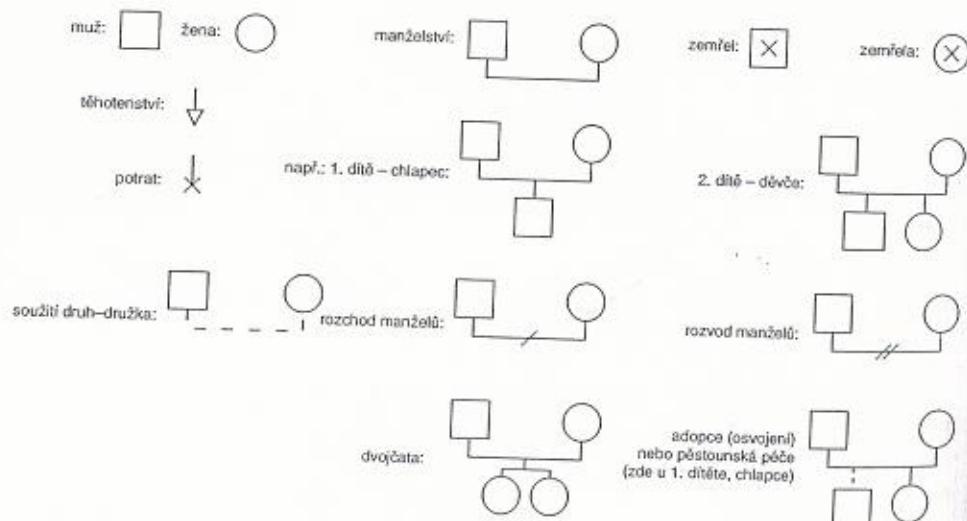
To, jak tato interakce probíhá v době, kdy je člověk jako dítě odkázán při uspokojování svých základních potřeb zcela nebo především na ostatní lidi,

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

Obr. 12.1 Genogram rodiny Jany a Martina (a Davida a Anny)



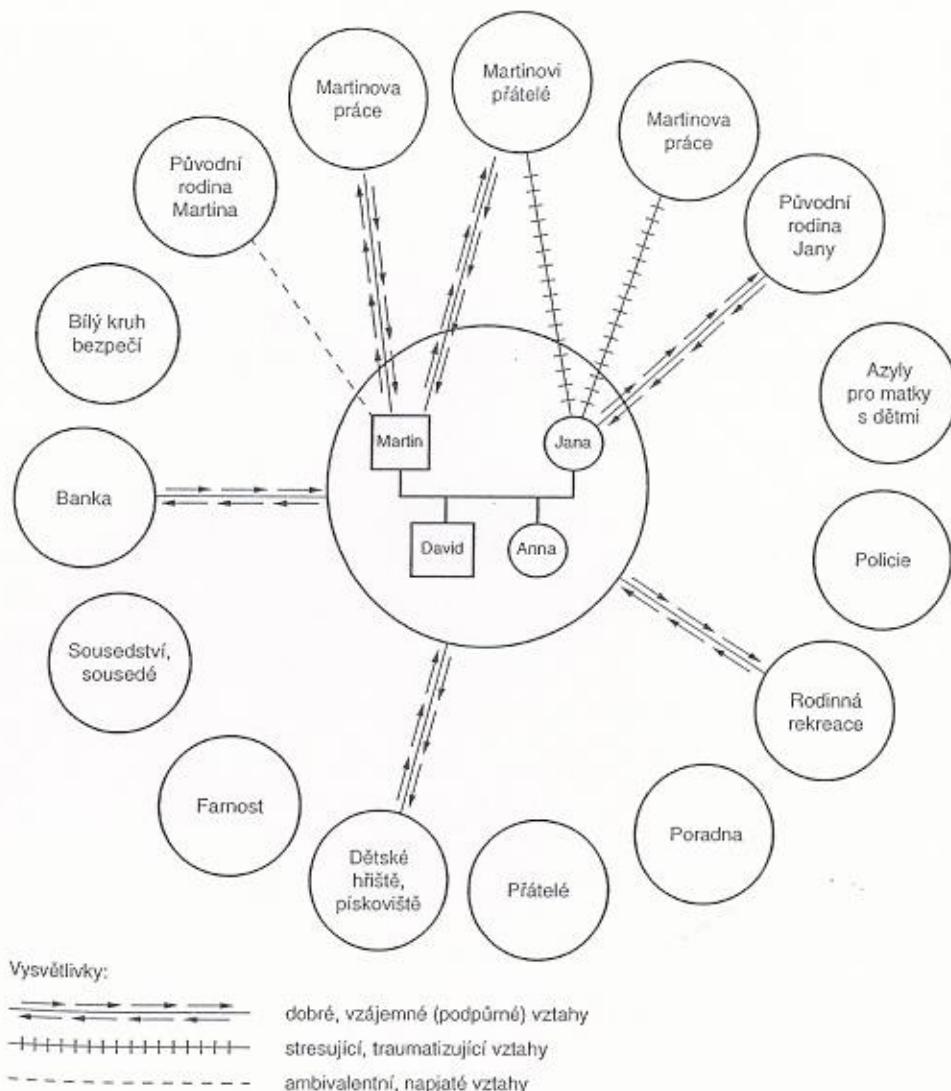
Vysvětlivky a symboly:



i to, jak probíhá v době, kdy je sám aktivní a víceméně samostatnou osobou, která naopak pečeje o uspokojování potřeb těch, kteří jsou na něm závislí, poznamenává charakteristickým způsobem jeho celkový životní styl.

12 POSUZOVÁNÍ POTŘEB OHROŽENÉHO DÍTĚTE

Obr. 12.2 Ekomapa aktuálního sociálního pole rodiny



Členěním a systemizací základních potřeb se zabývala a zabývá řada autorů (Murray, Maslow, Madsen, Dunovský aj., viz např. Madsen, 1972, 1979). Například Murray rozlišuje asi čtyřicet potřeb, které rozděluje do dvou kategorií: 1. viscerogenní potřeby – jsou vrozené a primárně determinované stavy a procesy v organismu (např. hlad, žízeň); 2. psychogenní potřeby – jsou získané a determinované vnějšími „tlaky“ (např. dosažení úspěšného výkonu, dominanci, afiliaci).

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

I známá **Maslowova klasifikace** rozlišuje dvě základní kategorie: 1. nižší potřeby, označované někdy jako potřeby nedostatkové, k nimž řadí potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a z části afiliační potřeby a potřeby uznání; 2. potřeby vyšší, kam kromě dvou posledně jmenovaných řadí především potřeby seberealizace, sebenaplnění; označuje je také jako potřeby růstu či metapotřeby.

Pro naš účel se omezíme na základní dělení potřeb na tělesné, tedy biologické, a na psychické, popř. sociální. (Takzvané potřeby vývojové a potřeby duchovní řadíme v našem případě pod potřeby psychické, resp. psychosociální.)

Aspoň stručně se musíme zmínit ještě o tzv. zvláštních potřebách některých ohrožených dětí. Jedná se především o potřeby vyplývající z určité zvláštnosti nebo odlišnosti dítěte (barva kůže, vzhled, nemoc, úraz, postižení aj.) či ze specifity jeho životní situace (týrání, zneužívání, zanedbávání, sociální izolace, příslušnost k etnické minoritě aj.). K jejich naplnění je většinou třeba speciálních opatření nebo terapeutických postupů (dieta, léčebná kúra, rehabilitace, psychoterapie aj.), zaměřených mnohdy nejen na samo dítě, ale i na jeho přimární pečovatele, nebo popř. i na širší sociální a ekologické prostředí a jeho případnou změnu (eliminace alergenů, tlumení xenofobních a rasových nálad a postojů, dočasná nedostupnost drog aj.).

Biologické potřeby

Biologické potřeby (čistý vzduch, čistá voda, správná strava, přiměřené teplo, stálé přístřeší a ochrana před škodlivými vlivy) patří nepochybě k těm základním. Zda je jejich naplnění ohroženo či narušeno, by měl posoudit sociální pracovník především na základě průzkumu mikrosystému, v němž dítě žije, tedy nejčastěji na základě návštěvy rodiny dítěte, rozhovoru a pečlivého pozorování. Vydatnou pomoc mu zde může poskytnout zkušený dětský lékař.

V případě Davida a Aničky potvrdila návštěva v rodině, že základní biologické potřeby dětí nejsou nikterak zanedbávány, spíše je podezření na deprivaci či subdeprivaci v oblasti potřeb psychických. Rozložení rodinných teritorií v klasickém panelovém bytě 2+1 však ukazuje, že v případě agresivních výstupů otce vlastně neexistuje v bytě místo, kde by děti před nimi byly chráněny.

Při návštěvě rodiny sociální pracovník posuzuje nejen velikost, rozložení a uspořádání bytových prostor, které tvoří fyzický rámec domova jeho klienta (dětského, ale i dospělého). Zkoumá možnosti a omezení, které bytový prostor skýtá, avšak snaží se také zmapovat sociální prostory a osobní teritoria jednotlivých členů domácnosti. Všímá si, zda jsou bytové podmínky stísněné, stresující; jaké možnosti nabízejí (ale též eliminují či redukují) i jaké další prostory jsou, vedle interiérů, klientovi a jeho rodině k dispozici (zahrada, bezprostřední

potřeby, označovány bezpečnostními potřebami posledně jmenovanými jako potřeby

biologické, psychické duchovní potřeby

h některých zvláštností

u) či ze speciální izolace, v rámci speciál-rehabilitace, na jeho prostředí a jeho souvisejících nálad

1, přiměřené vyhnutí k těm posoudit so, v němž dítě u a pečlivého létský lékař

psychické povaci či sub-v klasickém otce vlastně

zložení a uspořádání klienta (dětirový prostor i teritoria jednotlivě, střední prostory bezprostřední

okoli). Všímá si toho, co bytový prostor vypovídá o životním stylu jeho obyvatel, snaží se zjistit, které prostory představují individuální, privátní teritoria a které naopak jsou místy společného setkávání. (Všímá si zejména egoistického okupování společných prostor některým jedincem, popř. tzv. zakázaných teritorií, „trináctých komnat“ aj.). Nezaměřuje se pouze na to, zda jde o domácnost udržovanou či neudržovanou, ale rozlišuje mezi „dělným nepořádkem“, který svědčí většinou o tom, že se zde skutečně žije, a „neúčelným či nehygienickým chaosem“, který spíše naznačuje, že obyvatelé domácnosti buď vůbec nedbají na své domácí prostředí, či se nedokážou domluvit o tom, kdo bude za co odpovědný.

Z mezosociálních systémů zkoumá především – v závislosti na věku dítěte – sociální systémy mateřské školy či základní školy, vrstevnických skupin v sousedství či v zájmových sdruženích, které dítě navštěvuje. Zjišťuje zde, jaké místo, jakou sociální pozici zde dítě zaujímá, do jaké míry jsou tyto systémy pro dítě podpůrné a do jaké konfliktogenní či traumatogenní. (Zkoumá např. i to, zda dítě, jehož zdravotní režim vyžaduje určitou specifickou dietu, má možnost patřičné diety ve školní jídelně či zda musí docházet někam jinam.) V případě škol se dále zajímá i o vztah rodičů ke škole, o jejich hodnocení učitelů a výuky, o možnosti, které škola dítěti i rodičům nabízí, i o četnosti kontaktů rodičů se školou.

Psychické potřeby

Při posuzování **psychických potřeb** spočívá rozdíl mezi prací psychologa a sociálního pracovníka v tom, že psycholog posuzuje na základě svého vyšetření a pozorování chování dítěte, zda a do jaké míry jsou základní psychické potřeby dítěte uspokojeny, kdežto sociální pracovník zkoumá sociální prostředí dítěte a zjišťuje, zda jsou zde podmínky pro naplňování těchto potřeb a tyto podmínky blíže specifikuje. Zkoumá také, jaké zdroje, rezervy a silné stránky v tomto prostředí jsou, a co by bylo třeba změnit, aby byly potřeby dítěte optimálně uspokojovány.

Při členění a kategorizaci psychických (psychosociálních) potřeb budeme vycházet z koncepce Pražské školy vývojové psychologie a psychické deprivace (Langmeier, Matějček, 1974; Matějček a kol., 2000; viz též Vágnerová, 2000).

Pětice základních psychických potřeb je podle Pražské školy, podobně jako např. u Maslowa, hierarchicky usporádána a u každé potřeby je popsána podoba deprivace, k níž při neuspokojování potřeby může docházet, a zároveň naznačena terapie, která by měla navodit žádoucí stav a vytvořit podmínky pro zdravý a zdarný rozvoj dítěte (viz tab. 12.1).

1. **Potřeba stimulace** – potřeba optimálního přívodu podnětů, co do jejich variability, modality, kvantity a kvality s ohledem na konkrétní individuální dítě.

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

2. **Potřeba „smysluplného světa“**, rádu v chaosu podnětů neboli potřeba podmínek pro účinné učení.
3. **Potřeba jistoty, bezpečí** – interpersonálního vztahu typu „matka–dítě“, toho, čemu anglosaská literatura říká „attachment“.
4. **Potřeba osobní identity** – potřeba sociálního začlenění do širšího okruhu lidí.
5. **Potřeba „otevřené budoucnosti“** – potřeba životní perspektivy či „životního smyslu“.

Tento hierarchicky uspořádaný model nejenže umožňuje hlubší výhled do lidské situovanosti ve světě, ale zároveň, jak přiblíží následující schéma, umožňuje hledat řešení specifických deprivací (deprivací na úrovni jednotlivých potřeb) jak z hlediska terapie, tak z hlediska prevence, a tudíž z hlediska konkrétní sociální péče a sociální politiky.

Máme-li se pokusit o rozumějící posouzení těchto potřeb, bude třeba se jimi zabývat poněkud podrobněji.

1. **Potřeba stimulace**, potřeba optimálního přísluhu podnětů. Aby se dítě vůbec mohlo stát přiměřeně vnímavým a aktivním, musí se jeho nervový systém naladit na určitý optimální přívod podnětů. V prvních týdnech života dítěte je úroveň stimulace vůbec nejpodstatnější vlastností „světa“. Podle své individuální vrozené výbavy, podle tempa vývoje, dosavadních zkušeností a podle vývojového stadia, v němž se dítě nachází, potřebuje:
 - a) určité přiměřené **množství** podnětů (ani málo, ani moc);
 - b) určitou přiměřenou **kvalitu** podnětů (ani příliš jednoduché, nestrukturované, ani příliš složité, kombinované, vzájemně se rušící);
 - c) určitou přiměřenou **proměnlivost** podnětů (ne pouze podněty jednoho druhu, např. zrakové, na úkor ostatních smyslů).

Nedostatek či nadbytek podnětů je pro člověka subjektivně nepřijemný a vyvolává reakce odvrácení a nezájmu, nebo snahu po obnovení optimální podnětové úrovně. Příliš složité

Tab. 12.1 Pětice základních psychických potřeb

Potřeba	Deprivace	Terapie
stimulace	nedostatek podnětů	re-aktivatice optimální úroveň podnětů
„smysluplný svět“	nedostatek kognitivní struktury	re-edukace podmínky pro účinné učení
citové pouto – attachment, bezpečí	nedostatek bezpečí, chybí citové pouto	re-attachment (znovu)navázání citového pouta
osobní identita	nedostatek identity, chybí sociální začlenění	re-socializace
otevřená budoucnost, životní perspektiva	nedostatek životního smyslu	znovunalezení a znovunalezáření smyslu života

oli potřeba
iatka-dítě",
šího okruhu
ivy či „život-

led do lidské
a, umožňuje
vých potřeb)
a konkrétní

ibývat poněkud
ubec mohlo stát
irčitý optimální
nepodstatnější
je, dosavadních

irované, ani pří-
ho druhu, např.

vyvolává reakce
ně. Příliš složité

ji podnětů

jčinné učení
ní citového pouta

a znovunalezáni

nebo příliš překvapivé podněty mohou naopak vyvolávat strach a útek nebo „zamrznutí“. Uspokojování této potřeby ovlivňuje podstatným způsobem vnitřnost a vztušivost dítěte, neboť ovlivňuje zrání a dozrávání příslušných funkcí a podpůrných orgánů, zejména CNS. Dítě zpočátku vnímá celkově, globálně, nerozlišeně, jakoby celým tělem, celou pokoužkou. Zapojeny jsou především jeho **proximální smysly** - hmat, čich a chuť. (Smysly **distální** - zrak a sluch - se začínají uplatňovat později a posléze nabývají nad smysly proximálními převahu - viz např. Pechstein, 1979.) Stojí za zmínu, že pokožka, smyslové orgány a nervový systém vznikají při členění zárodečné buňky z jednoho zárodečného listu, vnější zárodečné vrstvy - ektodermu. Proto má pro malé dítě takový význam taktilní stimulace - hlazení, mazlení, příjemné dotyky. I pro dospělého člověka platí, že orgány nebo svalové skupiny, které jsou na čas vyřazeny z funkce (chybí jim možnost procvičování, tedy dosahování potřebných vnitřních, cenestických aj. podnětů), slábnou a chladnou, atrofují a často je třeba zvláštní rehabilitace, aby postižená funkce mohla být plně nebo aspoň částečně obnovena.

2. **Potřeba podmínek pro účinné učení**, potřeba smysluplného světa. Dítě se potřebuje vyznat v chaosu podnětů, který na ně dolévá, potřebuje se naučit rozlišovat, differencovat, potřebuje mít kolem sebe svět, jemuž rozumí, svět, do kterého není vrženo naráz a nepřipravené, ale do něhož je postupně, krok za krokem uváděno. Potřebuje najít smysl v rozdílném uspořádání podnětů, odkryt jejich vzájemný vztah, jejich význam, potřebuje mít kolem sebe lidi a věci, které se chovají určitým, pro ně srozumitelným způsobem. Jedině tak se naučí získávat zkušenosti, „naučí se učit“.

Tato potřeba se projevuje jak v úsilí kojence osvojit si novou dovednost tím, že ji procvičuje a zkouší až do únavy, tak v nekonečných otázkách „proč“ malého dítěte nebo později např. ve snaze vědce odpovědět na podstatné otázky svého oboru.

Člověk se učí od prvních týdnů svého života. Úroveň složitosti učení však musí být přiměřená věku a individuálním zvláštnostem dítěte. Začne-li se s příliš složitým učením příliš brzy, dítě nároky situace nezvládne, neorientuje se v ní, dochází k maladaptivnímu jednání a průběh učení se spíš prodlouží. Začne-li se příliš pozdě, má to za následek retardaci, opožděování vývoje.

Zkušenosti a události věcného světa určují především aktivitu dítěte ve sféře „věci“ - formují jeho zvidavost, pátrání, manipulaci, výkony a tvorivost. Zkušenosti dítěte ze styku s lidmi určují aktivitu ve sféře sociální. Vélice brzy se pro dítě stává nejzajímavějším objektem lidská tvář a lidské jednání vůbec. Proto musí být sociální prostředí dítěte stabilní a vzájemná komunikace a interakce srozumitelná, smysluplná a pravidelná. Zabývá-li se dítětem v raném údobí jeho vývoje větší počet osob (bylo např. zjištěno, že v kojeneckých ústavech prochází v příznivém případě dítě rukama 19 členů personálu), nemá přiležitost přivydírat si a seznamovat se postupně a v určitém pořádku s chováním jedné určité, pravidelně se objevující osoby - a s jejimi výrazy, tónem hlasu, tempem, způsobem uchopení, přebalení atd. - a celý proces prvotního sociálního učení a začleňování je tak ztižen a narušen. Vzdálenou analogii v životě dospělého člověka může být situace, kdy - např. při návštěvě cizí země - nerozumí ani slovo z toho, co lidé povídají, a v krajině připadá nerozumi ani jejich zvykům a kulturnímu pozadí.

3. **Potřeba citového vztahu**, u dítěte potřeba citového vztahu k dospělému vychovateli, především k mateřské osobě. Tendence dítěte k aktivní interakci se světem se brzy soustředí v tendenci k interakci s mateřskou osobou (matkou či osobou, která ji zastupuje), která se tak pro dítě stává představitelem světa. Ve vztahu k této osobě se soustředí všechny dílčí zájmy a naprostá většina aktivity dítěte. Tento vztah ovšem musí být vzájemný, hluboký, láskyplný a trvalý, neboť jedině tak poskytuje dítěti pocit životní jistoty a bezpečí. Umožňuje mu, aby se naučilo lásku nejen přijímat, ale později i vracet, podmínku jeho základní důvěru vůči světu a zdravou sebedůvěru a vytváří tak podmínky pro to, aby dítě začalo podnikat dobrodružné výpravy za poznáním světa dál a dál za mateřskou náruč (která se v případě nebezpečí a ohrožení stává vždy znova „přístavem jistoty“).

a bezpečí") a za práh svého domova. Prožitek prvotní závislosti je zřejmě nutný k tomu, aby se dítě stalo nezávislým, aby vyspělo ve zralou a samostatnou osobnost.

Tato potřeba, potřeba hlubokého a trvalého vztahu ke specifickému sociálnímu objektu, jakoby rámuje a zakotvuje obě potřeby předchozí. Aktivita, orientace ve světě, učení a především učení lidské řeči, která umožňuje smysluplné osvojení lidské zkušenosti, nachází právě v tomto osobním vztahu svou živoucí půdu, svůj energetický zdroj. Specifickým sociálním objektem, k němuž se dítě váže těsným, stabilním citovým poutem, je tedy zprvu většinou matka, později však do vztahového pole dítěte vstupují další objekty, k nimž se upíná obdobnou specifickou vazbu – otec, rodina jako celek, skupina vrstevníků, kulturní vzor. Pro dospělého člověka se takovýmto objektem stává životní partner, přítel a – jeho vlastní dítě. Tato sílmezilidských vztahů pak podstatným způsobem určuje jeho místo ve světě.

4. **Potřeba identity** – potřeba společenského uplatnění, vlastního místa ve společnosti, potřeba autonomie vlastní osobnosti a vědomí vlastní hodnoty vyrůstá právě z této skutečnosti. Pojmu „identita“ – být, tj. „být sám sebou“ – lépe porozumíme, když si uvědomíme, že má vyjadřovat opak „anonymity“. Dítě, když vyrůstá v rodině, je něčí dítě – ví, že k někomu patří. Druži lidé v rodině je oceňují, mají o ně strach, záleží jim na něm, vedou je k tomu, aby mělo „svědomí“ a „sebevědomí“. Zde postupně přejímá vyspělejší společenské role – a spolu s nimi odpovědnost za to, co koná, odkud vykračuje dál do širší společnosti, již je rodina součástí.

Dítě, které není zprvu osobností, není „já“, se osobností stává vlivem „ty“ druhé osoby, „matky“, nebo přesněji vlivem „ty“ primárního pečovatele. Uvědomuje si, co se od jeho „já“ očekává i co ono samo očekává od „ty“. Přijímá tak svou první roli nejprve ve vztahu k matce a později i role ve složitějších sítích mezilidských vztahů, a přitom se postupně stává jedinečnou a nezastupitelnou osobou. Za koho a za co se člověk považuje, to je obsaženo v jeho každodenních činnostech, starostech a nadějích. Jsou však situace, popř. některá vývojová údobí, jako např. dospívání, kdy problém vlastní identity nabývá na aktuálnosti a stojí pak přímo v centru životních otázek. Vhodným příkladem je právě hledání dospívajících a jejich – ne vždy plně uvědomované – pokusy odpovědět si na otázku „kdo jsem“, „jaké je mé místo ve společnosti, ve světě“.

Zralá identita předpokládá tvůrčí převzetí sociálních rolí, a znamená tedy také přijetí vlastních osobních daností – možností a omezení. Každá danost (např. to, že se člověk narodí jako muž, nebo žena, že je členem určité rodiny, určitého společenství, že má tu či onu vadu nebo nadání) však nabývá svého smyslu teprve tehdy, je-li vědomě a tvůrčím způsobem přijata a zapojena do celku života osobnosti.

5. **Potřeba životní perspektivy**, naděje, otevřené budoucnosti. Malé dítě žije převážně v přítomnosti, nemá ještě diferencované pojetí času, vlastní osobní minulost, přítomnost a budoucnost. Tam, kde má dítě možnost zažít – v jistotě důvěrného mezilidského vztahu – smysluplný celek nějaké události: celek započetí, průběhu a zakončení, tam dochází k objevování budoucnosti a jejího významu. Teprve pozvolna se pojímání a prožívání času u dítěte rozšiřuje, jak směrem do minulosti, tak směrem do budounosti, a začíná se postupně vztahovat k času světa, v němž žije – k životu jeho rodičů, k dějinám jeho národa, k dějinám a výhledům lidského druhu a celku světa, k němuž patří. Toto prožívání je i u dospělého člověka kusé a ne zcela uvědomované, přesto však podstatně ovlivňuje celkové utváření osobnosti a životní styl člověka. V jeho rámci a na jeho pozadí totiž probíhá utváření a uspokojování všech základních životních potřeb. Kromě potřeby pevného zázemí má člověk potřebu překonávat svůj současný stav a stávající životní podmínky. Potřebuje proto mít před sebou budoucnost, v niž on nebo jeho dilo pokračuje, budoucnost, která ho ohrožuje, ale spíše je podmínkou rozvrhování a realizace jeho životních možností i možností společenství, k němuž přináleží. Vztah jedince k budoucnosti tak určuje jeho vztah k minulosti a přítomnosti, přestože je jimi sám podmiňován. Budoucnost, která je pro člověka uzavřena, která ho ohrožuje, v něm vyvolává

nutný k tomu, st. sociálnímu obnášení ve světě, u lidské zkušenostního zdrojovým poutem, už další objekty, vina vrstevníků, i partner, přítel během určuje jeho

ve společnosti, rávě z této skutečnosti si uvědomíme, že – ví, že k němu, vedou je čejší společenské širší společnosti,

ty“ druhé osoby, co se od jeho „já“ i prve ve vztahu tom se postupně považuje, to je ak situace, popř. nity nabývá na kladem je právě odpověď si na,

tedy také přijetí to, že se člověk věství, že má tu čí domě a tvůrčím

itě žije převážně ulost, přítomnost lidského vztahu – tam dochází k oba prožívání času i, a začíná se poznám jeho národa, Toto prožívání je téměř ovlivňuje celadí totiž probíhá

asny stav a stávanon nebo jeho dilo povrhování a reakce. Vztah jedince je jimi sám podporován, v něm vyvolává

zoufalství. Budoucnost, která se člověku otevírá a k níž přistupuje s důvěrou, je zdrojem naděje. Postoj k budoucnosti, schopnost objevovat a vytvářet možnosti a podle realistického odhadu je volit a naplňovat, se vytváří již od raného dětství; souvisí totiž podstatnou měrou s pocitem jistoty, bezpečí a základní důvěrou a sebedůvěrou dítěte.

V potřeb životní perspektivy jsou vlastně obsaženy dvě potřeby, které spolu navzájem velice úzce souvisejí – potřeba dějinného, časového charakteru vlastní osobnosti (spjatá s potřebou identity) a potřeba tvůrčího přesahu (Helus, 1974). Každé tvorivé dílo (nejen kniha, hudební skladba, obraz, ale i např. zahrada, vinohrad, včelin apod.) pomáhá člověku překročit aspoň záhony jeho omezení, jeho současný stav, sebe samého. Nemusíme přitom chodit daleko, jednou ze „samozřejmostí života“ většiny dospělých jsou vlastní děti. A právě děti ční život bohatším na výhledy do budoucna. Leckdy si to ani plně neuvědomujeme. S dětmi se neustále na něco těšíme, něco očekáváme, z něčeho máme obavy. Velké většině lidí vlastně jen život s dětmi umožňuje překročit jejich osobní čas, jejich osobní budoucnost. Nejenže v nich zůstává pokračování života ve smyslu biologickém, ale pokračuje a vyvíjí se dál to, co bylo dětem dánem tvorivým dílem naší výchovy.

Tato okolnost nám též pomáhá vyrovnat se s problémem vlastní konečnosti – ostatně jako každé tvůrčí a pravidlivé dílo, v němž se člověk uskutečňuje tím, že se vydává, a které naplňuje život smyslem.

Každá z uvedených potřeb se v průběhu života postupně dotváří, „dozrává“ již od nejranějšího dětství, a každá také může být kratší nebo delší dobu neuspokojována. Je-li toto neuspokojení dlouhodobé, dochází k deprivaci, stavu, kdy zmíněné základní životní potřeby nejsou v dostačující míře a dost dlouhou dobu uspokojovány. Trvá-li tento stav déle, dochází k podstatnému narušení procesu, který bychom mohli, spolu s českým filozofem Janem Patočkou, nazvat procesem zapouštění kořenů do světa.

Psychická deprivace a deprivované dítě

Psychická deprivace poznamenává podstatným, nikoli však nevratným způsobem další vývoj dítěte. *Následky psychické deprivace* mohou být jak krátkodobé, tak dlouhodobé (Langmeier, Matějček, 1974; Matějček, Bubleová, Kovářík, 1997).

Průkopníci v oblasti zkoumání deprivace (René Spitz, John Bowlby a další) se zprvu domnívali, že následný obraz projevů deprivace je poměrně jednotný, takřka uniformní. Jejich následovníci, a zejména Pražská škola Langmeiera a Matějčka, však prokázali, že tomu tak není. Deprivace různých úrovní potřeb a v různých vývojových stadiích působí odlišně. Zasahuje nestejně zranitelný terén (smyslové vady, mentální postižení, drobné i vážnější poruchy nervové soustavy aj.) a promítá se odlišně do různých oblastí vývoje. Podle druhu a závažnosti působících podmínek pak vytváří některé charakteristické obrazy.

Ke klasickému obrazu psychické deprivace malého dítěte zpravidla patří výrazné vývojové opoždění řeči. Kromě těžké patlavosti, která bývá patrná zvláště u ústavních dětí, je nápadně zejména opoždění ve skladbě a obsahu řeči. Také se můžeme setkat i s opožděným vývojem sociálních a hygienických návyků, při jejichž tvorbě je třeba úzkého a častého kontaktu s dospělými.

Můžeme pozorovat i opoždění ve vývoji jemné motoriky, jemných pohybů ruky nebo v koordinaci ruky a oka, která obvykle kontrastuje s celkově přiměřenou úrovni hrubé motoriky, jak označují lékaři a psychologové celkové ovládání těla, posazování, změny pozic, chůzi apod. Ta bývá opožděna spíše při depravaci v období raného vývoje ve špatně fungující rodině. Emotivita dětí bývá plachá, nerozvinutá, matná, jakoby „setřená“, nebo naopak plná nezvládnutých afektivních výbuchů. Většina šestiletých ústavních dětí bývá školsky nezralá – emoční nevyspělost a nedostatečně rozvinuté pracovní a sociální návyky spolu s ostatními zmíněnými nedostatky působí, že školní prospěch těchto dětí bývá zřetelně pod úrovní jejich potenciálních schopností. Psychická depravace rovněž často stojí v pozadí vážnějších poruch osobnosti.

Na základě svých bohatých klinických zkušeností rozlišili Langmeier a Matějek pět hlavních typů osobnosti deprivovaného dítěte, přičemž brali v úvahu jednak celkovou úroveň aktivity a vzrušivosti, jednak celkový ráz sociálního chování dítěte:

1. **Typ relativně dobře přizpůsobený**, bez zvláštních nápadností, jenž však má svá citlivější, zranitelná místa, která se při větším zatížení projeví.
2. **Typ sociálně hypoaktivní**, útlumový nebo také regresivní či apatický. Odpovídá do značné míry tomu, co první badatelé v oblasti depravace považovali za její charakteristický obraz – vyznačuje se tím, že celková aktivita dítěte je snížena, dítě se nepokouší navazovat sociální vztahy a uzavírá se spíše do světa věcí a materiálního světa.
3. **Typ sociálně hyperaktivní** je pravým opakem předchozího – vyznačuje se až přepjatou, ale rozptýlenou sociální aktivitou, snahou přimknout se nakrátko ke každému, vběhnout do každé otevřené náruče bez rozlišení, přičemž zájem o věcné prostředí je naopak nápadně snížen. Dítě připomíná lačného, ale nezúčastněného diváka napínavého dobrodružného filmu. Hloubku a kvalitu citových vztahů u něj nahrazuje povrchní kvantita.
4. **Typ sociálně provokativní** označuje děti, které bývají agresivní a většinou neznají solidaritu s ostatními. Za každou cenu se snaží upoutat pozornost dospělých, šaškují, předvádějí se, vyrušují, jako by svým chováním chtěly říci: „Když nemohu dostat pohlazení, tak aspoň pohlavek“ (i to je projev pozornosti ze strany dospělých). Jsou-li tyto děti mimo kolektiv ostatních dětí a mají-li vychovatele jen pro sebe, bývají jako vyměněné. Proto je také vhodné svěřovat takové děti spíše do individuální náhradní rodinné péče.
5. **Typ náhradního uspokojení** citových potřeb, někdy označovaný také jako substituční, je charakteristický tím, že aktivita těchto dětí se přesunula do jiných oblastí, v nichž mohou snáze najít toužené (náhradní) uspokojení – do sféry věcného světa (shromažďování hraček a věcí), do sféry jídla (přejídání), do sféry sexuálního zájmu (télesná stimulace, manipulace s genitáliemi) apod.

ckou k za-
imování
stiky přes-

ované tra-
míry se na
nú podílejí
tí a na čem
dědičnosti,
a poruchy
rýskytu dě-
p a fenotyp
erou z rele-
00; Zvolský,

sociální. Po-
mezit pouze
cké potřeby,
sy a možné
dy celkovou
zory nepří-
997, in Am-
ohroženého
anglosaská
ika a zdroje
našeho mo-
ivní faktory

anou souhru
uspokojování

základních životních potřeb. Kdybychom chtěli přidat k našemu modelu ještě jednu, nepochybně užitečnou „dvojku“, mohli bychom posoudit a rozlišit, do jaké míry jsou uspokojovány za prvé potřeby biologické a za druhé potřeby psychické, a použít při tomto hodnocení škálu, jejíž rozpětí připomíná první „pětka“ modelu:

- potřeby jsou uspokojovány optimálně, tj. stabilně, konzistentně a přiměřeně individualitě dítěte (5 bodů);
- potřeby jsou uspokojovány nikoli optimálně, ale přijatelně, stabilně a poměrně konzistentně (4 body);
- potřeby jsou uspokojovány přijatelně, ale nestabilně a nekonzistentně (3 body);
- potřeby jsou uspokojovány jen nárazově a nedostatečně (2 body);
- potřeby nejsou uspokojovány takřka vůbec (1 bod).

V případě psychických potřeb vycházíme z uvedené pětice potřeb formulovaných pražskou školou, přičemž v případě potřeby stimulace posuzujeme postupně pětici smyslů (proximální: hmat, čich, chuť, a distální: zrak a sluch). Pro případnou kvantifikaci můžeme i zde použít uvedené pětibodové škály.

Stejně můžeme postupovat i v případě potřeby „smysluplného světa“, potřeby citového vztahu a bezpečí a potřeby životního smyslu a perspektivy. U potřeby identity nebo sociálního začlenění můžeme postupně posoudit základní pětici sociálních pozic a rolí:

1. pozici a roli dítěte (přesněji roli syna nebo dcery) a s ní komplementární roli rodičovskou (mateřskou a otcovskou);
2. roli sourozeneckou;
3. roli (role) související se vztahy k širšímu příbuzenstvu (prarodiče, tety, strýcové);
4. roli vrstevnickou a kamarádskou (děti v nejbližším sociálním okolí dítěte);
5. další – pro dítě významné – osoby (tzv. „significant others“, např. sestra v kojeneckém ústavu, kuchařka v dětském domově, učitelka mateřské školy, dobrovolník z programu 5 P).

I zde můžeme u každé z nich použít pětistupňové posuzovací škály (1. žádná, nedostatečná, neexistuje; 2. spíše nedostatečná; 3. průměrná, tak např.; 4. dobrá; 5. optimální).

Podobně bychom se mohli např. ptát i u třetí potřeby „attachmentu“, zda si jej dítě vytvořilo nebo má možnost vytvořit k matce, otci, prarodiči, sourozenců nebo k někomu jinému.

Následující „pětka“ připomíná pět typů osobnosti deprivovaného dítěte.

Další možnou pěticí jsou základní **kategorie charakteristik dítěte a jeho situace** (Kovařík, 1979; Matějček, 1999), které se používají např. v oblasti náhradní rodinné péče (dále NRP):

1. **činitele právní povahy** – jaká je právní situace dítěte: komu je dítě svěřeno, kdo je jeho opatrovníkem, zda jsou práva a odpovědnost rodičů zachovány, omezeny, zrušeny;
2. **činitele biofyzické povahy** neboli „danosti“, tedy to, co si dítě na svět přináší, co je dáno a co není závislé na vývojovém čase – pohlaví (a vše, co se k němu váže); heredita; tělesný zjev (mj. sympatický, nesympatický; barva kůže, zvláštní znaky, nápadnosti); somatický defekt; drobná poškození CNS;
3. **vývojové činitele** jsou ty, jež přinášejí změny v čase – věk dítěte; vývojová úroveň a vývojová prognóza; mentální defekty; vývojová poškození způsobená prostředím (deprivace, zanedbanost, poruchy chování, neurotické projevy);
4. **sociální činitele** vyjadřují vztahy dítěte s ohledem na jeho aktuální sociální pole, popř. na sociální konstelace minulé a perspektivní – vztahy k vlastním nebo náhradním rodičům, k sourozencům, k prarodičům a dalším příbuzným; vztahy k vrstevníkům a vztahy k dalším významným osobám;
5. **situační činitele** zahrnující převážně vnější podmínky života dítěte, jako je jeho trvalé bydliště a jeho ekologická a sociálněekologická čistota nebo toxicita; dostupnost sociálních a dalších odborných služeb; postoje, zdroje a rizika spojená se širším prostředím apod.

U adolescentů je možné a mnohdy prospěšné zkoumat, jakým způsobem zvládli a zvládají významné křížovatky pěti dosavadních základních psychosociálních konfliktů, jak je vymezuje ve svých pracích E. H. Erikson (1965, 1967, 1997). Aktuálním tématem adolescence je hledání osobní identity, které v případě neúspěchu hrozí jejím zmatením a difuzí rolí.

Ontogeneticky prvním vývojovým úkolem je v kojeneckém věku řešení konfliktu mezi základní důvěrou a základní nedůvěrou, po němž následuje konflikt mezi autonomií a zahanbením, pochybnostmi a blokujícím studem. V předškolním věku, v období dětské hry má základní konflikt podobu iniciativa, podnikavost vs. inhibující vina a ve školním věku kompetence (zručnost, dovednost) vs. méněcennost. Vždy je užitečné položit si otázku, jak se podařilo, nebo nepodařilo úkoly jednotlivých stadií zvládnout (blíže viz např. Erikson, 1965, 1997).

Model „3 × 3 × 3...“ aneb Tři úrovně učení, tři základní sociální okruhy a tři zdroje rizik

Úrovně učení

V návaznosti na práce Z. Matějčka můžeme rozlišit tři základní roviny či úrovně učení.

První rovinou je **rovina sociálních, emočních vztahů**. Předpokladem identifikace a přijetí autority je silný emoční vztah, který se vytváří od nej-

Tab. 12.3 Základní pětičlenné kategorie modelu

Název kategorie	Obsah kategorie
uspokojování potřeb	optimální přijatelné, stabilní přijatelné, nestabilní nárazové, nedostatečné zcela nedostatečné
psychické potřeby	stimulace podmínky pro učení citový vztah a bezpečí identita a začlenění životní perspektiva
faktory situace dítěte	právní biofyzické vývojové sociální situační
typy osobnosti	dobře adaptovaný hypoaktivní, útlumový hyperaktivní provokativní substituční
psychosociální krize	důvěra vs. nedůvěra autonomie vs. zahanbení iniciativa vs. vina kompetence vs. méněcennost identita vs. zmatení rolí

ranějších okamžiků života dítěte, ne-li ještě v době prenatální. Tento vztah či vztahy jsou tím, co utváří a strukturuje svět dítěte daleko dříve, než začne rozumově chápát, „oč ve světě běží“, než začne používat myšlení a řeč.

Tento vztah je také předpokladem druhé úrovně učení – **roviny vzorů a modelů**. Dávno předtím, než dítě začne chápát pravidla a způsoby vzájemného vztahování a soužití lidí, vstoupí do jeho povědomí vzory a způsoby chování jeho rodičů, prarodičů, sourozenců a dalších významných životních osob. Dříve než začne uvažovat o vztazích muže a ženy nebo o vztazích mezi generacemi, bude znát prvotní vzory a modely těchto vztahů, jak mu je prezentovalo a prezentuje jeho nejbližší sociální okolí.

Teprve později, když bude schopné vyslovit první slova a věty nebo když se dostane do vývojového stadia konkrétních či formálních operací (Piaget 1966, Piaget, Inhelderová 1970), bude schopné tyto zkušenosti postupně verbalizovat a lidská řeč mu umožní osvojit si zkušenosti druhých lidí a poznání, které by bez řeči nebylo jinak dostupné. Ale přesto vše budou základní pojmy jeho řeči určitým způsobem zkušenostně pokryty (či přesněji: fundovány), nebo

mu je dítě svěst rodičů zachová-

si dítě na svět pohlaví (a vše, nesympatický; drobná poško-

dítěte; vývojová poškození způsobená, neurotické

aktuální so-ktivní – vztahy k rodičům a dalším významným osobám

vota dítěte, jako skáčka čistota nebo výrobek; postoje, zdroje

způsobem zvládly psychosociálních (1965, 1967, 1997). které v případě

věku řešení konfliktu následuje konflikt studem. V předodobu iniciativa, ace (zručnost, dobro, jak se podařilo, viz např. Erikson,

základní roviny či modelů. Předpokladem se vytváří od nej-

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

nepokryty a zkušenostně nepodloženy (např. dítě vyrůstající v sociální izolaci), popř. podloženy zkušenostmi destruktivními (např. dítě se syndromem CAN, dítě týrané, zneužívané nebo zanedbávané).

Třetí rovina učení je tedy **rovinou poznatků a informací** předávaných prostřednictvím lidské řeči nebo obrazem s ní spojeným a jejím prostřednictvím uchopovaným a chápáným.

V případě čtyřletého Davida (a také mladší sestry Anny) je narušena rovina vzorů a modelů prezentací ambivalentních a doposud ne zcela srozumitelných identifikačních vzorů. Tendence identifikovat se s agresorem je patrná nejen v chování Davida, ale i v chování jeho otce.

Základní sociální okruhy

Druhá „trojka“ modelu připomíná, že existují tři **základní sociální okruhy** dítěte, které mají v různých vývojových údobích odlišný význam pro rozvoj a socializaci dítěte. Těmito okruhy jsou:

- **rodina,**
- **škola,**
- **vrstevníci dítěte.**

Každý z těchto okruhů může pro dítě představovat jak zdroj sociálních opor a pomoci, tak zdroj ohrožení a rizik. Sociální pracovník by měl spolu se svým týmem dokázat tyto zdroje identifikovat, rozpoznat a posoudit. (A v další etapě své práce do nich podle potřeby určitým způsobem zasáhnout ve prospěch ohroženého dítěte.)

V každém z těchto okruhů lze dále zkoumat, co jejich hlavní představitelé (rodiče, spolužáci, kamarádi) ve vztahu k dítěti chtějí, mohou a dovedou, a také co nechtějí, nemohou a nedovedou. (I toto zjištění by mělo předcházet úvahám o případné sociální intervenci a její povaze.)

Zdroje ohrožení

Pokud jde o možné zdroje ohrožení, je užitečné jasně rozlišovat následující trojici (blíže viz např. Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995):

1. rizikové dospělé,
2. rizikové děti,
3. rizikové situace.

Podobně můžeme hledat i faktory podpůrné, pozitivní nebo ameliorační.

ici), popř. podloženy neužívané nebo závědávaných prostřednictvím na rovinu vzorů jich identifikací; hování Davida, sociální okruhy znam pro rozvoj oj sociálních opor ačel spolu se svým it. (A v další etapě nout ve prospěch avní představitelé a dovedou, a také sedcházet úvahám lišovat následující ameliorační.

Pokud bychom chtěli „trojkový model“ ještě rozšířit, můžeme se opřít o *Úmluvu o právech dítěte* z roku 1989 a její známá 3 P – „protection, promotion a participation“ (ochranu, podporu a rozvoj a participaci) a ptát se, do jaké míry jsou v rámci současné situace dítěte vytvořeny podmínky pro jejich naplnování.

Davidův otec Martin je v našem případě zmíněnou rizikovou osobou. Pokud by se u Davida rovinula osobnost sociálně provokativního typu, byl by David dítětem rizikovým a v případě vzniku rizikové situace (opilstotce) by mohla být tato kombinace fatální.

V případě starších dětí a adolescentů lze uvažovat např. i v dimenziích tří základních životních pohybů, jak je při svém popisu přirozeného světa rozvedl český filozof Jan Patočka (blíže viz kapitolu Sociálněekologický model v knize Matoušek a kol., 2001, s. 248–260):

- Pohyb dimenze **minulosti** je pohybem **zakotvení** či **zakořenění**, v němž se člověk vztahuje k tomu, co zde již existuje; co je ve světě hotovo a pro něho připraveno.
- Dimenzí pohybu **reprodukce**, sebeproloužení, je **přítomnost**, v níž se setkáváme s věcmi a lidmi.
- Lidsky nejvýznamnější pohyb, pohyb vlastní existence, navazuje na oba předchozí, je rozvrhem možností. Patočka jej nazývá pohybem průlomu či **vlastního sebepochopení**. Jeho podstatným živlem je **budoucnost**.

Tab. 12.4 Trojice modelu 3x3x3

Název kategorie	Obsah kategorie
roviny učení	vztahy modely, vzory poznatky, informace, znalosti
základní sociální okruhy	rodina škola vrstevníci
zdroje rizik	dospělí děti situace
(3 P – Úmluva o právech dítěte	ochrana podpora, rozvoj participace)

U menších dětí je užitečné odlišit tři základní temperamentové typy (Langmeier, Krejčířová, 1998):

1. typ snadno vychovatelného dítěte,
2. typ obtížně vychovatelného dítěte,
3. typ pomalého dítěte.

Model $3 \times 3 \times 3$ považuje za vhodný zejména při posuzování celkové situace týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí.

12.4 Posouzení vhodnosti řešení

Jen v krátkosti se věnujme ještě posouzení vhodnosti navrhovaného řešení – vhodnosti řešení situace ohroženého dítěte a vhodnosti případné sociální intervence, vycházející mj. právě z posouzení potřeb ohroženého dítěte a zdrojů či rizik, které v sobě tato situace obsahuje. Modelem pro toto posouzení je rozlosování míry indikace při výběru a volbě vhodné formy NRP v případě sociálně osířelých dětí (Matějček, in Kovářík, 1979; Matějček, 1999). Vhodně zapadá i do našeho „pětkového“ modelu.

1. Specifická indikace (řešení a sociální intervence) znamená, že toto řešení je jak z hlediska přítomné situace, tak z hlediska dalšího vývoje dítěte a jeho budoucnosti řešením optimální a měla by mu být dána přednost, i když je třeba časově a finančně náročnější.

1. **Indikace** není sice specifická a optimální pro toto konkrétní dítě, ale platí v širším měřítku pro problémy a případy podobné povahy. Zvolené řešení je nejen možné a přijatelné, ale i žádoucí.
2. **Řešení přijatelné**, není sice přímo indikováno, ale také není kontraindikováno. Nelze je a priori odmítat. Za určité konstelace a dalších vhodných opatření může fungovat poměrně dobře.
3. **Řešení nouzové** – mělo by být voleno pouze tehdy, není-li možné realizovat žádné z vhodnějších řešení. Volíme je s vědomím, že není vhodné, ale vskutku pouze nouzové.
4. **Kontraindikace** znamená, že dané řešení je vskutku nepřijatelné a neměli bychom je v žádném případě volit.

Aplikujeme-li toto schéma na náš případ Davida a Anny, napomůže našim úvahám ekomapa mapující zdroje možných opor a ohrožení. Ekomapa na obr. 12.3 znázorňuje ideální cílové řešení, které je zaměřené na rozvoj sociálních opor celé nukleární rodiny i jejich jednotlivých členů.

vé typy (Lang-

celkové situace

zaného řešení –
je sociální inter-
itěte a zdrojů či
souzení je rozli-
řípadě sociálně
Vhodně zapadá

iamená, že toto
ho vývoje dítěte
přednost, i když

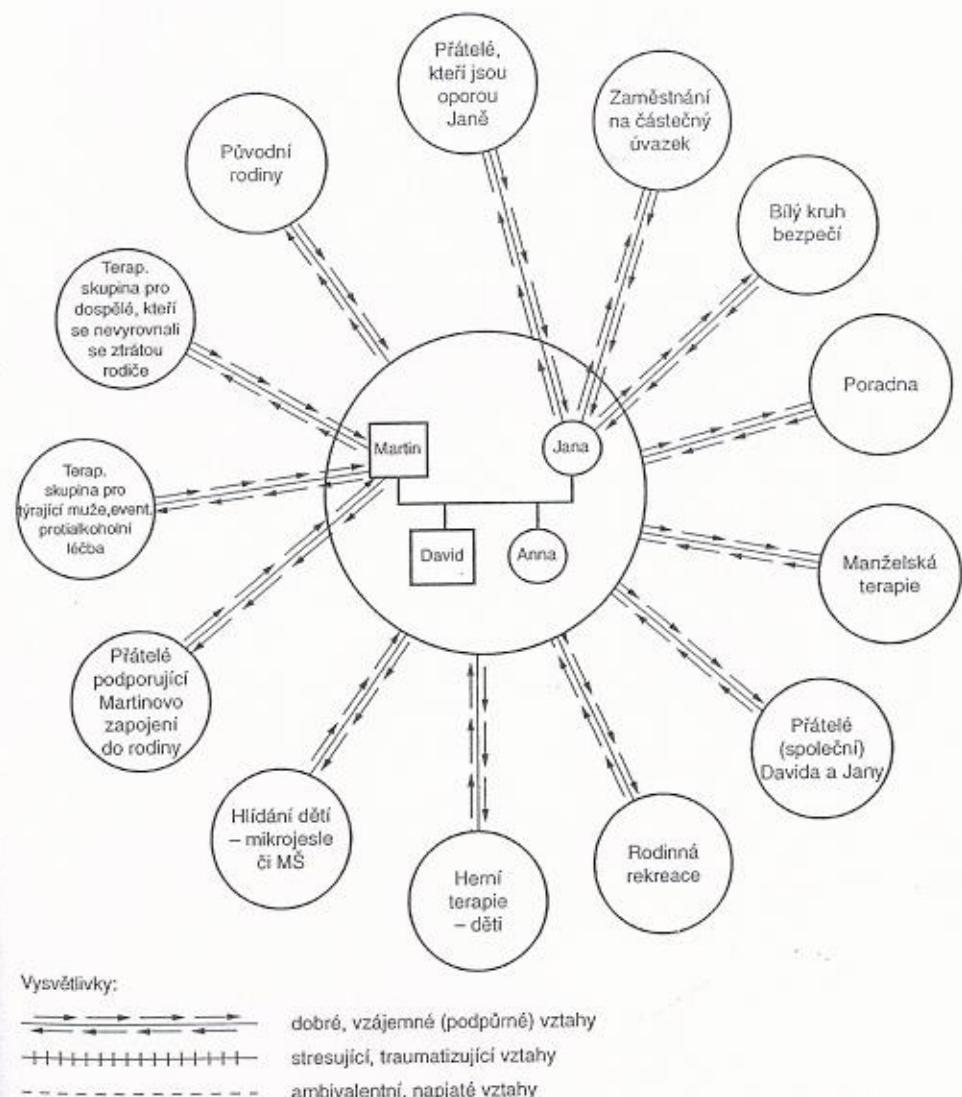
ní dítě, ale platí
životlené řešení je

není kontraindi-
alších vhodných

i možné realiza-
není vhodné, ale
ijatelné a neměli

našim úvahám
br. 12.3 znázor-
uje celé nukleární

Obr. 12.3 Ekomapa optimálního programu intervencí a řešení problémů rodiny Jany, Martina a jejich dětí Davida a Anny



Ekomapa optimálního řešení je vhodným východiskem pro stanovení celkového strategického plánu i sledu jednotlivých dílčích programů. V tomto ideálním případě půjde o mnohočetnou intervenci, která bude zahrnovat:

1. V případě Jany zapojení do terapeutické skupiny dospělých, jejichž rodiče byli alkoholici; případně do skupiny žen, které se staly obětími domácího násilí, podpora kontaktu s přáteli, kteří jsou pro Janu sociální a psychickou oporou, a případně (za předpokladu dobré krátkodobé, doplnkové denní péče o děti: mikrojesle, rodina přítelkyně či hlídání prarodičů) částečné zapojení do práce (částečný úvazek: několik hodin denně 2–3 týdně).
2. U Martina – v případě, že nebude nutná protialkoholní léčba – půjde jednak začlenění do skupiny pro dospělé, kteří jako děti neměli možnost se vyplakat a vyrovnat se s úmrtním matky, jednak do skupiny mužů, kteří páchají domácí násilí a jsou ochotni podstoupit terapii. Posíleny by měly být vztahy k přátelům, kteří podporují Martinovo zapojení do rodiny. Pokud jde o jeho dluhy, bude žádoucí udržet dobré vztahy s bankou, která mu pomáhá je splácat.
3. Pro děti, zejména pro Davida, (a pro celou rodinu) by byla vhodná herní terapie, podpora přátel, kteří mají k dětem a k celé rodině dobrý vztah, společná rekreace a trávení volného času, dobrá – možno-li i terapeutická – denní péče o děti (v době, kdy je Jana v práci). U manželského páru by bylo možné uvažovat o terapii manželské.

Zůstaneme-li ještě u našeho případu, je jednoznačně kontraindikované odebrání dětí z rodiny a nařízení ústavní výchovy. Při dalším stupňování násilí a případné hospitalizaci matky by byla indikovaným (či podle podmínek přijatelným) řešením pěstounská péče prarodičů (nebo některé ze starších sester) Jany. Kdyby se žádný z nich nemohl nebo nechtěl o děti starat, byla by možným přijatelným řešením krátkodobá pěstounská péče umožňující dětem pravidelný kontakt s rodiči. Po terapii rodičů by se děti vrátily zpět do rodiny.

12.5 Rozhodování v oblasti náhradní rodinné péče

V náhradní rodinné péči (NRP) vždy primárně hledáme pro určité konkrétní dítě

- a) co nejvhodnější formu NRP;
- b) co nejvhodnější náhradní rodiče (pěstouny nebo osvojitele).

Aby ovšem zvolené řešení bylo nosné, je zároveň třeba, aby dítě pro žadatele o NRP bylo dítětem vhodným, tedy takovým, které jsou schopni a ochotní bezpodmínečně akceptovat. (Bezpodmínečná akceptace, přijetí a přijímání dítěte bez ohledu na jeho výkony, je základní složkou psychosociální dimenze náhradního rodičovství, dimenze z hlediska dítěte nejdůležitější.) Bezpodmí-

ní celkového
Iným případě

iž rodiče byli
áciho násili,
kou oporou,
péče o děti:
ení do práce

půjde jednak
t se vysplatit
chají domácí
y k přátelům,
dluhy, bude
st.
herní terapie,
čná rekreace
í péče o děti
žné uvažovat

ané odebrání
ilí a případné
ným) řešením
tyby se žádný
Iným řešením
diči. Po terapii

určité konkrétní

dítě pro ža-
dopni a ochotni
i a přijímání dí-
ociální dimenze
ější.) Bezpodmí-

nečná akceptace ovšem představuje určitý orientační, cílový ideál, jemuž se můžeme jen více či méně blížit. V praxi je vhodnější a užitečnější rozlišovat mezi realistickými a nerealistickými očekávánimi a nároky rodičů nebo primárních pečovatelů dítěte. Potřeby dítěte a potřeby jeho žadatelů, jejich nároky, představy a požadavky si tedy mají vzájemně odpovídat.

Při výběru žadatelů a jejich přiřazení k určitému dítěti – a dítěte k určitým pěstounům či osvojitelům – můžeme využít zmíněnou pětici indikačních činitelů:

- Cinitle pravní** – sociálně právní situace dítěte předznamenává zásadním způsobem výběr a volbu forem NRP. Dítě, které není tzv. právně volné – tj. dítě, u kterého jeho rodiče nedali souhlas k osvojení, nebo nebyli zbaveni rodičovských práv a odpovědnosti – nelze umístit do osvojení, ale pouze do některé z forem pěstounské péče nebo do ústavního zařízení.
- Biofyzické faktory, „danosti“.** Pokud jde o hereditu, nemělo by riziko možného závažného geneticky podmíněného poškození dítěte překročit v případě osvojení hranici 10 %. V případě vyššího rizika je vhodným řešením pěstounská péče. Jak zde, tak i v osvojení musejí být žadatelé podrobni seznámeni se všemi riziky, ohroženími a postiženimi dítěte a musejí bez nátlaku souhlasit, nebo spíše aktivně zvolit, takové ohrožené či postižené dítě. Pohlaví, zdá se na první pohled, volbu typu NRP neovlivňuje, je však dobré upozornit na to, že u chlapců se častěji setkáváme s drobným postižením CNS, s poruchami chování a nižší resiliencí. Ta bývá naopak častěji vyšší u děvčat. V kombinaci s hereditou je však třeba pamatovat na skupinu poruch, které jsou vázány na pohlaví (hemofilie, svalová dystrofie aj.). Například u hemofilie bude možné osvojit nepostiženou holčičku, s vědomím, že její případný mužský potomek je vážně ohrožen a preferováno by mělo být narození plodu ženského pohlaví. Pokud jde o tělesný zjev, je třeba být opatrni zejména v případě osvojení – např. v případě určitých zvláštností, odlišností nebo nápadností (děti romské) by si osvojitelé měli být zcela vědomi jak těchto nápadností, tak možných komplikací, které z nich plynou. A nejen v době, kdy jsou děti malé a roztomilé, ale zejména v období puberty a dospívání. Děti se somatickým postižením, zejména těžkým, zakládajícím invaliditu, by měly přicházet do osvojení jen zcela výjimečně. Mnohem vhodnější je zde pěstounská péče – za předpokladu úplné informovanosti a přípravy pěstounů. Ústavní řešení by mělo být řešením nouzovým. Děti s drobným postižením CNS (minimální mozkové dysfunkce – MMD) nalezneme častěji mezi chlapci než mezi děvčaty; v ústavní péči jich je tří až pětkrát více než v běžné populaci a v dětských domovech se zvýšenou výchovnou péčí dokonce desetkrát více. Lze říci, že ústavní péče je v takových případech takřka kontraindikována a specifickou indikaci představuje pěstounská péče.
- Vývojové činitle** – pro kojenecký věk je specifickou indikací osvojení, za předpokladu, že jsou dodrženy ostatní předpoklady „úspěšnosti“ nového

svazku. Specifickou indikací může být i pěstounská péče – např. kojenec z větší sourozecké skupiny naleze spolu se svými biologickými sourozenci místo v SOS dětské vesničce nebo ve velké pěstounské rodině vedené manželským párem. Kontraindikací nebo řešením z nouze je pro kojence zařízení klasické kolektivní péče. Věk předškolní je limitem pro osvojení. U dětí nad 5–6 let je vhodnější některá z forem pěstounské péče. U dětí nad 8 let, tedy ve středním školním věku, přestává být indikace pro osvojení přijatelná. V pěstounské péči se zdá být limitem věk 11 let. Výjimečně – se značnou opatrností a např. v rámci sourozecké skupiny – lze uvažovat i o dětech starších. Tam, kde je ústavní péče z jiných indikačních zásad přijatelná, je u starších dětí řešením vhodnějším, ne-li v některých případech dokonce indikací specifickou. Pokud jde o **vývojovou úroveň a inteligenci** dítěte, lze říci, že pro dítě s normální nebo nadprůměrnou inteligencí neexistují žádná indikační omezení pro žádnou formu NRP. Všechny jsou vhodné. Při prognóze podprůměrné inteligence je osvojení pouze „*přijatelné*“ a specifickou indikaci představuje individuální, popř. skupinová pěstounská péče. I děti s mentálními defekty v pásmu lehké slaboduchosti lze „*přijatelně*“ umístit v některé z forem pěstounské péče. Vývojová poškození prostředím, zejména psychická deprivace a její následky, si vyžadují prostředí, které je léčebné a nápravné; ústavní zařízení by měla být kontraindikována nebo v nejhorším případě řešením z nouze. Rozlišení typu osobnosti deprivovaného dítěte umožnuje vhodně diferencovat i uvnitř typů NRP. Pro útlumový, hypoaktivní typ jsou indikovány všechny typy pěstounské péče; specifickou indikací je pak individuální pěstounská péče. Ta je specificky indikována i u typu sociální provokace, který by ve skupinové pěstounské péči mohl strádat a zároveň by byl zdrojem konfliktů a problémů. Pro typ hyperaktivní je naopak skupinová pěstounská péče vhodnou indikací. U typu náhradního uspokojení přichází v úvahu nejspíše individuální pěstounská péče. Terapeutická, profesionální péče vhodná pro tento typ i jiné složitější případy (děti postižené, zneurotizované, děti se specifickými potřebami aj.) v našem systému NRP zatím bohužel chybí.

4. **Sociální činitele** – zde je nutné brát v úvahu především osoby, které patří k biologické rodině dítěte – rodiče, sourozence, prarodiče a další příbuzné. Pokud přichází v úvahu kontakt rodičů a prarodičů s dítětem, nelze uvažovat o adopci. Individuální pěstounská péče se zdá vhodnou indikací, v některých případech i pěstounská péče skupinová. Je-li dítě součástí větší sourozecké skupiny, je (pro celou tuto skupinu) specifickou indikací skupinová pěstounská péče – rodinné buňky s manželskými páry nebo SOS dětské vesničky.
5. **Činitele situační** – právě dostupnost odborných služeb, léčebné a reabilitační péče bude ovlivňovat mj. volbu určité lokality a tím i určité náhradní, povětšinou pěstounské rodiny. Výskyt alergenů v případě alergického dítěte, projevy rasismu a xenofobie v případě romských dětí budou nepochybně kontraindikovat některá jinak možná a vhodná řešení. Důleži-

např. kojenec ckými souro- odině vedené pro kojence pro osvojení. Je. U dětí nad pro osvojení Výjimečně lze uvažovat ich zásad pří- ch případech veň a inteli- ou inteligenci Všechny jsou pouze „při- kupinová pě- boduchostí lze ová poškození vyžadují prot- t kontraindi- typu osobnosti typů NRP. Pro stounské péče; e specificky in- ěstounské péči. Pro typ hy- diakcí. U typu lní pěstounská i jiné složitější potřebami aj.)

m osoby, které liče a další pří- dítětem, nelze odnou indikaci, je součástí větší u indikaci sku- páry nebo SOS

léčebné a reha- tím i určité ná- případě alergic- tých dětí budou i řešení. Důleži-

tou okolností bude i vzdálenost dítěte od jeho původní rodiny. Tam, kde je kontakt s rodinou doporučen, vyžadován a indikován, by měla být vzdálenost mezi bydlištěm nové rodiny a bydlištěm rodiny biologické co nejmenší. Tam, kde je naopak kontraindikován nebo nežádoucí, by měla být naopak vytvořena vzdálenostní bariéra.

Je zřejmé, že indikační činitele se vždy vzájemně ovlivňují, podmiňují a potencují a tvoří určitý komplex, který je třeba posuzovat v celkovém kontextu situace dítěte. Náš náčrt mohl, vzhledem k omezenému prostoru, pouze naznačit možný směr úvah. Pro další informace doporučují sáhnout v tomto případě k Matějčkové knize *Náhradní rodinná péče* (1999).

12.6 Závěr

Připomeňme na závěr již stručně zmíněnou právní dimenzi problematiky ohrožených dětí. Sociální pracovníci se ve své práci mohou opřít o mnohé právní normy a dokumenty. Zmíním zde aspoň tři nejdůležitější:

- *Úmluvu o právech dítěte* z roku 1989;
- zákon o rodině;
- zákon o sociálně-právní ochraně dětí.

Základní potřeby a lidská práva – v našem případě práva dětí – jsou propojeny a navzájem se podpírají. Práva jsou reflektované potřeby – potřeby, které si uvědomujeme a které zároveň uznáváme a respektujeme u svých blížních. A služby jsou, v tomto řetězci, dobré jedině tehdy, pokud vedou zpět k základním, vitálním lidským potřebám. Vztah, o němž hovoříme, lze vyjádřit následujícím způsobem:

potřeby → nároky (požadavky) práva → služby → potřeby

Nejlepší zájem dítěte (základní princip *Úmluvy o právech dítěte* a bod mnohých rozepří) pak znamená takovou konstelaci okolností, takové uspořádání životní situace dítěte, v němž mohou být trvale, smysluplně a individuálně přiměřen – tedy optimálně – uspokojovány základní životní potřeby dítěte. Identifikovat tyto potřeby pak není jen klíčovým problémem při hledání a určení nejlepšího zájmu dítěte, ale také významným krokem v procesu porozumění životnímu světu dítěte, resp. životnímu světu různých dětí (Qvortrup, 1987). A porozumění je nezbytnou podmínkou účinné podpory a pomoci.

Helus (1984) ve své podnětné knížce *Vyznat se v dětech* říká:

... ohrožené dítě ohrožuje svět. Už tím, že trpí podvýživou, že mu chybí patřičné dovednosti a návyky, morální zásady apod., už tím ochzuje svět o tvůrčí přenos osobnosti, již se mohlo stát. Může však také vyřídit v člověka, který se nejen nebude podilet na stavbě světa, protože se tomu nenaucil, ale který se učí zkázu tohoto světa, poněvadž ho nenávidí za všechny krivdy, které mu (svět) způsobil.

Sociální pracovníci a všichni, kteří se vážně zabývají osudy ohrožených dětí, tak mají v rukou jeden z důležitých klíčů k budoucnosti světa. Rozpoznání ohrožených dětí a posouzení jejich potřeb je prvním krokem ke dveřím budoucnosti, která se před námi neuzavírá, ale je pro nás a naše děti otevřená.

Literatura

- Ammerman, R. T., Hersen, M. (eds.) (1997): *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents*. John Wiley and Sons, Inc., New York.
- Balcar, K. (1983): *Úvod do studia psychologie osobnosti*, SPN, Praha.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., London, England.
- Compton, B. R., Galaway, B. (1999): *Social Work Processes*. Brooks/Cole Publishing Company, ITP Publishing Co.
- Černý, M. (1971): *Rodina a dědičnost*. Avicenum, Praha.
- Dolejší, M. (1978): *K otázkám psychologie mentální retardace*. Avicenum, Praha.
- Dunovský, J. a kol. (1999): *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. Grada, Praha.
- Dunovský, J. (2001): Plnění Úmluvy o právech dítěte v České republice podle hodnocení Výboru OSN pro dětská práva. *Česko-Slovenská pediatrie*, roč. 56; 10, 2001.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol. (1995): *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada, Praha.
- Erikson, E. H. (1965): *Childhood and Society*. Penguin.
- Erikson, E. H. (1967): *Growth and Crises of the Healthy Personality*. In: Lazarus R., Opton, E. M. Jr.: „Personality“, Penguin Modern Psychology.
- Erikson, E. H. (1997): *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
- Garbarino, J. (1995): *Raising Children in a Socially Toxic Environment*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Helus, Z. (1973): *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha.
- Helus, Z. (1984): *Vyznat se v dětech*. SPN, Praha.
- Karls, J. M., Wandrei, K. E. (1994): *Person-in-Environment System. The PIE Classification Systems for Social Functioning Problems*. NASW Press, Washington, D. C.
- Kempe, G. H.: *The Battered Child Syndrom*. *JAMA*, 181, 1962.
- Kirst-Ashman, K. K., Hull, G. H. Jr. (1999): *Understanding Generalist Practice*. Nelson-Hall Publishers, Chicago.
- Kovařík, J. (1973): *Příspěvek k srovnávací studii jednotlivých typů náhradní rodinné péče*. Diplomová a disertační práce, FF UK, Praha.
- Kovařík, J. (1993): Ohrožené děti po dvaceti letech. In: *Dieťa v ohrožení III. Ochrana rodiny u meniacom sa svete*. Interdisciplinárna konferencia, IUVENTA, Bratislava.
- Kovařík, J. (1999): Děti ve zvlášť obtížných situacích. In: Dunovský, J. a kol. (1999): *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. Grada, Praha.
- Kovařík, J. (2001): Sociálněekologický model. In: Matoušek, O. a kol.: *Základy sociální práce*. Portál, Praha.
- Kovařík, J. (ed.) (1979): *Metodika odborných služeb v náhradní rodinné péči*. MPSV ČSR, Praha.
- Kovařík, J. a kol. (2002): *Dětská práva, právní povědomí, participace a sociální práce*. ZSF JU, České Budějovice.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998): *Vývajová psychologie*. Grada, Praha.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1968, 1974): *Psychická deprivace v dětství*. Avicenum, Praha.
- Madsen, K. B. (1972): *Teorie motivace*. Academia, Praha.
- Madsen, K. B. (1979): *Moderní teorie motivace*. Academia, Praha.
- Matějček, Z. (1994a): *Co děti nejvíc potřebují*. Portál, Praha.

hrožených dětí,
ozpoznání ohro-
ím budoucnosti,
má.

tment with Children

iversity Press, Cam-
shing Company, ITP

ha.
a.
le hodnocení Výboru
dávané dítě. Grada,

is R., Opton, E. M. Jr.:
řidové noviny, Praha.
sey-Bass Publishers,

Classification Systems

ice. Nelson-Hall Pub-
í rodinné péče. Diplo-
III. Ochrana rodiny
lava.
kol. (1999): Sociální
iklady sociální práce
i. MPSV ČSR, Praha.
ciální práce. ZSF JU,
cenum, Praha.

- Matějček, Z. (1994b): *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Portál, Praha.
- Matějček, Z. (1996): *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Portál, Praha.
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovářík, J. (1997): *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Psychiatrické centrum, Praha.
- Matějček, Z., Langmeier, J. (1986): *Počátky našeho duševního života*. Panorama, Praha.
- Matějček, Z. a kol. (1999): *Náhradní rodinná péče*. Portál, Praha.
- Matoušek, O. a kol. (2001): *Základy sociální práce*. Portál, Praha.
- Matoušek, O., Kroftová, A. (1998): *Mládež a delikvence*. Portál, Praha.
- Nuttin, J. (1970): *Struktura osobnosti*. Skripta KPN, Praha.
- Patočka, J. (1967): Prirodzený svět a fenomenologie. In: *Existencialismus a fenomenologia*. Bratislava, s. 27–71.
- Patočka, J. (1969b): Co je existence? *Filosofický časopis* 5–6, 1969, s. 682–702.
- Patočka, J. (1970): *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha.
- Pechstein, J. (1967): Zur Bedeutung sinnesphysiologisch vermittelter Umweltreize in der fröheren Entwicklung. In: *Mitteilungen der Arbeitagemeinschaft für Jugendpflege und Jugendfürsorge*, 49/50.
- Pechstein, J. (1968): Fröher kindliche Deprivation durch Massenpflege. *Fortschritte der Medizin* č. 9.
- Pechstein, J. (1968): Entwicklungsphysiologische Untersuchungen an Säuglingen und Kleinkindern in Heimen. Beitrag zur Frage der fröheren Deprivation. *Monatschrift für Kinderheilkunde*, 116, č. 6.
- Pechstein, J. (1979): The Kindergarten from the Viewpoint of Social Pediatrics – Its Importance for the Development of the Child, *Hexagon Roche*, Vol 7. November 1.
- Piaget, J. (1966): *Psychologie intelligence*. SPN, Praha.
- Piaget, J., Inhelderová, B. (1970): *Psychologie dítěte*. SPN, Praha.
- Qvortrup, J. (1987): The Sociology of Childhood. *International Journal of Sociology*, Fall.
- Qvortrup, J., Bardy, M., Sgritta, G., Wintersberger, H. (eds.) (1994): *Childhood Matters, Social Theory, Practice and Politics*. European Centre Vienna, Avebury.
- Říčan, P. (1972): *Psychologie osobnosti*. Orbis, Praha.
- Říčan, P. (1989): *Cesta životem*. Panorama, Praha.
- Schaffer, H. R. (1994): *Rozhodujeme o dětech*. MPSV, Praha.
- Vágnarová, M. (2000): *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. Portál, Praha.
- Zvolský, P. (1971): *Genetika v psychiatrii*. Avicenum, Praha.

Videotrénink interakcí

Kateřina Beaufortová

Videotrénink interakcí (dále jen VTI) je považován za krátkodobou a intenzivní formu pomoci, při které je centrálním tématem intervence podpora a rozvoj komunikace, popř. její obnovení, pokud již došlo k jejímu narušení.

Hlavním médiem je videozáznam běžných situací, nejdůležitější částí práce s klientem je pak rozhovor nad vybranými úseky tohoto záznamu. Pracovník dochází do rodiny a natáčí krátké sekvence interakcí, z nichž pak vybírá ty, které pomáhají vytvářet významný a konstruktivní rozdíl oproti dosavadnímu pohledu rodiny. Takové úseky se silnou výpověďí si poté společně s klienty (většinou rodiči) na mikrourovni prohližejí a reflektují je s důrazem na možné zdroje (Hawellek, 1990). Předností tohoto postupu je rozvíjení velmi konkrétních možností volby jednání, dochází k uvědomění si interakčních vzorců, které běžnému vnímání zůstávají utajeny.

13.1 Vývoj VTI a obecné principy metody

Metoda VTI má svůj domov v Nizozemsku. V polovině osmdesátých let 20. století začali pracovníci domova pro narušenou mládež (De Widdonck) zkoumat, jak působí sociální okolí na dítě, jaké je rodinné klima a jak fungují vztahy v rodině, jaký vliv mají tyto rodinné vztahy na dítě a na intenzivní práci s dítětem v pobytovém zařízení, na jeho schopnost navazovat a udržovat nové sociální vztahy. Jejich dvouletý výzkum prokázal, že pokud do celého procesu nebyla vtažena rodina, úspěchy dítěte se rychle vytrácely a jeho chování se vraceло do starých kolejí. Na základě těchto výhodnocení se začal utvářet koncept podpory komunikace v rámci širšího systému a zapojení rodiny do celého procesu. Pracovníci zároveň využili v té době nových výzkumů Colwyna Tre-

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

varthena z Edinburghu, které prezentoval na konferenci o neverbální komunikaci konané v říjnu 1980 v Nizozemsku. Trevarthen sledoval pomocí videa raný kontakt matka–dítě a na základě podrobné analýzy rozvinul teorii **intersubjektivity**, která měla pro pozdější vývoj VTI klíčový význam. Intersubjektivitu Trevarthen charakterizuje jako „spojení a propojení dvou a více subjektů, které jsou aktivní v přenosu porozumění, dorozumívání se mezi sebou.“ (Trevarthen, 1978, 1998).

Do této doby dominovala obecná představa, která zásadně formovala praxi, zaměřující pedagogy a jiné odborníky na chování „problémových“ dětí, na zjištování úrovně jejich vztahů, popř. na stanovení diagnózy poruchy a koncepce nápravy. Odborník byl expert na vztahy i na intervenci a rodiče hráli roli pasivního příjemce doporučení. Pracovníci domova De Widdonck začali nahrávat na video své rozhovory s rodiči, záznamy si přehrávali a hledali účinné formy intervence. Zaměřili se přitom na celkovou komunikaci a na to, jak zařídit, aby si rodiče sami vytvořili vlastní názor a poté vlastní model dalšího postupu. Pracovníci domova zjistili, že tento postup je vysoce účinný (Schepers, Königová, 2000). Tehdy se zrodil nápad využívat systematicky videa a rozhovoru nad videozáznamy (později zpětnovazební rozhovor) a byly zformulovány základní principy nové metody. Základem se stala analýza interakcí a společný rozhovor nad videozáznamem, terapeutická práce se přesunula do domácího prostředí nebo do prostředí, kde se problém objevoval a udržoval (Biemans, 1990).

Významné bylo, že rodiče a děti přijali práci s kamerou a s analýzou komunikace a chápali ji jako pomoc. Metoda Video Home Training – VHT¹ – byla na světě a nacházela u rodin velký ohlas. Nizozemská vláda měla již tehdy připravenou celkovou koncepci rozvoje programů, které nabídnu alternativu nákladné a ne vždy efektivní institucionální péči, a přispěla dlouhodobou finanční podporou k rozšíření metody jako „včasné, krátkodobé, intenzivní, snadno dostupné pomoci, poskytované co nejbliže klientovi“. V roce 1988 se objevují první velmi pozitivní výsledky výzkumu rodin, kde byl VHT použit a za podpory vlády vzniká nizozemská nadace SPIN.

V České republice jsme se seznámili s metodou VHT (VTI) v roce 1993. Byla založena nevládní organizace SPIN, která tuto metodu šíří v ČR.

Obecné principy VTI charakterizující tento přístup jsou následující:

- Ve VTI pracujeme s rodinou v rámci jejího přirozeného prostředí.
- VTI se napojuje na aktuální prožitky členů rodiny, na horizont „tady a ted“.
- VTI se orientuje zásadně podle přání klientů a je zaměřen na flexibilní, dobře srozumitelné, pozitivně formulované a krátkodobě dosažitelné cíle.

¹V prvních letech byla metoda známa pod názvem ORION, pod tímto názvem se také rozšířila do severských zemí. Dnes je v Nizozemsku i v řadě dalších zemí Evropy a v USA pro tento model intervence používán název „Video Home Training (VHT)“ pro práci v rodinách a „Video Interaction Guidance (VIG)“ pro práci s profesionály. V ČR (v Polsku a v Maďarsku) byla dána přednost názvu „Videotrénink interakcí (VTI)“, který nejen vystihuje podstatu metody, ale také sjednocuje její dosavadní modifikace a otevírá prostor pro nová budoucí uplatnění.

erbální komunikaci videa raný eorii intersubjektivitu z subjektů, které u. " (Trevarthen,

formovala praxi, "ch" dětí, na zjištění a koncepci iče hráli roli pa začali nahrávat až účinné formy , jak zařídit, aby tlu postupu. Schepers, Königová, a rozhovoru nad ulovány základní polečný rozhovor mácího prostředí ians, 1990).

a s analýzou ko aining – VHT¹ – žá vláda měla již e nabídnou alter řispela dlouhodobé, intenzivní, V roce 1988 se ob VHT použit a za

) v roce 1993. Byla ČR.
následující:

rostředi. izont „tady a teď“. ěren na flexibilní, sažitelné cíle.

ízvem se také rozšířila v USA pro tento model ch a „Video Interaction“ a dána přednost názvu ile také sjednocuje její

- Základním médiem je videozánam, základním nástrojem terapeuta je rozhovor.
- VTI klade důraz na pozitivně formulovanou zpětnou vazbu. Pozitivní momenty kontaktu mezi rodiči a dětmi jsou posilovány a dále rozvíjeny. Jsou vyzdvihovány spíše silné stránky rodiny než problém.
- VTI je založen na společné práci terapeuta s rodiči. Pracujeme spíše s rodiči než pro ně, nebo dokonce za ně.
- Základním postojem je aktivování rodičů namísto děletrvajícího kompenzování jejich nedostatků (nabízení řešení).
- VTI se rozvíjí na poznatcích systémových teorií; v centru pozornosti stojí celý rodinný systém, nikoli dítě jako nositel symptomu (tzv. problémové dítě).

Cílem VTI je opětovné aktivování individuálních zdrojů ve smyslu zvyšování pozitivní kapacity rodičů a dětí řešit vlastní potíže (Schepers, Königová, 2000). VTI chce přerušit negativní interakční vzorce a nahradit je rozvíjením nových pozitivních vazeb. Cílem je na jedné straně rozpoznání existujících silných stránek, na druhé pomoci rodičům při osvojování nových poznatků, strategií a dovedností podporujících funkční kontakt s dítětem. Ten je podmínkou dobré komunikace v rodině a dobrého rodinného klimatu nezbytného pro harmonický vývoj dítěte.

13.2 Východiska použití VTI v praxi

Praktická aplikace VTI se opírá o následující předpoklady:

- Primárně má být ovlivněn vztah mezi rodičem a dítětem, a to tak, aby mezi oběma stranami bylo dosaženo co nejlepšího kontaktu.
- Každé dítě vykazuje neustálé iniciativu ke kontaktu, a to i když je vztah vážně narušen.
- VTI je zaměřen na komunikační kapacitu rodičů a dětí v rámci jejich přirozeného prostředí. Rodiče jsou odpovědní za interakci s dítětem, za jeho výchovu a péči o ně.
- Pozitivní, bezpečná, vřelá a tvorivá atmosféra podporuje zdravý sociálně-emoční vývoj dítěte.
- Video slouží jako mikroskop a zároveň nástroj zpětné vazby, ne jako kontrola a usvědčení z toho, co se nedaří.
- Zpětná vazba slouží v první řadě pro uvědomění si úspěšných interakčních momentů a teprve poté ke změně samé. V popředí tedy stojí dobrý výběr obrázků.
- Udržování pozitivního aktivizujícího postoje VTI trenéra² je pro úspěch pomocí nezbytné.

²V textu používáme termín *VTI trenér* všude tam, kde máme na mysli pracovníka aplikujícího metodu VTI jako způsob intervence, který je pro tuto práci kvalifikován na základě výcviku. Může se jednat o různé profese (sociální pracovník, psycholog, vychovatel, terapeut apod.). V Nizozemsku je často takto označena sama profese.

- VTI trenér je v rodině na přání rodičů. Nabídka pomoci neznamená přebírání odpovědnosti za výchovu a interakce v rodině.
- VTI trenér by neměl být centrální osobou pro dítě. Je však nezbytné mít na zřeteli bezpečí dítěte, pokud se ukáže nezbytné v rodinném systému zasáhnout (přítomnost násilí, zneužívání apod.).

13.3 Metodika

Metodické základy VTI vycházejí z dvou následujících premis:

1. VTI je krátkodobá, intenzivní forma pomoci rodičům se vztahovými a komunikačními problémy.
2. VTI se soustředí na komunikační schopnosti rodičů, kteří si pomocí videa a zpětnovazebního rozhovoru mohou ujasnit své možnosti a zdroje a lépe jich využívat.

Ve VTI se opíráme o tyto základní koncepty, které zároveň utvářejí jeho metodický rámec: trénink, domácí prostředí a video.

Trénink

VTI trenér natáčí v rodině momenty běžných situací a poté vybírá určité sekvence a na základě své kompetence je analyzuje. V průběhu následného setkání s rodiči vybrané sekvence záznamu společně s nimi rozebírá. Během tohoto rozboru přináší rodiče nové alternativy ke svým reakcím, výchovným postupům i chování obecně. Ty si pak společně s dětmi mohou vyzkoušet a prověřovat. To zvyšuje jejich výchovné kompetence, které jsou znova a znova trénovány. V průběhu sezení s rodiči staví trenér vždy do popředí otázku pomoci a přání klienta. Jen tak je možno očekávat od rodičů aktivní spolupráci. Zpětná vazba je směrována k reflexi stávajícího chování a k aktivování alternativního chování. Postupně zažité úspěchy rodičů pomáhají dále rozvíjet efektivní vztahy k dětem.

Klíčovými pojmy jsou aktivování a podpora.

Domácí prostředí

Pokud mluvíme o domácím prostředí, máme na mysli místo, kde se vše odehrává. Tedy nejen místo, kde problém vzniká a má snahu se udržovat, ale také místo, kde se věci mohou měnit, problémy rozpouštět a kde trénink má šanci na úspěch. Doma je kontext, v němž se realizuje komunikace i výchova. Doma není terapeutická místnost, ve které rodiče popisují své potíže. (V takovém případě jsou události přesunuty mimo místo, kde se odehrávají, a nabízená řešení se pak musejí „dostat“ zpátky domů.) Pouze doma mohou být nabízená řešení vyzkoušena, jen tak je možné zjistit, zda jsou vypracovaná řešení vůbec užitečná.

namená přebí-
zebytné mít na
imu zasáhnout

tahovými a ko-
si pomocí videa
a zdroje a lépe
ářejí jeho meto-

ybírá určité se-
následného se-
ozebírá. Během
čím, výchovným
vyzkoušet a pro-
znovu a znova
ředí otázku po-
jivní spolupráci.
aktivování al-
ají dále rozvíjet

kde se vše ode-
držovat, ale také
oink má šanci na
hova. Doma není
takovém případě
bízená řešení se
bízená řešení vy-
í vůbec užitečná.

Klíčovými pojmy jsou: přirozené zdroje rodičů a dětí a běžné denní situace, odehrávající se doma.

Video

Video jako médium k nám přichází jako primární technický prostředek metody. Pokud použijeme videa s kvalifikovaným porozuměním, je to mocné médium k probuzení reflexe, jelikož působí jako mikroskop. Zvětšuje momenty, kterých si v běžných situacích nevšímáme, nevěnujeme jim pozornost. Zvláště v problémových situacích přitahuje pozornost spíše nezdary, to, co se daří, ustupuje do pozadí a rodiče se k tomu stávají „slepí“. Nové vidění inspiruje k vyzkoušení alternativních výchovných postupů.

Koncepce videa je pro rodiče prostředkem pomoci, pro VTI trenéra nástrojem ke stanovení „diagnózy“ a sdílení stejné zkušenosti spolu s rodiči, oběma stranám pak usnadňuje vlastní průběh tréninku.

Klíčovými pojmy jsou: uvědomování si, aktivování, vytváření alternativ.

13.4 Typologie problémů

Pracovník v pomáhající instituci musí vědět, zda problém, se kterým klienti přicházejí, je pomocí VTI řešitelný (indikační pole). V některých zařízeních funguje systém příjmu klienta do péče, kde takové rozhodnutí přijímá tým pracovníků. Nicméně ve většině našich zařízení je volba prostředků na uvážení jednotlivého pracovníka a jeho možností.

Při práci s rodinou je VTI v současnosti nejčastěji aplikován v těchto situacích nebo u následujících kategorií a okruhů problémů:

- sociálně-emoční problémy dítěte, neschopnost navazovat kontakty;
- výchovné problémy;
- problémy s učením;
- hyperaktivita dítěte;
- sourozenecké problémy;
- problémy s jídlem;
- nadměrný pláč dítěte;
- problémy s vývojem řeči;
- organická postižení dítěte, opoždění vývoje dítěte;
- multiproblémové rodiny a rodiny, kde hrozí odebrání dítěte do náhradní péče;
- náhradní rodiny v procesu osvojování dítěte.

Samostatným okruhem pro VTI je práce s odborníky pomáhajících profesí, která se věnuje specifickým tématům (od řešení aktuálních problémů s klienty po rozvoj profesionálních dovedností). VTI bývá také úspěšně využíván při práci se skupinou a jako nástroj při budování týmu.

13.5 Průběh VTI

První kontakt s klientem – domlouvání spolupráce

Klienti – rodiče – přicházejí do instituce nebo přímo za pracovníkem se svým popisem problému a většinou s tím, že chtějí pomoci. Toto přání je často velmi obecné. První kontakt s rodiči je velmi důležitý pro celý průběh pomoci a měl by být co nejvíce pozitivní a respektující přání a potřeby klientů. Při tomto prvním setkání je nezbytné společně dojednávat cíle vzájemné spolupráce.

Řada klientů bývá odeslána nebo doporučena někým jiným, někdy jsou dokonce tzv. nedobrovolnými klienty. Právě proto je nezbytné hovořit o problému, pro který jsou v instituci (nebo přišli za pracovníkem), o tom, jak sami rozumějí tomu, proč zde jsou, a co by pro ně bylo možným výsledkem spolupráce. Zcela jistě tedy nestačí, když vám někdo pošle klienta s tím, že s ním (s jeho dítětem, partnerem ...) něco není v pořádku a že by „to“ „tam“ asi bylo na VTI. Jen velmi těžko si asi dovedete představit, že takovému klientovi doporučíte okamžitě VTI, vpadnete k němu s kamerou a začnete natáčet běžné denní situace, protože vy víte, co je třeba změnit a dokonce víte jak. Určitě byste se nedivili, že se mu to nelibí a že nedostatečně spolupracuje, nebo že dokonce vzdoruje vaší péci.

Abychom mohli mluvit o vzájemné spolupráci, musejí se pracovník a klient domlouvat o tom, na čem budou pracovat, jak bude spolupráce vypadat a co bude cílem spolupráce.³ VTI je metoda, která nabízí pomoc. Máme na mysli výsledek vzájemné interakce s klientem, kdy klient přichází s žádostí o pomoc a na nás je ujasnit si společně s ním, s čím vlastně přichází a především co chce změnit. Popis problému nebo diagnóza dítěte není žádostí o pomoc.

Toto vyjašňování je základní podmínkou vzájemné spolupráce. Teprve na základě rozhovoru s klientem a zmapování jeho situace včetně jeho přání je možná volba vhodných prostředků a metod. VTI by měl být výsledkem takové volby, pro pracovníka i pro klienta. Někdy je vhodné, zvláště u multiproblémových rodin, aby tato volba byla výsledkem spolupráce týmu a zároveň součástí širšího plánu pomoci. Máme na mysli hledisko vhodného načasování VTI i aplikace jiných postupů (zde mohou proti sobě stát přístupy orientované na řešení a ty, které se orientují na problém, důležitým aspektem je také vyhodnocování efektivity každého zvoleného způsobu práce).

Cíle spolupráce by měly být definovány vždy v pozitivním smyslu, tedy něco by nemělo být („neměl by být nepozorný, agresivní, drzý, líný“ nebo „nechci na své děti křičet“ apod.), ale vždy tak, aby bylo zřejmé, co by mělo být jinak a jakou roli v této změně rodič hráje. Je nezbytné, aby rodič sám sebe chápal jako součást řešení, jen tak bude ochoten pro toto řešení něco udělat.

Při dojednávání cílů může být velmi matoucí jejich zdánlivá samozřejmost. Když totiž spěcháme nebo chceme rychle porozumět, považujeme některé cíle

³Obecná pravidla prvního kontaktu s klienty a otázky domlouvání spolupráce jsou samostatným metodologickým tématem sociální práce a jsou zmiňovány v jiné části této knihy.

za tak zřejmé, že se nevěnujeme pečlivě jejich formulaci. Někdy také nedáme klientům dost času o těchto cílech přemýšlet (dosud přemýšleli pouze o problému a je pro ně těžké je jasně vyslovit nebo přání přesně definovat). Je na nás, abychom v průběhu dojednávání klientům pomohli: „Co chcete, aby bylo jinak?“

Návštěvy v rodině

První návštěva v rodině slouží k základnímu mapování situace v rodině, jak z hlediska porozumění problému, tak – a to především – z hlediska rozpoznání možností a zdrojů celé rodiny (analýza stávajících zdrojů). VTI trenér provádí videozáznam běžné situace (10–15 minut) a ten pak analyzuje z pohledu toho, co se rodičům (resp. v rodině) daří (silné stránky, zdroje), ale také toho, co chybí nebo je nedostatečně rozvinuto. Na základě první návštěvy v rodině se společně s rodiči stanoví pracovní plán, podle něhož se dobře orientuje nejen VTI trenér, ale také rodiče. Pracovní plán (také plán intervence) je pouze rámcem pro spolupráci, měl by být flexibilní a jednoduchou pomůckou pro společný postup. Jeho součástí by vždy měla být dohoda o základním časovém rámci.

Příklad: Jedná se o úplnou rodinu, v níž z pohledu oddělení péče o dítě šlo o zanedbávání dětí (věk 3 a 4,5 roku) a výchovnou nekompetenci rodičů.

V dalším průběhu práce s rodinou se pak pravidelně střídají:

- natáčení;
- analýza nahrávky (její příprava);
- následný zpětnovazební rozhovor s rodiči.

Všechny tři součásti jsou nezastupitelné a mají svá vlastní pravidla.

VTI trenér dochází do rodiny ve smluvených intervalech a v domluveném čase (je potřebné sladit možnosti rodičů a možnosti VTI trenéra). Je také důležité ujasnit si předem, zda budeme natáčet a rozebírat nahrávku v jednom dni. Má to své výhody (jedna cesta VTI trenéra) i nevýhody (děti, které by měly být přítomny při natáčení, mohou svou aktivitou odpotlávat pozornost rodičů při rozhovoru). Vždy je však potřebné dodržet takový sled, že mezi natáčením a následným rozhovorem je časový odstup.

Natáčení

V rodině zpravidla natáčíme 10–15minutový záznam. Může se jednat o jednotlivé sekvence, momenty. Hlavní princip VTI, tj. aktivování, se týká také natáčení. Natáčíme momenty úspěšného kontaktu mezi rodičem a dětmi. Ty jsou

níkem se svým
í je často velmi
h pomocí a měl
ntu. Při tomto
spolupráce.
někdy jsou do
řit o problému,
jak sami rozum
em spolupráce.
te s ním (s jeho
asi bylo na VTI.
toví doporučíte
běžné denní si
Určitě byste se
nebo že dokonce

acovník a klient
ce vypadat a co
Máme na myslí
žádostí o pomoc
elevším co chce
moc.

ráce. Teprve na
ně jeho přání je
sledkem takové
multiproblémo
zároveň součástí
ování VTI i apli
tované na řešení
é vyhodnocování

smyslu, tedy ne
ný" nebo „nechci
y mělo být jinak
sám sebe chápal
udělat.
á samozřejmost.
eme některé cíle
ice jsou samostatným
níhy.

Tab. 13.1 Plán intervence VTI trenéra (upraveno podle Schepersse a Königové, 2000)

Otázka pomocí	Analýza zdrojů a pracovní hypotéza	Plán postupu sledující cíl VTI	Časový plán (odhad)
Sdělení rodičů: <i>Náš dítě nás neposlouchá, nevime si rády s výchovou, špatně se s nimi dorozumíme.</i>	Analýza zdrojů v rodině: <ul style="list-style-type: none">■ značná míra angažovanosti – rodičů i dětí;■ opakování, snaha po vzájemném kontaktu;■ verbální iniciativy ze strany rodičů;■ množství neverbalních iniciativ ze strany dětí.	Co je potřeba: <ul style="list-style-type: none">■ uvědomování si toho, co funguje:<ul style="list-style-type: none">– u rodičů,– u dětí;■ uvědomení si vzájemné vazby mezi výchovnými postupy a rozvojem řeči.	Odhad počtu návštěv: <ul style="list-style-type: none">■ 3x zážnamy, kdy rodiče:<ul style="list-style-type: none">– sledují dítě,– potvrzují příjem jeho iniciativ,– pojmenovávají;■ 3x zážnamy zaměřené na:<ul style="list-style-type: none">– vzájemnost (společné hraje),– rozdělení pozornosti a střídání se;■ 2x zážnamy:<ul style="list-style-type: none">– nadále vedení;– usměřování.
Pohled dotčené instituce (OPD): <ul style="list-style-type: none">■ značné opoždění ve vývoji řeči;■ celkové vývojové opoždění kognitivních schopností dětí v důsledku pedagogické bezmoci rodičů.	Analýza toho, co chybí: <ul style="list-style-type: none">■ věnování pozornosti iniciativám dětí;■ nadále odpovědní vlastních pocitů (pojmenování toho, co děti chtějí);■ porozumění (co právě děti dělají nebo co chtějí);■ jasné instrukce dětem.	Cíl rodičů: <i>Aby děti mluvily tak, že se s nimi snadno dorozumíme, a aby nás lépe poslouchaly.</i>	<ul style="list-style-type: none">■ pojmenovávání vlastních pocitů a záměru na odpovídajícím stupni;■ rozdělování pozornosti mezi obě děti;■ dávání jasných instrukcí;■ podpora těch iniciativ, které odpovídají vývojovému stupni dětí a jsou přijatelné z hlediska výchovného působení. Společně domluvený cíl: <i>Pomocí nám mít lepší kontakt s dětmi, abychom svým dětem rozuměli a doveďli jim odpověď tak, aby mohly poslechnout.</i>
		Pracovní hypotéza: <i>Zpoždění řeči u dětí vede k neefektivním výchovným postupům rodičů a výchovné neúspěchy zpětně ovlivňují řeč.</i>	Celkový odhad délky intervence pomocí VTI: přibližně 3 měsíce.

vstupenkou ke změně. Pokud ovšem opravdu chybí dobrý kontakt, můžeme jeho absenci velmi opatrně kompenzovat, tzn. modelovat kontakt s dítětem, strukturovat komunikaci, pojmenovat situaci apod. Může se také stát, že se situace v rodině náhle vyostří a přímo před kamerou dojde ke konfliktu. Konflikty nenatačíme. Můžeme využít situace k přímé intervenci – pomoci rodičům situaci zvládnout jinak. Někdy jen tím, že konflikt pojmenujeme, můžeme pomoci.

Příklad: „Vidím, že teď ta situace asi není pro nikoho z vás moc příjemná. Myslím, že by nám pro společnou práci asi nebyla moc užitečná. Zkusíme se chvíličku zastavit. Máte nápad, jak to udělat, aby vám teď spolu mohlo být dobře?“

VTI trenér už v průběhu natáčení poskytuje zpětnou vazbu rodičům. Povzbuzení, pochvala, podpora jsou správné intervenční strategie.

Analýza nahrávky

Analýza nahrávky je dalším důležitým krokem v postupu VTI trenéra. Dobrá příprava nahrávky a její podrobná analýza vyžaduje nejen jistou technickou zdatnost, ale především porozumění principům kontaktu. Při analýze videozáznamu využíváme kontaktní schémata (viz kap. 13.7).

Toto je jediná část práce, kterou provádí VTI trenér na svém pracovišti. Cílem přípravy je vybrat ze záznamu takové úseky, na kterých může ukázat rodičům pozitivní momenty kontaktu s dítětem. Tyto vybrané úseky korespondují také s vývojem společné práce (sledují pracovní úkoly rodičů a ověřují zvolené postupy). Vybrané ukázky a sekvence by měly pomáhat rodičům rozvíjet své možnosti, neupozorňovat na selhání.

Je tedy vždy důležité položit si otázku: *Proč tento moment vybírám, jaký to bude mít význam pro rodiče uzhledem k tomu, co potřebují, aby bylo jinak?* Tím už vlastně přemýšíme o tom, jak tyto úseky použijeme při zpětnovazebním rozhovoru s klienty.

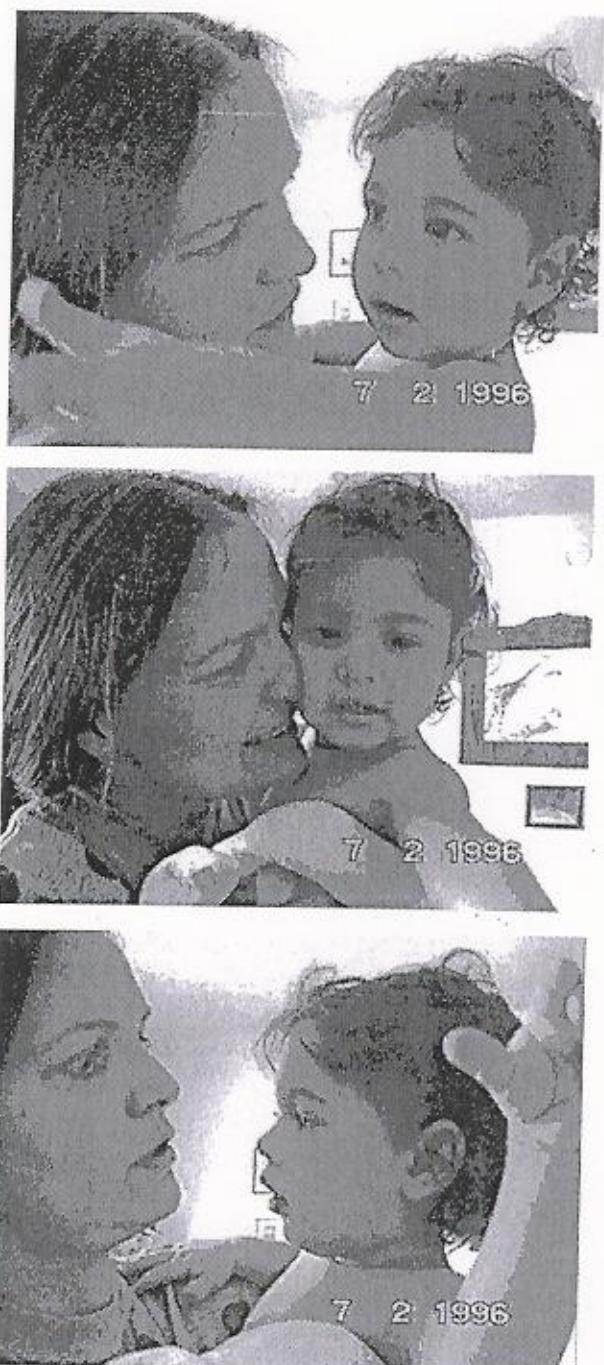
Pro analýzu jednotlivých vybraných momentů je vhodné pokládat si podobné otázky:

- *Co se tady děje?*
- *Kdo má iniciativu? Jaká je tato iniciativa?*
- *Odpovídá dospělý na tuto iniciativu?*
- *Jaká je tato odpověď? Podporuje touto odpovědí další iniciativy?*

Videozáznam by měl být opravdu dobře připraven. Měly by být identifikovány jednotlivé prvky interakcí, které ukážou rodičům pozitivní a rozdílné reakce na iniciativy dětí. Může se stát, že při přípravě záznamu dáme přednost některým

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

Obr. 13.1 Na videozáznamu je vždy viditelná touha navazovat kontakt s rodičem



prvkům před jinými. Mělo by nám však vždy být zřejmé, proč, jaký to bude mít význam. Například budete-li chtít rodiče podpořit, můžete jim ukázat momenty dobrého vedení, budete-li chtít vědět, co si myslí nebo co cítí k dítěti, můžete vybrat momenty, kdy dítěti věnují pozornost. Tyto prvky se mohou stát průvodcem a základním kamenem na cestě ze zmatku a nejistoty rodičů. Je však nutné si uvědomit, že tyto prvky samy o sobě nejsou ničím, tím méně nějakým řešením situace. Společné sledování těchto prvků bude startovním bodem pro diskusi s rodiči. Tato diskuse se může týkat různých oblastí, od základní komunikace, přes individuální vývoj dítěte i rodičů, po jejich fungování mimo rodinný systém. Díky takové diskusii pak rodiče mohou najít svou vlastní cestu ven z chaosu, nejistoty nebo trápení.

Zpětnovazební rozhovor s rodiči

Rozhovor s rodiči nad nahrávkou je nejdůležitější součástí v procesu VTI. Právě při něm klienti mohou přicházet na věci, které předtím neviděli, a na tomto základě se pokouší o postupné změny v každodenním životě. Na nás je, jak jim umožníme jednak věci vidět, jednak také věci měnit.

Průměrná délka rozhovoru nad nahrávkou se pohybuje mezi 1–1,5 hodinou. Tématem rozhovoru je vždy úkol, stanovený a společně dohodnutý na předešlém setkání. Toho se týká i rozebíraná nahrávka. Rozhovor s rodiči je tak nejen objevováním nového, ale zároveň i průběžným vyhodnocením toho, jak věci postupují a jak se rodičům a dětem daří nové postupy uplatňovat.

Ačkoli společné sledování vybraných úseků nahrávky a vybraných prvků komunikace je náš způsob, jak objevovat a porozumět vzájemnému vztahu rodičů a dítěte, není to samo o sobě obsahem ani cílem rozhovoru s klienty. Neučíme klienty novým prvkům chování, ale tím, že se společně díváme na záznam a vedeme rozhovor o tom, co vidíme (slyšíme, cítíme, myslíme), pomáháme reflektovat význam těchto prvků pro vzájemný vztah s dětmi.

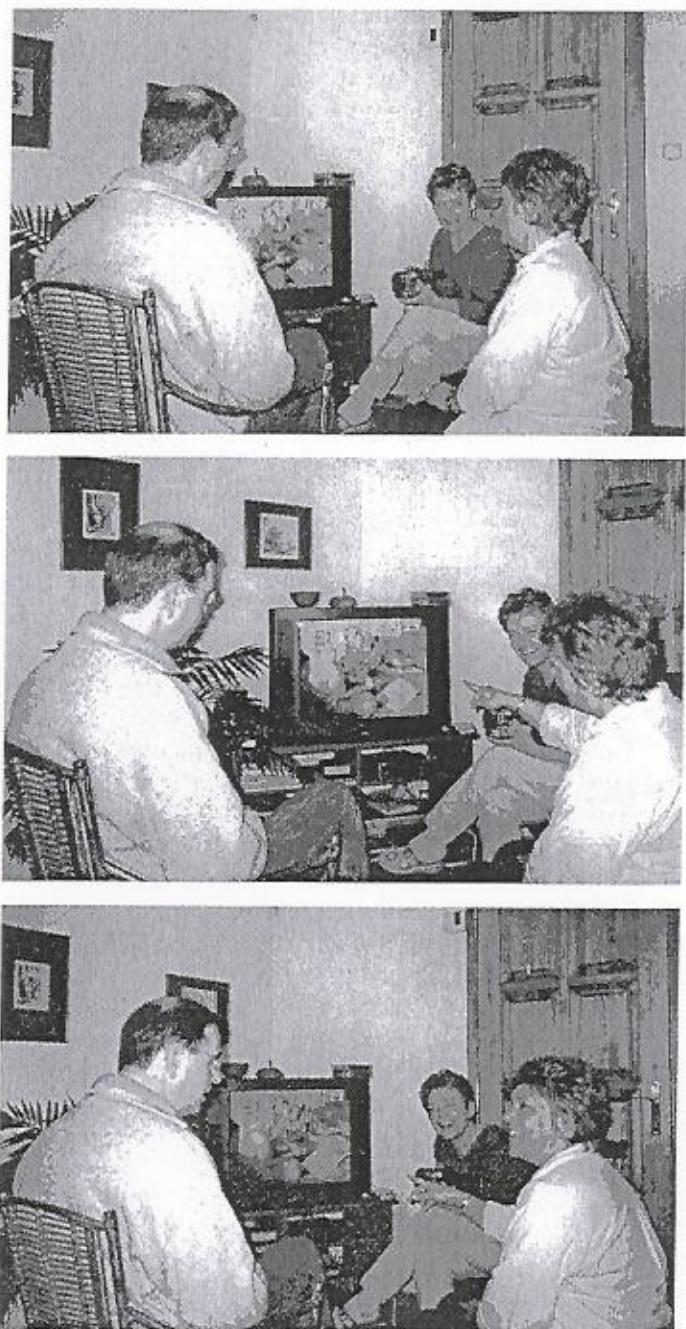
Analýza nahrávek a jejich rozbor ovlivňují především způsob komunikace v rodině. Kromě toho mohou vybrané ukázky poukazovat také na úroveň vývoje dítěte, jeho chování, osobnost, motivy a záměry – a to vše může být opět předmětem diskuse. Další, zcela zvláštní význam mohou mít diskutované interakce pro vlastní vývoj rodičů. Tak se jednotlivé prvky stávají interakcí předmětem diskuse o různých oblastech života rodiny, od základní komunikace, přes individuální vývoj členů rodiny až po sociální fungování v rámci širší komunity (viz 13.7).

Ukončení práce

O ukončení práce bychom měli přemýšlet již od začátku spolupráce s klienty. Dobře a předem domluvený cíl vytváří pro takové ukončení jasný rámec. Práce s klienty tedy může být ukončena ve chvíli, kdy k tomuto cíli dojdeme. Ukončení je vždy příležitostí pro zhodnocení společné práce. Rodiče udělali řadu změn,

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

Obr. 13.2 Dobrý kontakt je důležitý i v rozhovoru s rodiči



mnohem se naučili a naším úkolem je tyto změny zviditelnit a posílit. (K tomu může dobře sloužit také sestřih úspěšných nahrávek za celou dobu spolupráce, kdy bývá pro rodiče významný rozdíl mezi situací na začátku a na konci, nebo vyhodnocení pomocí škálovacích otázek.)

Abychom k takovému cíli vůbec dospěli, je potřebné po celou dobu spolupráce reflektovat to, jak daleko (resp. blízko) k cíli se právě nyní nacházíme. K tomu slouží průběžné hodnocení, které je součástí zpětnovazebního rozhovoru. Ukončení tedy není záležitostí náhlého rozhodnutí, ale výsledkem spolupráce s klientem.

Klient má vždy právo jednostranně práci ukončit. To může být důležitým signálem pro VTI trenéra, zda v průběhu něco neopomněl nebo nedělal něčeho příliš. Vždy by měla být možnost tuto okolnost diskutovat a pojmenovat svá stanoviska.

VTI trenér má také právo pro podobné rozhodnutí. Může se jednat o situaci, kdy klient opakovaně nespolupracuje (nevytváří podmínky pro takovou spolupráci), nebo situace v rodině ohrožuje trenérovu bezpečnost. Vždy však doporučujeme takové rozhodnutí konzultovat – se supervizorem, vedoucím pracoviště nebo s týmem.

Následné ověření

Jedná se o následný kontakt s rodiči po dohodnutém časovém odstupu (obvykle do šesti měsíců) od ukončení práce. Je součástí celkové podpory rodičů a slouží k ověření situace a posílení těch strategií, které rodičům a dětem přinášejí efekt. Takový kontakt může také pomoci tomu, aby se situace rodiny udržela nebo aby se nezhoršovala. Kontakt s rodiči může být telefonický, lépe je však již předem si s rodiči dohodnout jedno natáčení a jeden rozhovor na pevné datum. Stává se také, že se situace v rodině změní (vstup dítěte do školy nebo změna školy, nový sourozenec ...), a tato nová situace může způsobit potíže. Pak je vhodné znova využít VTI, obvykle již pro velmi omezený počet setkání. „Follow-up“ kontakt je také důležitou zpětnou vazbou pro VTI trenéra o efektivitě metody i efektivitě jeho práce.

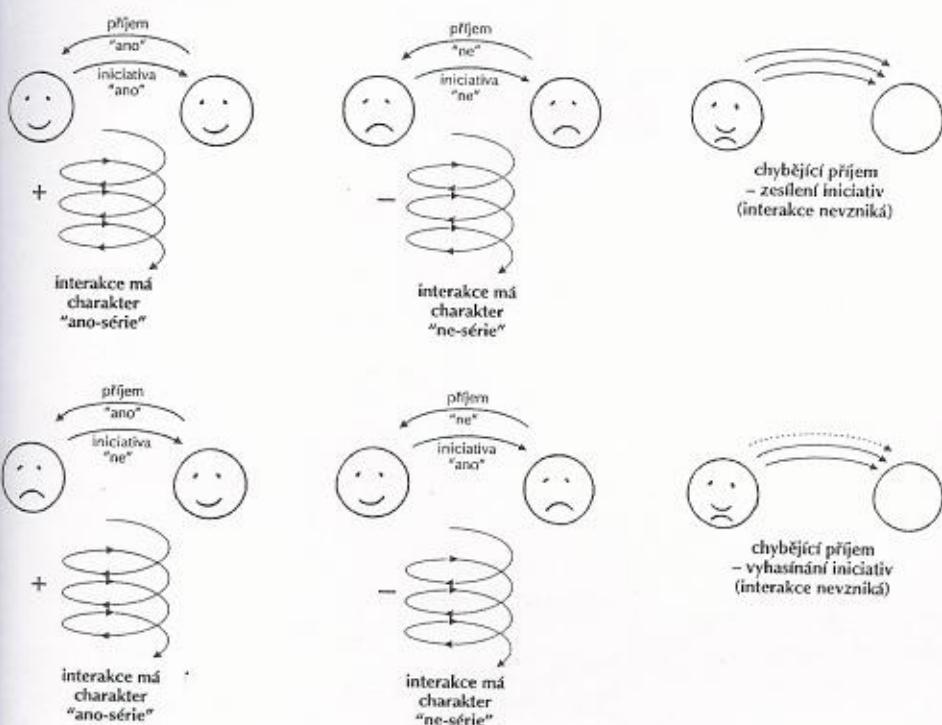
13.6 Principy kontaktu

V předchozím textu byla popsána metodika VTI z hlediska obecných zásad a z hlediska postupu VTI trenéra. Zmínili jsme se však také o nutnosti dobré rozumět principům kontaktu, bez kterých nelze provést analýzu interakcí v rodině, kterou by bylo možné využít ve zpětnovazebním rozhovoru s klienty.

Centrálním tématem VTI je komunikace. VTI se zaměřuje na rozvíjení verbálních a neverbálních komunikačních dovedností, které podporují pozitivní interakci mezi dospělými a dětmi.

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

Obr. 13.3 „Ano-ne“ série



Abychom mohli definovat, popř. měřit chování, které podporuje a umožňuje vývoj komunikace dítěte a její jednotlivá stadia, je nezbytné identifikovat nejprve takové chování v termínech funkčnosti.

Určit a popsát funkčnost chování znamená detailně pozorovat jednotlivé sekvence tohoto chování a také usuzovat na jeho motivy. Takové posuzování je však vždy subjektivní. Ve VTI máme možnost diskutovat motivy funkčního chování spolu s klienty.

Tab. 13.2 Schéma „ANO–NE“ série (podle Koběrské)

ANO série	Kladné odpovědi na iniciativy	Záporné odpovědi na iniciativy	NE série
věnování pozornosti	<ul style="list-style-type: none"> ■ otočení se jako odpověď na pozici těla druhého ■ opětování očního kontaktu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ otočení se opačným směrem ■ dívání se jiným směrem 	nevěnování pozornosti
„ano“ neverbálně	<ul style="list-style-type: none"> ■ usmívání se ■ pokyrování hlavou ■ příjemná hlasová intonace ■ příjemný výraz obličeje ■ přátelská pozice těla 	<ul style="list-style-type: none"> ■ neusmívání se ■ vrtení hlavou ve smyslu „ne“ ■ podrážděný hlas ■ nepříjemný, hostilní výraz obličeje ■ nepřátelská pozice těla 	„ne“ neverbálně
„ano“ verbálně	<ul style="list-style-type: none"> ■ vokalizování, žvatláni ■ mluvění ■ pojmenování se souhlasem ■ říkání „ano“ ■ říkání, co cítím, co dělám ■ ptaní se 	<ul style="list-style-type: none"> ■ mlčení ■ opravování ■ napomínání ■ říkání „ne“ ■ neodpovídání 	„ne“ verbálně
střídání se	<ul style="list-style-type: none"> ■ převzatí slova, řady ■ předávání řady 	<ul style="list-style-type: none"> ■ nepředávání nebo nepřebírání slova, řady ■ všichni hovoří zároveň ■ nikdo nepřijímá ■ nikdo nemluví 	nestřídání se
kooperace	<ul style="list-style-type: none"> ■ přijímání ■ odpovídání ■ poskytnutí pomoci 	<ul style="list-style-type: none"> ■ nedávání nebo rychlé popadnutí dávaného ■ neptaní se nebo odpovídání „ne“ ■ ani žádost o pomoc, ani poskytnutí pomoci 	špatná nebo žádná kooperace
nadalé vedení usměřování řešení konfliktů	<ul style="list-style-type: none"> ■ ujímání se iniciativ ■ souhlas, akceptování ■ přijetí iniciativy a připojení se k návrhu ■ prozkoumávání ■ ověřování ■ nabízení možností ■ plánování ■ řešení problémů 	<ul style="list-style-type: none"> ■ nepřijímání iniciativ ■ nevšímání si ■ nepřipojování se ■ nejasná sdělení ■ žádné možnosti ■ žádné plánování ■ žádná pomoc při řešení problémů 	nefungující vedení vzdání se usměřování konflikty

Základem každé interakce je iniciativa a její příjem. V běžných situacích můžeme vidět, že dítě se ujímá iniciativ a rodič je přijímá. Také rodiče jsou iniciativní a je důležité sledovat, zda je (ještě) dítě schopno na tyto iniciativy odpovídat. Pro kvalitu každé interakce je rozhodující právě příjem, tedy kvalita odpovědi na jednotlivou iniciativu. Tento příjem pak většinou ovlivňuje charakter další interakce.

Při videoanalýze věnujeme velkou pozornost charakteristikám komunikačních výměn, tedy tomu, jak jsou interakce převážně utvářeny. Následující schéma znázorňuje dva základní póly možného příjmu ještě detailněji.

Při práci s rodinou potřebujeme pro analýzu interakce ještě další rozlišení. Na následujícím schématu jsou charakterizovány principy kontaktu ve vztahu k věku dítěte (mluvíme o prvcích, vzorcích a klastrech). Kontakt je úspěšný pouze tehdy, když prvky formují celé vzorce. Zvládání komunikačních výměn na úrovni jednotlivých klastrů (resp. vzorců) je pro dítě vývojovým úkolem, kterým ho dospělý (rodič) neustále provází. Prvky zde chápeme jako stavební kameny komunikace. Na komunikaci pak ve VTI nahlížíme jako na stavbu, která se z těchto jednotlivých podlaží (klastrů) skládá. Komunikace se také jako taková stavba chová. Pokud totiž jedno z „podlaží“ chybí nebo není dostatečně rozvinuto, stavba se snadno zhroutí nebo dál nepokračuje. (Bruner, 1996)

Příklad: Rodiče přicházejí s trápením, že nemají dobrý kontakt se svým dospívajícím synem (14), že si spolu „přestali rozumět“ a že se obávají, „že ho ztratí“. „Každý hovor velmi brzy končí, syn se zavírá ve svém pokoji a nechce s námi mluvit.“ Na prvním videozáznamu, na kterém byla zachycena diskuse na téma volný čas, jsme identifikovali jednak zdroje (oboustranná touha být v kontaktu), jednak také to, co chybělo. Na záznamu bylo opakováně patrné (vzorec), že rodiče nevěnují pozornost tomu, co syn říká, nepřijímají jeho názor (jejich věty začínají téměř vždy „ne“) a přicházejí ihned se svými doporučeními a návrhy. Tím, že rodiče hereagují na synovy iniciativy (klastr I), nedochází ke střídání (klastr II) a nemůže se vůbec rozvinout diskuse (klastr III). Pracovním úkolem rodičů bylo naučit se přijímat synovy názory (to neznamená s nimi vždy souhlasit) a dát mu tím větší prostor v komunikaci.

13.7 Plán pomoci

Od zavedení VTI jako speciální terapeutické metody pro rodiny s obtížemi při výchově dětí jsou do ní stále zapracovávány nová pojetí a vlivy. Původně se pracovníci zabývali pouze základní komunikací v rodině. Dnes se vývoj VTI ubírá směrem doprovázení pomocí plánu pomoci. Ten se nejvíce uplatňuje při práci s multiproblémovými rodinami. Modifikované plány pomoci využíváme dnes také při práci ve škole, při rozvoji jednotlivce, organizace, při práci s jinými sociálními skupinami, tedy vlastně všude, kde VTI aplikujeme.

běžných situacích. Také rodiče jsou na tyto iniciativy příjem, tedy kvalitou ovlivňuje

tikám komunikačním. Následující detailněji.ště další rozlišení kontaktu ve vztahu kontakt je úspěšný unikačních výměn vývojovým úkolem, ieme jako stavební ne jako na stavbu, nikace se také jako bo není dostatečně Bruner, 1996)

svým dospívajícím ratí". „Každý hovor mluvit.“ ta téma volný čas, tu), jednak také to, že nevěnují pozorností téměř vždy „ne“) ře nereagují na systémy vůbec rozvinout mat synovy názory v komunikaci.

Tab. 13.3 Principy kontaktu podle věku dítěte (podle Biemanse, 1983)

Věk dítěte (roky)	Základní klastr	Vzorce komunikace	Prvky komunikace
0–6	I. Iniciativa a příjem	věnování pozornosti naladění se	oční kontakt otočení se fyzický kontakt dívání se stejným směrem příjemná intonace příjemné výrazy ve tváři prátelská pozice těla stejná úroveň těla účast na tom, co dítě dělá souhlasné přitakávání pojmenování toho, co dělá dítě (cítí, myslí) pojmenování toho, co dělá rodič (cítí, myslí) říkání „ano“
6–12	II. Interakce	utváření skupiny střídání se kooperace	zapojení (se) do skupiny rozhlízení se potvrzení příjmu předávání a vzeti si slova (řady) pravidelné střídání společné jednání vzájemná pomoc
12–16	III. Diskuse	předávání obsahu utváření názorů rozhodování	zapojení (se) do skupiny rozhlízení se potvrzení příjmu předávání a vzeti si slova (řady) pravidelné střídání se společné jednání vzájemná pomoc
16 +	IV. Zvládání rozporů (řešení konfliktů)	pojmenování rozporu obnovení kontaktu vytváření transakcí	prozkoumávání záměrů propojování chování a emocí potvrzení příjmu návrat k I.–III. zaujmání stanovisek přizpůsobování se pravidlům

odiny s obtížemi při a vlivy. Původně se Dnes se vývoj VTI jevíce uplatňuje při pomoci využíváme ce, při práci s jinými jeme.

Protože se domníváme, že by v zahraničí používaný termín *Traject Plan* jen s obtížemi zdomácněl, používáme český název *plán pomocí*. Máme však stejně jako zahraniční kolegové vždy na mysli pokrok při práci s klienty ve smyslu trajektorie, tedy něčeho, co zahrnuje pohyb, rychlosť i směr (Simpson, 1997). Neustále si musíme být vědomi, že pohyb, rychlosť i směr jsou vždy řízeny zájmem a touhou rodiny po změně. Jsou ale také ovlivněny schopností pracovníka se na rodinu dobré naladit, tzn. být stále „na příjmu“.

IV PRÁCE S DĚTMI A S RODINOU

Tab. 13.4 Plán pomoci při práci s rodinou

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Základní komunikace	Denní život rodiny	Vývoj dítěte	Vývoj rodičů	Rozvoj mimo rodinu
<ul style="list-style-type: none"> ■ věnování pozornosti, iniciativa a její příjem („ano“ neverbálně a „ano“ verbálně) ■ interakce v rodině ■ střídání se ■ kooperace ■ konverzace, diskuse, dialog ■ nafaděné vedení, usměrňování ■ řešení rozporů, konfliktů 	<ul style="list-style-type: none"> ■ vedení domácnosti ■ každodenní postupy ■ péče o sebe ■ péče o druhé ■ finance, ■ finanční podpora ■ společné plány ■ společné aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ve škole ■ ve volném čase (v klubech, v zájmových kroužcích) ■ kognitivní dovednosti ■ možnosti a schopnosti ■ vztahy se sourozenci ■ vztahy s vrstevníky, kamarády ■ zájmy a koničky ■ způsoby chování 	<ul style="list-style-type: none"> ■ v rodině ■ rodiči ■ rodičovské role ■ volný čas ■ zaměstnání ■ vzdělání ■ způsob řešení konfliktů ■ minulost, přítomnost, budoucnost 	<ul style="list-style-type: none"> ■ sociální síť rodiny ■ podpůrná síť v rámci komunity ■ dosažitelnost zdrojů pomoci a podpory ■ preventivní programy ■ komunitní práce

Tab. 13.5 Trvání VTI a četnost návštěv

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
4–8 týdnů	3–6 měsíců	6–8 měsíců	8–10 měsíců	10–12 měsíců
1x týdně	1x týdně až 2x měsíčně	1x měsíčně	1x měsíčně	1x měsíčně

V plánu pomoci mluvíme o blocích a prvcích. Bloky reprezentují různé oblasti fungování jednotlivých členů rodiny a jejich interakce mezi sebou na vzájem i v širším sociálním kontextu. Tyto bloky tvoří horizontální osu jakési pomyslné matice, její vertikální osu vytvářejí prvky základní komunikace. Jednotlivé prvky se dotýkají fungování rodiny v každém kontextu, reprezentovaném plánem pomoci. Právě k těmto prvkům se neustále vracíme, pokud to rodina potřebuje nebo pokud se v některém z bloků pomyslné horizontální osy „nehýbe z místa“.

Řazení jednotlivých bloců nenaznačuje lineární nebo hierarchické souvislosti. V každém stadiu práce s rodinou se můžeme rychle a pružně pohybovat mezi nimi podle toho, jak to zrovna potřebuje rodina. Nepředpokládejme

Blok 5**Rozvoj mimo rodinu**

- sociální síť rodiny
- podpůrná síť v rámci komunity
- dosažitelnost zdrojů pomoci a podpory
- preventivní programy
- komunitní práce

k 5

12 měsíců
něsičně

entují různé obmezi sebou na-
nitální osu jakési
omunikace. Jed-
a, reprezentova-
acíme, pokud to
horizontální osy

archické souvis-
pružně pohybo-
předpokládejme

pokaždé, že naše intervence bude sledovat přesně stanovený a předem připravený plán. I když bude zřejmé (na základě pozorování, vyšetření apod.), na čem bychom mohli pracovat (absence pozitivní komunikace, nedostatek vedení, nedostatečná péče o děti a jejich potřeby, opožděný vývoj dítěte, neustálé konfliktní situace mezi partnery, malá nebo žádná pomoc od přátel a sousedů apod.), ve skutečnosti to, na čem a kdy budeme pracovat, určí vždy chování rodiny, její starosti a touha po změně. Jednotlivé prvky plánu pomoci tak mohou být důležitými tématy k diskusi při rozhovoru s rodiči.

Pro sociální pracovníky může být velmi zajímavé pracovat s konceptem plánu pomoci, zvlášť když zahrnuje blízké oblasti profesionální práce. Pokud se však objeví takové oblasti, kde naše zkušenosti a energie nestačí, měli bychom dokázat obracet se na kolegy v týmu, kteří mohou pomoci. Všem zúčastněným (klientům, dalším kolegům) však musí být srozumitelné, kdo pomoc koordinuje a co a proč se v danou chvíli děje. Důležité je, aby všechny způsoby pomoci byly zaměřeny stejným směrem, tedy k hledání řešení, jinak bude pro klienty pomoc matoucí.

V některých případech může být užitečné nahrávat na video diskusi s dalšími profesionály – zástupci služeb nebo pomáhajících agentur – a pak pracovat se zúčastněnými stranami na zlepšení komunikace, na vyjednávání a efektivním hledání možných řešení. Někdy pouhá přítomnost kamery může zlepšit komunikaci a přispět k rychlému nalezení dobrého řešení.

Literatura

- Barnes, G. G. (1994): Working with Families. In: *Practical Social Work*. London, The Macmillan Press.
- Berg, I. K. (1992): *Poslání rodiny*. Praha, ISZ.
- Biemans, H. (1989): *Home-based Treatment*. Video and Feed-back Data. Separát.
- Biemans, H. (1990): Video-Home-Training: Theory, Method and Organization of SPIN. In: *The Power to Change Lies within the Families*. Ed. International Seminar for Innovative Institutions, s. 121–126. The Hague, October 1990.
- Bowlby, J. (1984): *Attachment and Loss*. Pelican Books.
- Bruner, J. (1996): *The Culture of Education*. London, Harvard University Press.
- Hawellek, Ch. (1990): Das Mikroskop des Therapeuten. In: *Systhema* 9 (1), s. 6–28.
- Hubley, P., Trevarthen, C. (1979): Sharing a task in infancy. In: Uzgiris, I. C. (Ed): *Social interaction during infancy*. San Francisco, Jessey-Bass.
- Jonesová, E. (1996): *Terapie rodinných systémů*. Hradec Králové, Konfrontace.
- Koberská, P. (1995): *Videotrénink interakcí*. Diplomová práce, FF UK Praha.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1994): *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum.
- Matoušek, O. (1993): *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha, SLON.
- Milner, J., O'Byrne, P. (1998): *Assessment in Social Work*. Palgrave.
- Papoušek, H. (1997): Počátek duševního vývoje: Kojenec a jeho svět. *Propsy* 9.
- Papoušek, H., Papoušková, M. (2000): Učení kojence z hlediska syntetického. In: Pouthas, V., Jouen, F.: *Psychologie novorozence*. Praha, Grada.
- Satirová, V. (1994): *Kniha o rodině*. Praha, Práh.