

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RODINNÁ TERAPIE VE STŘEDISKU VÝCHOVNÉ PÉČE
SPIRÁLA V ČESKÉM KRUMLOVĚ

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jiří Kressa

Autor práce: Daniela Cimlová

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Kájově dne 24. 3. 2010

Daniela Cimlová

Poděkování:

Touto cestou děkuji Mgr. Jiřímu Kressovi za jeho odborné rady a podporu při zpracování této bakalářské práce. Rovněž děkuji vedoucímu střediska výchovné péče za poskytnutí interních materiálů.

Anotace:

Tato práce je zaměřena na rodinnou terapii ve Středisku výchovné Spirála péče v Českém Krumlově. V teoretické části jsou popsány teoretické poznatky, čerpané z odborné literatury, které popisují středisko výchovné péče, jeho vznik a hlavní pracovní náplň. Dále je zde definován pojem rodina a rodinná terapie od její definice, vzniku, cílů, zahájení, průběhu, až po ukončení spolupráce s rodinou. V praktické části této práce jsou analyzovány 4 případové studie klientů SVP Spirála. Cílem výzkumu je zjistit, na čí podnět se klienti dostávají do SVP, zda má vliv to, že jsou děti z neúplných rodin, na to jestli se stanou klienty SVP. Dále je zjišťováno, kdo je iniciátorem spolupráce se SVP, jestli matka nebo otec a zda nejčastějším důvodem k ukončení terapie bývá to, že se klientovo chování zlepšilo a tím se zmírnil rodinný problém. Případové studie vycházejí z odborného vyšetření rodinnými terapeuty SVP. Dále je použita metoda rozhovoru s terapeuty, jako prostředek k ověření nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

Klíčová slova:

Středisko výchovné péče – rodina - rodinná terapie – kazuistika.

Cizojazyčná anotace:

This work is focused on family therapy center of nurture Spirála in Czech Krumlov. In the theoretical part describes the theoretical knowledge, drawn from literature, describing the center of nurture, its emergence and the main job description. Furthermore, it defines the concept of family and family therapy from its definition, formation, goals, initiation, during and after the termination of cooperation with the family. In the practical part of this work are analyzed 4 case studies of clients SVP Spirála. The aim of the research is to determine on whose initiative the clients receive the SVP, whether the effect that there are children from single-parent family, whether to become clients of SVP. Furthermore, it was observed, which is the initiator of the cooperation with SVP, whether mother or father and that the most frequent reason for discontinuation of therapy is that the client's behavior will improve and thus alleviate the problem of the family. Case studies are based on professional examinations family therapists SVP. Furthermore, the method interview with therapists as a means to verify or refute the hypotheses set.

Keywords:

Center of nurture – family – family therapy – case study.

OBSAH

1	ÚVOD.....	8
2	STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE SPIRÁLA.....	11
2.1	Vznik střediska	11
2.2	Postup při přijímání a propouštění dětí ze SVP.....	12
2.2.1	Přijímání klientů	12
2.2.2	Spolupráce s klientem je ukončena:	12
2.3	Organizace výchovně vzdělávacích činností ve SVP	13
2.4	Organizace péče o klienty ve středisku	13
2.5	Práva a povinnosti klientů, rodičů a zákonných zástupců.....	13
3	RODINA.....	15
4	RODINNÁ TERAPIE	17
5	VÝVOJ RODINNÉ TERAPIE	18
5.1	Vlivy, které ovlivnily rodinnou terapii	19
5.2	Rodinná terapie v Čechách.....	19
5.2.1	Instituty rodinné terapie v České republice.....	20
6	PŘÍSTUPY (SMĚRY) RODINNÉ TERAPIE.....	23
6.1	Psychodynamický přístup	23
6.2	Experienciální přístup	23
6.3	Behaviorální přístup.....	23
6.4	Přístup rozšířené rodiny	24
6.5	Komunikační přístup.....	24
6.5.1	Strukturní (strukturální)	24
6.5.2	Strategický.....	25
6.5.3	Systemický (systémový)	27
7	CÍL RODINNÉ TERAPIE	28
8	INDIKACE (POUŽITÍ) RODINNÉ TERAPIE.....	29

8.1	Indikace rodinné terapie.....	29
8.2	Kontraindikace rodinné terapie	30
9	PRŮBĚH A VEDENÍ RODINNÉ TERAPIE	31
9.1	Zahájení rodinné terapie.....	31
9.2	Řešení rodinných konfliktů	32
9.3	Změny v životě rodiny	33
9.4	Ukončení terapie.....	34
10	Rodinná terapie ve středisku výchovné péče Spirála v Českém Krumlově	35
10.1	První kontakt	35
10.2	Průběh sezení rodinné terapie.....	35
10.2.1	Příprava sezení.....	35
10.2.2	Úvodní fáze konzultace.....	35
10.2.3	Práce s rodinou	36
10.2.4	Dojednání	36
10.2.5	Závěr rozhovoru	36
10.3	Pravidla poskytování služeb v rámci rodinné terapie	36
10.4	Spolupráce s dalšími zařízeními sítě sociálních služeb	36
11	CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	38
11.1	CÍL VÝZKUMU	38
11.2	STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	38
12	METODY VÝZKUMU.....	39
12.1	Případová studie (kazuistika)	39
12.2	Rozhovor	39
13	POPIS TERÉNU A VÝZKUMNÉHO VZORKU	40
13.1	VÝZKUMNÝ TERÉN	40
13.2	VÝZKUMNÝ VZOREK	40
14	KAZUISTIKY	41
14.1	Kazuistika č. 1	41

14.2	Kazuistika č. 2	44
14.3	Kazuistika č. 3	47
14.4	Kazuistika č. 4	50
15	VÝSLEDKY VÝZKUMU	54
16	ZÁVĚR.....	57
17	SENA M ODBORNÉ LITERATURY.....	58
18	VYSVĚTLIVKY.....	59

1 ÚVOD

Rodina je zvláštní místo, do kterého jsme se narodili, je zde bezpečné prostředí. Je to místo kde se učíme, jak žít v lidském společenství, ve vlastní rodině, v páru. Současně s tím se učíme způsobům, jak se vyrovnávat s očekávanými i překvapivými životními situacemi.

Různá životní údobí nás přivádí do určitých situací a rolí, ve kterých prožíváme radost, smutek, nemoc, nebo něco jiného. Snažíme se odolat tlakům doby, čelit změnám i životním osobním krizím, řešit náročné životní situace, které se nám naskytnou. Vyrovnáváme se se změnami zdravotního stavu svého či našich nejbližších. Hledáme cesty, jak vyjít se svými partnery, dětmi, rodiči, snažíme se najít ten pravý a správný způsob soužití s našimi blízkými a lidmi kolem nás. Občas se může stát, že naše doposud osvědčené způsoby řešení problémům přestávají fungovat a vlastní síly již nestačí. Občasné potíže jsou součástí života každé rodiny, avšak stanou-li se každodenní rutinou a ovlivňují-li tak pohodu celé rodiny, popřípadě odrážejí-li se např. na školním výkonu nebo zdraví dítěte nebo dospělého, zaslouží si tato situace aktivní pozornost.

Jednou z možností řešení je obrátit se na odborníky a zúčastnit se rodinné terapie. Při rodinné terapii jde o to, najít cestu k tomu, jak mluvit o věcech, o kterých se dosud nemluvílo, mluvit o problémech a rozdílných postojích. Rodinná terapie se zaměřujeme na léčení a nápravu vztahů, nikoli lidí v nich.

Rodinná terapie je chápána jako spolupracující proces, v němž je porozumění či tzv. realita společně utvářena terapeutem a přítomnými členy rodiny. Terapeut není expertem, pouze rodinu doprovází. Po objasnění problému se od rodiny odpojí.

Při sezení rodinné terapie má každý právo vyjádřit svůj názor, pocity, cesty kudy dál. Terapeut stále myslí na problém, se kterým rodina přišla a společně s ostatními hledá místo, které tento problém nyní zaujímá, koho a jak ovlivňuje. Terapeut využívá různé techniky a společně se členy rodiny hledá nové možnosti řešení tohoto problému.

Když jsem si měla zvolit téma bakalářské práce, byla jsem docela bezradná. V té době jsem totiž byla nezaměstnaná, a proto jsem si nedokázala představit, o čem budu psát a hlavně, kde budu provádět výzkum. Potom ale přišla nová pracovní nabídka. Měla jsem nastoupit do střediska výchovné péče. A téma bakalářské práce bylo na světě. Říkala jsem si, když už tam budu pracovat, tak bych o tom mohla něco napsat. Rodinná terapie je ve středisku výchovné péče jednou z hlavních náplní práce. Proto jsem se rozhodla zjistit, jaké existují prostředky, techniky, přístupy a směry rodinné terapie. Uvědomila jsem si, že o tomto

tématu zatím mnoho nevím a zabývat se jím bude pro mě tedy přínosem a příležitostí dozvědět se něco nového.

Tato práce se zabývá rodinnou terapií ve středisku výchovné péče v Českém Krumlově. V teoretické části se zabývám teoretickými poznatky, které jsou čerpány z odborné literatury.

V první kapitole popisují středisko výchovné péče Spirála v Českém Krumlově. Popisují, jak a kdy toto středisko vzniklo, jaký je postup při přijímání a propouštění klientů a hlavní náplň střediska.

V druhé kapitole definuji pojem rodina. Její hlavní úkoly a funkce, které rodina plní v rámci socializace.

Ve třetí kapitole definuji rodinnou terapii z pohledu odborné literatury. Tak, jak ji popisují odborníci zabývající se tímto tématem.

Čtvrtá kapitola popisuje vývoj rodinné terapie. Její počátky, zakladatele a vlivy, které ovlivnily její vznik. Dále představuji instituty v České Republice, které se zabývají vzděláváním v rodinné terapii.

Pátá kapitola popisuje hlavní přístupy a směry rodinné terapie. Soustřeďuji se na to, na čem jsou tyto přístupy založeny, na co se zaměřují, kdo tyto přístupy založil, co je jejich hlavním úkolem a strategií.

V šesté kapitole popisují co je cílem a strategií rodinné terapie. Také je v této kapitole popsáno, co může klient očekávat od setkání s terapeutem.

Sedmá kapitola popisuje, kdy je vhodné indikovat rodinnou terapii. Jaké události mohou být symptomy pro její použití, podmínky pro indikaci a jaké jsou příčiny toho, že nelze rodinnou terapii použít.

Osmá kapitola popisuje průběh a vedení rodinné terapie z pohledu odborníků. Jak oni vidí základní kroky v rámci rodinné terapie. Popisují ji od zahájení až po ukončení. K jakým změnám a řešením můžeme pomocí rodinné terapie dojít.

V deváté kapitole popisují průběh rodinné terapie přímo ve středisku výchovné péče Spirála, od jejího zahájení, průběhu až po ukončení.

V praktické části této práce analyzuji 4 případové studie klientů SVP Spirála. Cílem výzkumu v rámci rodinné terapie ve středisku výchovné péče Spirála (SVP) v Českém Krumlově je zjistit, na čí podnět se klienti dostávají do SVP, zda má vliv to, že jsou děti z neúplných rodina, na to zda se stanou klienty SVP. Dále budu zjišťovat kdo je iniciátorem

spolupráce se SVP, jestli matka či otec a zda nejčastějším důvodem k ukončení terapie bývá to, že se klientovo chování zlepší a tím se zmírní rodinný problém.

Při výzkumu využívám jako nejvhodnější metodu sběru dat metodu případové studie (kasuistika). Kazuistiky vycházejí z odborného vyšetření rodinnými terapeuty SVP. Dále použiji metodu rozhovoru s terapeuty, kdy mi jejich osobní zkušenosti pomohou mé hypotézy potvrdit nebo vyvrátit.

Svůj výzkum uskutečňuji ve středisku výchovné péče Spirála v Českém Krumlově. Toto středisko zajišťuje psychologickou diagnostiku osobnosti, speciálně pedagogickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje, sociální diagnostiku podmíněnosti příčin poruch chování a sociálního vývoje. Klienty SVP jsou děti, které mají výchovné, školní nebo rodinné problémy. Tito klienti v SVP navštěvují rodinnou terapii jako jednu z možností nápravy.

V rámci své bakalářské práce si vybírám 4 případové studie, které jsou reprezentativním vzorkem klientů SVP. Výsledky a závěry se v žádném případě nevztahují na všeobecný vzorek klientů. Klienty SVP jsou děti, které mají výchovné, školní nebo rodinné problémy. Tito klienti v SVP navštěvují rodinnou terapii jako jednu z možností nápravy.

2 STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE SPIRÁLA

Tato kapitola je zpracována na základě interních dokumentů SVP, které mi poskytli vedoucí střediska.

2.1 *Vznik střediska*

Toto středisko vzniklo z důvodu potřeb českokrumlovského regionu řešit přibývající výchovné problémy dětí a mládeže. Duchovní matkou tohoto projektu byla psycholožka, ředitelka pedagogicko-psychologické poradny PhDr. J. Vejvodová, která jako první pocítila potřebu tohoto zařízení, jelikož do té doby tuto problematiku řešila právě již dosti vytížená pedagogicko-psychologická poradna.

Proto tedy v roce 1997 zřizuje MŠMT ČR Středisko výchovné péče pro děti a mládež Spirála (SVP), které poskytuje všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji žáků, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy, nebo uložení ochranné výchovy.

V září 2001 došlo ke sloučení SVP s DDÚ Homole, při zachování činnosti střediska v plném rozsahu.

Nyní má SVP kolem čtyř set klientů z celého regionu, převážně s touto problematikou:

- děti z citově nepodnětného a sociálně zanedbaného prostředí
- děti se syndromem ADHD, s projevy agresivity
- děti, které se ocitly ve složitých životních situacích (rozvod, úmrtí rodičů)
- děti, které mají problém s navazováním kontaktů s vrstevníky
- děti s osobními a vztahovými problémy, hledající vlastní identitu, žebříček hodnot
- děti s poruchami psychického vývoje
- experimenty s drogou

Činnost SVP je vymezena zákonem 109/2002 Sb., Vyhláškou č.458/2005 Sb., Příkazem ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 21/2007 a metodickým pokynem upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče z 29. června 2007.

2.2 Postup při přijímání a propouštění dětí ze SVP

2.2.1 Přijímání klientů

Při prvním kontaktu SVP s budoucím klientem je zákonným zástupcem klienta vyplňována Žádost o vedení klienta, která obsahuje osobní a rodinnou anamnézu, práva a povinnosti klientů a rodičů, vyjádření souhlasu se zařazením do péče, souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů a individuální výchovný plán. Tuto žádost stvrzuje zákonný zástupce svým podpisem. Do čtrnácti dnů od prvního kontaktu s klientem je ve spolupráci odborného pracovníka SVP, klienta a zákonného zástupce vypracován individuální výchovný plán (IVP) s tímto obsahem - osobní údaje, důvod žádosti, vymezení cílů (zakázka klienta), vymezení podmínek (metody, postupy), plán osobního rozvoje klienta, vyjádření souhlasu klienta a zákonného zástupce, ve smyslu §3 odst. 5 vyhlášky 458/2005 Sb., podpisy klienta a zákonného zástupce.

Dále je vyplněn přijímací list klienta a klient je zařazen do evidence (počítačový speciální program pro SVP, kartotéka) ambulantní péče. Dle příkazu ministryně školství č.21/2007 je evidence klientů řádně zabezpečena.

SVP po dobu poskytování služeb klientovi spolupracuje s OSPOD (odbor sociálně právní ochrany dětí) ve svém regionu a se školou a školským zařízením, jejímž je klient žákem, na základě písemného souhlasu zákonného zástupce klienta (IVP).

2.2.2 Spolupráce s klientem je ukončena:

- na základě dohody se zákonným zástupcem po úspěšné spolupráci střediska s klientem
- nespolupracuje – li klient (zákonný zástupce) dle vzájemné dohody, dle individuálního výchovného plánu
- při přeřazení klienta do jiné formy výchovné péče (internátní, celodenní, DDÚ)

Zpráva z vyšetření, vedení klienta je vypracována na žádost zákonného zástupce klienta, nebo školského zařízení se souhlasem zákonného zástupce.

Závěrečná zpráva vyhodnocuje dosažení pokroků stanovených v IVP, obsahuje informace o charakteristických rysech povahy klienta, hodnotí úroveň volných vlastností, schopností sebehodnocení, informace o vztazích klient/rodina, vztah k autoritám, o znalostech a dovednostech klienta, aj.

Po propuštění ze střediska může klient využít možnosti spolupráce s dobrovolníky.

2.3 Organizace výchovně vzdělávacích činností ve SVP

SVP zajišťuje psychologickou diagnostiku osobnosti, speciálně pedagogickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje, sociální diagnostiku podmíněnosti příčin poruch chování a sociálního vývoje.

Středisko zajišťuje výchovně vzdělávací činnost zaměřenou na předcházení poruchám chování nebo jejich nápravu a sociálně rehabilitační činnost. SVP vede klienta formou individuální, skupinové a rodinné terapeutické činnosti, vypracovává a uskutečňuje speciálně pedagogické a terapeutické programy pro potřeby klientů a skupin klientů a třídních kolektivů.

SVP zajišťuje poradenskou intervenci, včetně telefonické intervence a psychologickou podporu klienta, jenž je v obtížné životní situaci, kterou není schopen sám vyřešit. Dále zajišťuje poradenskou činnost zaměřenou na předcházení vzniku sociálně patologických jevů, na řešení problémů vzniklých v důsledku poruch chování klienta a nežádoucích vlivů a na podporu při začleňování klienta do společnosti. Středisko poskytuje informace zaměřené na vhodnou volbu a zvládnutí profesní přípravy a podporuje klienta při snaze získat kvalifikaci potřebnou k lepšímu uplatnění na trhu práce.

2.4 Organizace péče o klienty ve středisku

Středisko poskytuje klientům výchovně vzdělávací péči v pracovních dnech, poskytuje poradenskou podporu klientům, kteří se ocitli v tíživých situacích a vytváří podmínky pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů, doporučuje na základě výsledků provedených vyšetření a průběhu dosavadní péče vhodnou formu následné péče a zařazení klienta do oddělení celodenní, nebo internátní, případně jiné odborné péče, realizuje pobytové výchovné a terapeutické programy v délce 7 dnů, poskytuje následnou výchovně vzdělávací péči klientům po ukončení jejich pobytu v oddělení internátním nebo celodenním.

2.5 Práva a povinnosti klientů, rodičů a zákonných zástupců

Práva a povinnosti klientů jsou součástí individuálního výchovného plánu každého klienta střediska, jsou stvrzeny podpisem zákonného zástupce. Dále jsou práva a povinnosti klientů a zákonných zástupců umístěna na viditelném místě v čekárně SVP. Vývojově formativním prvkem u dětských klientů je vytvoření pohledu, orientace v situaci a sobě na základě zpětné vazby druhých. Formují se takto nejen sociální dovednosti (prosociální chování), ale i identita dítěte.

Práva klienta:

- respektování lidské důstojnosti
- na rozvíjení tělesných, duševních a citových schopností a sociálních dovedností
- na svobodu náboženství
- obracet se s žádostmi, stížnostmi a návrhy na vedoucího střediska
- vyjádřit svůj názor / mlčet
- vyžádat si osobní rozhovor se zaměstnancem střediska, konzultantem střediska
- rodič má právo na informaci o dítěti
- na poradenskou pomoc střediska ve věcech výchovné péče o dítě

Povinnosti klienta:

- plnit ustanovení vnitřního řádu (seznámit se s vnitřním řádem)
- dodržovat předpisy a pokyny k ochraně bezpečnosti a zdraví
- nevyjadřovat se hrubě a nevysmívat se
- nevynášet dění ve skupinách mimo středisko
- nekouřit a neužívat návykové látky v prostorách střediska a na pobytových akcích a ostatních akcích střediska
- hradit příspěvek na pobytové akce pořádané střediskem
- chránit majetek střediska
- ve veřejných prostorech střediska (čekárna) se chovat slušně, neomezovat a neohrožovat
- svým chováním ostatní veřejnost (Občanský zákoník)
- rodič zodpovídá za docházku i za odchod svého dítěte do i zpět ze střediska.

3 RODINA

Práce s rodinou je hlavním stylem střediska výchovné péče Spirála. Rodina dochází do SVP na rodinnou terapii nebo jednotliví členové docházejí na individuální terapii. V rámci zapojování dětí do společnosti, děti navštěvují skupinovou terapii.

Za rodinu se považuje malá společenská skupina, která bývá složená ze dvou dospělých osob opačného pohlaví a jejich dětí. Avšak rodina bývá v kontaktu s ostatními příbuznými a známými, kteří do rodiny zasahují a tím jí ovlivňují. Také existují sociální skupiny, které vystupují jako rodina, ale neodpovídají uvedené definici, např. rodiny neúplné se svobodnými nebo rozvedenými matkami, rodiny s adoptovanými dětmi nebo dětmi svěřenými do pěstounské péče apod.¹

Za základní definici rodiny je považována malá sociální skupina, která je složena z mužů a žen různého věku, jejíž hlavním cílem je uspokojování základních biologických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb, při kterých jsou na sebe navzájem závislí.²

Soužití v rodině se týká všech stránek života jejích členů: sexuální soužití rodičů, rození a výchovy dětí, zdravotní stránky každého člena rodiny, hospodaření, práce i zábavy, ale i odchodů či úmrtí členů rodiny. V rodině se více vyjadřují a prožívají emoce, jak pozitivní, tak negativní. Rodina prochází ve svém průběhu několika různými etapami, které mají své úkoly i problémy.³

Pro zdravý duševní i tělesný vývoj dítěte je nepostradatelná stálá přítomnost citově angažovaných rodičů. Dále je důležitý bezpečný domov, který je vyjádřením stabilního a chráněného prostředí. Toto zázemí může dítěti poskytnout jen rodina.⁴

Rodina je první, závazný model společnosti, se kterým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj i vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě zaměřuje na určité hodnoty, dítě bývá vystaveno různým konfliktům, dostává určitý typ podpory. Tímto způsobem rodina dítěti předává sociální dovednosti, které jsou pro dítě pro uplatnění ve společnosti nezbytné. Toto je považováno za socializační funkci rodiny.⁵

Rodina je pro dítěte nejzákladnějším a nejvýznamnějším socializačním prostředím. V rodině dítě získává první zkušenosti se vztahy s lidmi, navazuje nové rozvinutější vztahy k

¹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

² LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

³ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁴ MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.

⁵ MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.

dospělým a dětem, učí se společenskému chování a osvojuje si společenské normy a hodnoty.⁶

Rodina je nepostradatelnou institucí i pro dospělého člověka. Mezi základní lidské hodnoty patří mít stálého partnera a mít děti. Od toho se odvíjí pocit vlastní hodnoty každého člověka, pocit smysluplnosti své existence. Na rodině závisí psychická i fyzická pohoda každého jedince. Rodina dospělému pomáhá rozšiřovat jeho sociální kontakty.⁷

Rodiny, které jsou tvořeny rodiči, jejich dětmi, případně prarodiči jsou stabilní ve všech epochách lidského vývoje a ve všech známých současných společnostech. Není znám žádný typ společnosti, který by nepovažoval rodinu za svůj základní článek.⁸

⁶ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁷ MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.

⁸ MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.

4 RODINNÁ TERAPIE

Rodinná terapie je oblastí, metodou nebo koncepcí psychoterapie, která se zabývá rodinnými problémy a snaží se pomocí je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování celé rodiny, pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou a přistupuje ke každému pacientovi tak, že na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny.⁹

Rodinná terapie je formou psychoterapeutické pomoci, která je poskytována všem členům rodiny, ne jen těm, kteří trpí zdravotními problémy psychického rázu. Při rodinné terapii se vychází z toho, že změna v chování, zdravotním stavu apod. jednoho člena rodiny ovlivní i zbyvající členy rodiny. Proto se rodinně terapeutický přístup opírá o tzv. systémové spojení, kdy je rodina pojímána jako celek sestávající z jednotlivých členů rodiny, kteří mají určité postavení a vztahy s jednotlivými členy rodiny. Tento systém podněcuje rodinu k vytvoření rovnováhy v soužití.¹⁰

Jednotná definice rodinné terapie neexistuje, většina terapeutů by se však shodla na tom, že rodinná terapie se zaměřuje na navození prospěšných změn v rodině pomocí psychologických metod. Prostřednictvím sociálních vztahů a interakcí v rodině se chorobné příznaky jednotlivých členů rodiny objevují, berou na sebe svou podobu, udržují se a v příznivém případě mizí. Předpokládá se, že individuální poruchy dítěte nebo jiného člena rodiny souvisejí s dynamikou rodiny, dokonce že jednotlivé příznaky vyjadřují narušené interpersonální vztahy v rodině. Terapeut se má proto soustředit na změnu těchto vztahů, aniž by se zaměřoval výlučně na problémy samotného dítěte.¹¹

Rodinná terapie je způsob, jak uchopit téma, které si s sebou klient za terapeutem přinese. Hlavní pozornost je zpravidla věnována vztahům rodičů a dětí. Klient je považován za součást širšího systému rodiny, do kterého nějakým způsobem patří i problematika, se kterou přichází. Rodinná terapie neprobíhá nutně s přítomností osob, které ke klientovi patří. Často bývá užitečné další členy rodiny na sezení pozvat, rozhodnutí však vždy zůstává na klientovi. Tedy, i pokud sezení probíhá jako individuální, vždy je problém zvažován v kontextu celého rodinného systému.

⁹ KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997, s. 261.

¹⁰ VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004.

¹¹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

5 VÝVOJ RODINNÉ TERAPIE

Práce s celou rodinou je dnes zcela samozřejmá, ale vždy tomu tak nebylo. Rodinná terapie je o více než 50 let mladší než individuální psychoterapie a v době svého vzniku, což bylo po druhé světové válce, koncem padesátých a začátkem šedesátých let 20. století byla novou metodou práce, která s sebou přinesla také nový jazyk. V řadě psychoterapeutických směrů vycházejících z psychoanalýzy byla důležitost vztahů a sociálních faktorů uznávána, proto hlavním zájmem bylo to, jak tyto faktory působí na jednotlivce. Aby se rodinná terapie mohla zabývat vztahy mezi lidmi, bylo nutné, aby se odpoutala od dosavadní psychoterapeutické i psychiatrické tradice a vytvořila si vlastní jazyk. Hlavním termínem se stal pojem systému, který znamená „Množina vzájemně vztažných částí“ a pochází z L. Bertalanffyho *Obecné teorie systémů*. Pojem systém se stal důležitý, protože umožnil pracovat s rodinou a jinými nadindividuálními systémy, jako předtím psychoterapie s jednotlivcem a jeho vědomím, nevědomím, emocemi atd.¹²

Rodinná terapie nemá jako jiné psychoterapeutické směry jednoho zakladatele, ale vznikala na mnoha místech přibližně ve stejné době. V USA se jí v padesátých letech zabývala střediska ve Filadelfii, New Yorku a Bostonu, ale také na západním pobřeží. V Evropě se základní myšlenky rodinné terapie začaly prosazovat asi v 70. letech 20. století.¹³

Vznik rodinné terapie byl inspirován výzkumy amerických antropologů, kteří v období mezi oběma světovými válkami studovali necivilizované tichomořské kultury, při kterém se zabývali zejména způsobem komunikace v malých skupinách. Nejznámější z nich G. Bateson, ovlivňoval rodinnou terapii až do osmdesátých let. Prvním komunikačním vzorcem rodiny spojovaným s psychickou poruchou byla tzv. *dvojná vazba*. To je situace, při které odesílatel vysílá dvěma způsoby zprávy, jejichž význam je protichůdný. Např. matka sděluje dítěti, že ho miluje a zároveň mu dává najevo, že ho nesnáší, např. tónem hlasu, mimikou, natočením těla.¹⁴

Postupně teoretici přišli na nové pojetí změny: *změnou prvního řádu* označovali takovou změnu, která se uskutečňuje na jedné systémové úrovni (např. manžel nadměrně pije a poté co se pohádá s manželkou, krátkodobě přestane pít). *Změna druhého řádu* je významnější, protože jde o změnu v systémové úrovni, kdy problém je na jiné úrovni jinak

¹² GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

¹³ VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004.

¹⁴ MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999.

definován a jinak řešen (manželovo pití se odráží v rodinných vztazích, které „potřebují“, aby otec pil, teprve na úrovni rodinných vztahů může dojít ke změně druhého řádu).¹⁵

V posledních dvaceti letech se začali studovat i normální rodiny, tzn. takové, které nikdy nepotřebovaly pomoc od jakékoliv léčebné instituce. Vzešlo najevo, že některé znaky, které se objevovaly v nefunkčních rodinách, se objevují i v rodinách funkčních, v nichž nikdo netrpí duševní poruchou. Z toho je patrné, že rodina, která by podle názoru odborníka potřebovala terapii, takovou potřebu nemá a na první pohled nic neukazuje na její „nenormálnost“. Otázkou je, v jakých případech by měl někdo za rodinu rozhodovat, zda potřebuje léčení či nikoliv. Pokud bude v rodině týráno dítě, nikdo nebude s léčbou otálet. Ale pokud se v rodině vyskytují „pouze“ patologické znaky, je odborníkovo doporučení příliš slabé na to, aby rodina léčbu podstoupila.¹⁶

Teoretici, kteří studovali způsoby komunikace v rodinách, přišli s množstvím nových pojmů, které jim pomáhají popisovat to, co pozorují. Tyto pojmy se liší od všech jiných v psychoterapii používaných terminologií. Uvedme například Bowenův pojem „nediferencovaná masa rodinných já“, která vystihuje vzájemnou interakci mezi všemi členy rodiny, znemožňuje definování rolí a rozdělení odpovědností. Z toho je patrné, že rodinná terapie se bude spíše zabývat profilováním jednotlivců, určováním postojů a kompetencí. Cílem rodinné terapie v žádném případě není udržování rodiny za každou cenu. Rodina, která funguje na základě nějaké iluze, se může díky terapeutickému zásahu rozpadnout.¹⁷

5.1 Vlivy, které ovlivnily rodinnou terapii

Existuje mnoho vlivů, které ovlivnily rodinnou terapii. Hlavní vliv měla psychoanalýza, dále pak „antipsychiatrická“ hnutí, humanistické i psychoanalytické směry. Díky těmto rozmanitým podmínkám vzniku se rodinná terapie nevyvinula v jednu ucelenou metodu, ale rozdělila se do mnoha směrů kladoucích důraz na rozdílné věci. Hlavním znakem rodinné terapie je to, že psychické problémy vznikají v sociálních vztazích, a proto se na tyto sociálními vztahy zaměřují všechny terapeutické zásahy.¹⁸

5.2 Rodinná terapie v Čechách

V Čechách se rodinná terapie začala rozvíjet díky nadšení a obětavosti P. Boše a J. Špitze. P. Boš založil v tehdejší dětské psychiatrické léčebně v Dubí u Teplíc již v roce 1973

¹⁵ MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999.

¹⁶ MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999.

¹⁷ MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999.

¹⁸ VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004.

metodické středisko při úseku rodinné terapie, které fungovalo až do jeho odchodu do Prahy v roce 1989 a kam se jezdilo školit mnoho zájemců. P. Boš zajišťoval překlady ze zahraniční literatury, kontakty s významnými rodinnými terapeuty i semináře a symposia, z nichž tři proběhla v Teplicích a čtvrté v Praze. V roce 1979 uspořádal v Dobronicích významný třídní výcvik V. Satirové. Od roku 1984 začal vydávat bulletin, později pak časopis s názvem „Kontext“. S Bošem spolupracoval J. Špitz z dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Motole. V roce 1987 uspořádali v Praze Světový kongres rodinné terapie, na němž byla reprezentována většina škol rodinné terapie. V teorii se P. Boš i J. Špitz postupně přiklonili k systemickému pojetí a v roce 1990 založili se Z. Kučerou Institut rodinné terapie a systemických studií hl. m. Prahy, v němž dále pracuje Š. Gjuričová.¹⁹

5.2.1 Instituty rodinné terapie v České republice

Institut rodinné terapie a systemických studií hlavního města Prahy²⁰

Je institut s nejdelší vzdělávací zkušeností v rodinné a systemické terapii. Prostřednictvím tohoto institutu lze získat komplexní vzdělávání v systemické a rodinné terapii. Rozsah a obsah vzdělání koordinuje s tvořící se evropskou normou rodinné terapie. Program byl v roce 2007 opět akreditovaný pro zdravotnictví. Systemická a rodinná terapie se ovšem praktikuje také mimo zdravotnictví, v tomto institutu se vzdělává řada pracovníků z pedagogicko-psychologických poraden, středisek výchovné péče a poraden pro rodinu. V roce 2003 bylo toto středisko zařazeno mezi doporučené programy Institutu pedagogicko-psychologického poradenství MŠMT.

Vzdělávací program propojuje teoretické vzdělání, nácvik terapeutických dovedností, osobní a profesní zkušenost do intenzivních výukových celků. Jako součást studia nabízí frekventantům také vlastní příručku Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy, Gjuričová, Kubička (Grada 2009). Systém vzdělání není přejatý, i když seznamování s relevantními zahraničními zdroji považuje za samozřejmost. Utvářel se z tradice české, především tzv. motolské školy rodinné terapie, jejímž zakladatelem byl prim. MUDr. Jan Špitz, kterého považuje za svého učitele a spolu s prim. MUDr. Petrem Bošem také za zakladatele programu vzdělání. Institut má také zahraniční zkušenosti: učili se a spolupracovali na projektu s lektory prestižního Institute of Family Therapy, London a IJR Chicago. Podíleli se např. na tvorbě výukového internetového programu v rámci PHARE. Program vzdělání je koordinován se standardy Evropské asociace rodinné terapie (EFTA).

¹⁹ KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. s. 278-279

²⁰ *Systemická a rodinná terapie v IRT Praha*. [online]. [cit.2010-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodinnaterapie.cz/index.php?page=informace.htm>>.

Lektory a trenéry jsou terapeuti s velkou praktickou zkušeností v klinické oblasti, nejen s dospělými, ale také s dětmi a adolescenty. Základní lektorský a trenérský tým tvoří PhDr. Šárka Gjuričová, PhDr. Jiří Kubička a MUDr. Lea Brodová. Další spolupracující lektoři jsou PhDr. Zdeněk Rieger, PhDr. Hana Vyhnálková, dr. Michael Chytrý, dr. Magda Loumová, dr. Alena Křepelová. V loňském roce se přidaly tři bývalé absolventky a zajímavé a tvořivé kolegyně PhDr. Věra Mullerová, PhDr. Olga Hinková a MUDr. Taťjana Horká. Tyto lektorky a lektoři publikují v odborných časopisech a jsou zváni k přednáškám v programech Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, kurzů Asociace manželských a rodinných poradců, Asociace klinických psychologů, sekce rodinné terapie ČPS.

Institut Virginie Satirové²¹

Institut je občanským sdružením a byl založen v roce 1997. Jeho posláním je vzdělávat lidi v tom, jak rozvíjet své osobní a profesionální zdroje pomocí modelu růstu Virginie Satirové.

Institut Virginie Satirové Česká republika se zabývá šířením učení V. Satirové (1916 - 1998, USA), autorky účinných metod pro zkvalitňování komunikace v rodinách a organizacích. Základními tématy je pěstování sebeúcty, vytváření klimatu důvěry, zacházení se změnami, porozumění tomu, jak se původní rodina odráží v dospělém životě. V. Satirová je zařazována mezi představitele humanistické psychologie a rodinné terapie.

Činnost sdružení zahrnuje oblasti zdravotnictví, rodinných a partnerských vztahů, školství, sociální práce a podnikání.

Institut Virginie Satirové Česká Republika nabízí: poradenské služby, vzdělávací služby profesionálům pomáhajících profesí, vzdělávací služby laické veřejnosti, poskytnutí stipendií, produkci a prodej studijního materiálu, výcvikové pobyty, překlady a publikace prací Virginie Satirové a jejích pokračovatelů, výměnu informací s organizací Avanta The Virginia Satir Network a s jinými zahraničními i domácími organizacemi, zabývajícími se podobnou činností.

²¹ *O institutu Virginie Satirové Česká Republika* [online]. [cit.2010-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.institut-satirove.cz/about.php.htm>.

Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, obecně prospěšná společnost (LIRTAPS,o.p.s.), je pokračovatelem úspěšné tradice liberecké pobočky Pražského psychoterapeutického institutu (PPI). Věnujeme se podpoře a rozvoji psychosomatické medicíny ve zdravotnictví. Organizujeme výuku, konference, symposia, publikujeme, podporujeme aktivity, které umožňují šíření bio-psycho-somatického pojetí zdraví a nemoci.

Nový institut založil doc. MUDr. Jaroslav Skála, jeden z nestorů psychoterapie ve zdravotnictví a dlouholetý předseda Pražského psychoterapeutického institutu. Hlavními reprezentanty a odbornými garanty jsou MUDr. Vladislav Chvála, Mgr. Jan Knop a PhDr. Ludmila Trapková. LIRTAPS převzal všechny závazky od liberecké pobočky PPI a jako obecně prospěšná společnost hodlá naplňovat své poslání: šířit znalosti rodinné terapie a psychosomatické medicíny u nás.

Institut vznikl a rozvíjel se na půdě Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Většina našich lektorů je proto přímo spjata s činností tohoto pracoviště, které bylo založeno již v r. 1989 a od té doby se zabývá léčbou psychosomatických poruch. Proto je zde výuka bezprostředně spjata s praxí. Členové týmu SKT za více než 20 let práce publikovali řadu prací, jsou uznávanými lektory a supervizory v různých typech psychoterapie nebo akupunktury.

²² LIRTAPS, o.p.s. [online]. [cit.2010-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.lirtaps.cz.htm>>.

6 PŘÍSTUPY (SMĚRY) RODINNÉ TERAPIE

Změna je základním tématem terapie. Změna je hlavním úsilím terapeuta a rodiny a zároveň se ale snaží jiným změnám zabránit. V případě potřeby je změna prostředkem udržení stability. Proto jsou teorie rodinné terapie vždy teoriemi změny. Teorie popisuje a vysvětluje, co se mění nebo měnit může, jak k této změně dochází, a také hodnotí, jaké změny jsou dneska žádoucí.²³

K vytvoření změny v rodině pomáhají praktické postupy. Tyto postupy jsou založeny na představách a poznacích o tom, co je v rodině podnětem pro vznik poruchy a její odstranění a o tom, co vede k obnovení rodinného soužití.²⁴

V začátcích vývoje rodinné terapie se její přístupy a metody dělily na různé směry a školy, které se vzájemně lišily. C. Madanesová a. J. Haley²⁵ rozlišili v tomto ohledu pět hlavních myšlenkových a metodických přístupů:

6.1 Psychodynamický přístup

Tento přístup je založen na individuální, vývojově podmíněné duševní dynamice jednotlivých členů rodiny ve vzájemných vztazích a využívá terapeutických zásahů k tomu, aby lépe nahlížel, porozuměl a vyjádřil vytěsněné představy a city. Z praktického hlediska to znamená, že odhaluje patogenní zkušenosti z minulosti, které se prolínají do současných rodinných vztahů.

6.2 Experienciální přístup

Tento přístup se zaměřuje na poruchy v prožívání současných rodinných vztahů a na poruchy v jednání členů rodiny mezi sebou. Tento přístup směřuje k vyjasnění vztahů, k lepšímu uplatňování potřeb jednotlivých členů a k podpoře zdravého osobního růstu v rodině.

6.3 Behaviorální přístup

Tento přístup se zaměřuje na negativní vzorce chování a jejich následky mezi členy rodiny. K opuštění škodlivých způsobů jednání se uplatňují postupy řízeného navozování změny v situacích vzájemného jednání.

²³ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

²⁴ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

²⁵ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

6.4 Přístup rozšířené rodiny

Tento přístup vidí hlavní problém v příbuzenských vztazích, které přispívají k současné poruše v „pacientské“ rodině. Průkopníkem tohoto přístupu byl M. Bowen se svou teorií *rodinného systému*. Jako příčinu poruchy v rodinném soužití spatřuje tento přístup nedostatečný rozvoje schopnosti zvládat své city a přitom si uchovat citovou vazbu na svou rodinu. To znamená, že jedinec není schopen řešit své problémy sám se svým partnerem a hledá spojence, dosud nezúčastněného člena rodiny (např. dítěte nebo prarodiče), v tzv. procesu triangulace, kterého zapojuje do problémového vztahu dvojice.

Bowenovská rodinná terapie odkrývá poruchové emoční a interakční vztahy tzv. detriangulací. Pomáhá členům rodiny k dosažení větší míry osobní, emoční, kognitivní diferenciaci. To se projeví tím, že jedinec přestává vystupovat a jednat z pozice „my“ a jedná z pozice „já“. To vede k tomu, že se vyprostí z poruchových trojúhelníkových vazeb a interakcí a mění své vnímání a jednání na interakci zdravou a přímou.

V terapii rodinných systémů vystupuje terapeut spíše jako trenér nebo poradce. Terapeut může klientům navrhnout, aby reagovali jinak než členové jeho rodiny, bez ohledu na to, zda se ostatní změní či ne. Tím, že bude klient reagovat jinak, může pomoci ostatním ke změně, za kterou budou zodpovědní oni sami.²⁶

6.5 Komunikační přístup

*Je založený na rozboru sdělování významu a jím vyvolávaných účinků v homeostatickém „vyvažování“ vztahových funkcí, popřípadě dysfunkcí, v rodinném soužití jakožto funkci živé, uspořádané a vyvíjející se soustavy.*²⁷

6.5.1 Strukturní (strukturální)

*Strukturální rodinná terapie je založena (mezi metodami rodinné terapie téměř jako jediná) na normativních představách o fungování zdravé/funkční rodiny. Zajímá se zejména o hranice rodinných subsystémů a vytvoření a udržení jasné hierarchie, která zajišťuje rodičovskou kompetenci rozhodování.*²⁸

Tento přístup je zaměřen na rozbor a přestavbu vzájemných funkčních vztahů tak, aby to rodině jako celku umožnilo lépe naplňovat vzájemné potřeby, možnosti a úkoly. Tento přístup je dílem S. Minuchina a jeho spolupracovníků.²⁹

²⁶ PROCHASKA J.O., NORCROSS J.C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999.

²⁷ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000, s. 181

²⁸ SIMON F.B., STIERLIN H. *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 208

²⁹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

Klíčovým pojmem je rodinná struktura. Každá rodina má určitou vnitřní organizaci, hierarchii, rozdělení vlivu a moci, role členů rodiny a hranice mezi nimi. Z této struktury vyplývají pravidla, očekávání a interakční vzorce chování.³⁰

S. Minuchin definuje rodinnou strukturu jako soubor neviditelných požadavků, které vytvářejí způsob, kterým členové rodiny interagují. Struktura rodiny je popisována v termínech aliancí, koalic či mezigeneračních bariér. Aliance znamená blízký vztah mezi členy rodiny, kterým se oddalují od ostatních. Mezigenerační bariéra, která vzniká, když se na jedné straně vyskytuje aliance dospělých a na straně druhé aliance dětí, a tím přispívá k dobrému fungování rodiny. Koalice se vytváří v případě, kdy je v rodině silná vazba mezi jedním rodičem a jedním dítětem a je zaměřena proti ostatním členům rodiny.³¹

Terapie začíná tak, že se terapeut snaží připojit k rodině, aby byl rodinou přijat. Dělá to tak, že klade jednotlivým členům rodiny otázky, kterými si posiluje pocit vlastní ceny (např. se ptá na jejich zájmy), ale také tím, že se přizpůsobuje jejich hodnotovému systému a hierarchie (např. žádá svolení rodičů, než klade otázky dětem).³²

Pokud se terapeut na rodinu správně napojí a osvojí si její styl, má naději vyvolat změnu. Poté, co rodina terapeuta přijala, spolčuje se terapeut se zdánlivě nejslabším členem rodiny, čímž vyvede rodinu z rovnováhy a nutí ji hledat nový způsob soužití. Terapeut může během terapie vyloučit člena rodiny, který ovládá debatu a ostatní členy rodiny tak přinutí změnit své role. Tímto jednáním se terapeut snaží zabránit některému z rodičů k uzavření spojenectví s dítětem proti druhému rodiči. Terapeut dává rodině „domácí úkoly“, kterými rodina pokračuje bez přímé terapeutovy asistence.³³

Cílem terapie je změnit patologické struktury, ve kterých jsou meziosobnostní bariéry slabé nebo nadměrně propustné. To způsobuje potíže při určování rolí a vztahů. Cílem strukturální terapie je toto změnit, například tím, že se vytvoří pevná mezigenerační bariéra.³⁴

6.5.2 Strategický

Hlavním představitelem strategického přístupu je J. Haley, společně s několika představiteli Paloaltské skupiny, P. Watzlawickem, J. Weaklandem a R.Fischem. V širším

³⁰ PLAŇAVA I. *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk, 2000.

³¹ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

³² GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

³³ MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999.

³⁴ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

kontextu psychoterapie je strategický přístup spojován s M. Ericsonem a jeho hypnoterapií, používáním metafor a paradoxních instrukcí.³⁵

*Strategická terapie je direktivní forma terapie, která se opírá o důsledné používání kybernetických konceptů. Rodinné problémy považuje za výraz a důsledek dysfunkčních rodinných organizačních vzorců, smazaných generačních hranic, patologického vytváření trojúhelníku (triangulace), zmatení v rodinné hierarchii a důsledek adaptačních poruch v rámci rodinného životního cyklu. Po dohodě o jasných cílech terapie vyvine terapeut strategii k jejich dosažení.*³⁶

Tento přístup se soustředí na rozpoznání skutečné funkce poruchových vztahů v rodině a na jejich odstranění tím, že je zužitkuje v podobě úspěšnější interakci navozujícího terapeutického příkazu. Tím, že poruchové vztahy přestanou být poruchové, přestane i rodina být na nich závislá. Tím rodina získá možnost objevit a osvojit si konstruktivnější, prospěšnější způsoby vzájemného jednání.³⁷

Strategický přístup spočívá v řadě postupných kroků od abnormální k normální organizaci. Pro terapeuta jsou základní dvě otázky: Jak symptom pomáhá rodině udržovat rovnováhu nebo překonat krizi, a jak může být symptom nahrazen účinnějším řešením problému? Cílem terapie je eliminovat chování, kde je problém řešením.³⁸

Ke zvládnutí životních situací a problémů v rodině, si musí rodina osvojit řadu účinných strategií, se kterými jim pomůže terapeut. K tomu, aby rodina adekvátně fungovala a zvládala přechody z jednoho stádia do dalšího, musí být jasně a přehledně hierarchicky organizována. Rodina musí mít jasně rozdělené kompetence a vliv i moc.³⁹

Formou terapeutických úkolů a technik při strategické terapii je přerámování a paradoxní intervence. Přerámování je strategie, při které změni problematické chování v rodině tím, že se vyskytne v jiném „rámci“, tj. v jiné sestavě pravidel a hodnotících kritérií. Paradoxní intervence vyžaduje jasnou formulaci problému, a změna musí být cílem terapeutického vztahu. Terapeut potom vypracuje plán, ve kterém zpochybní vnímání problému. Prostřednictvím tohoto plánu dává terapeut paradoxní instrukce, například pokyn rodině, aby v symptomatickém chování pokračovala. Důraz na aktivitu a zodpovědnost

³⁵ PLAŇAVA I. *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk, 2000.

³⁶ SIMON F.B., STIERLIN H. *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 203-204

³⁷ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

³⁸ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

³⁹ PLAŇAVA I. *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk, 2000.

terapeuta je třeba chápat v kontextu, kdy v rodině existuje jasně definovaný problém a není pochyby o tom, že je potřeba jej vyřešit.⁴⁰

6.5.3 Systemický (systémový)

Systémová terapie je forma rodinné terapie, která je důsledně odvozena od kybernetického chápání rodinných vztahů. Zvláštní technika interview (cirkulární dotazování) umožňuje vytváření, verifikaci, respektive popření dynamických hypotéz (hypotetizování) o interakčních předpokladech a funkcích rodinných problémů, a současně zpochybňuje rodinnou epistemologii.⁴¹ Tím, že se terapeuté chovají neutrálně, udržují vůči rodině metapozici (neutralita).⁴²

Systémová terapie, známá také jako Milánská škola, byla vyvinuta skupinou okolo M. Selvini Palazzoliové a vychází z prací G. Batesona a P. Watzlawicka, které pojednávali o komunikační teorii. V jejich pojetí je na rodinu nahlíženo jako na kybernetický systém, ve kterém jsou propojeny všechny části. Problém, se kterým rodiny přichází, představuje určitou systémovou funkci. Na začátku terapie se vytváří hypotézy o tom, jak a proč rodina přichází právě na tuto terapeutickou instituci, co očekává, jaké má cíle a jak se tyto cíle vztahují k rodinné struktuře a problému. Tyto hypotézy se poté ověřují nebo vyvracejí pomocí dotazování. Terapeuti se snaží získat obraz rodinné epistemologie a tu pak změnit. Při terapii je předpokladem terapeutova neutralita. Cílem je dosáhnout změny druhého řádu v rodinné struktuře a epistemologii. Hlavním terapeutickým úkolem je předat iniciativu, aktivitu a zodpovědnost za změnu zpátky rodině.⁴³

Na rozdíl od strukturální a strategické terapie, kdy se očekává změna v průběhu sezení, je při systemické terapii setkání pouze procesem, který usnadňuje možnost změny. Terapie je kontextem změny. Ta pak nastává spíše mezi setkáními. Proto je žádoucí větší časový odstup mezi setkáními.⁴⁴

⁴⁰ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

⁴¹ Označení filosofické teorie poznání. Zkoumá, jakým způsobem a na základě čeho organismy poznávají, myslí a docházejí k rozhodnutím, která určují chování. Mnozí rodinní terapeuti používají tento pojem k označování samotného předmětu této vědy. Epistemologie se zabývá všemi druhy získávání poznání. Ve vztahu k člověku to znamená, že nezkoumá jenom vývoj myšlenkových struktur, ale také vývoj vnitřní logiky, emocionálních procesů.

⁴² SIMON F.B., STIERLIN H. *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 214

⁴³ SIMON F.B., STIERLIN H. *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995.

⁴⁴ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

7 CÍL RODINNÉ TERAPIE

Při rodinné terapii, která je zásadně zaměřena na rodinu jako celek, nikoli na jednotlivé její příslušníky, se snažíme orientovat ve vztazích a okolnostech, jež vedou k onemocnění některého člena a zpravidla direktivními pokyny se snažíme dynamiku rodinných vztahů změnit tak, aby se rodina stabilizovala jiným způsobem.⁴⁵

Cílem rodinné terapie je napravit vztahy mezi rodiči a dětmi a pomoc jim vytvořit dobré výchovného prostředí, pomoc rodičům jak porozumět dětem, aby věděli, co děti chtějí a co potřebují, jaké volit výchovné prostředky a další. Také pomáhá předcházet selhání dětí ve škole, či ke školnímu úspěchu.

Strategie rodinné terapie vychází z toho, že pokud se má změnit jedinec, tak je třeba změnit prostředí, ve kterém žije. Důležitá je role terapeuta, který musí být neutrální a zaujímat aktivní a respektující postavení. Rodinný terapeut vytváří hypotézy o procesech probíhajících v rodině s problematickým jedincem a tyto hypotézy ověřuje.

Co můžete očekávat od setkání s rodinným terapeutem?

Budete moci otevřeně hovořit o problému, který Vás trápí. Terapeut Vám pomůže pochopit postoje ostatních členů vaší rodiny a naopak. Pomůže pomoci v hledání nových komunikačních prostředků mezi Vámi. Přístup terapeuta vychází vždy z individuálních potřeb rodiny a snaží se plně respektovat Váš způsob života. Nemusíte se obávat jakýchkoliv hodnocení či kritického posuzování Vašeho jednání. Vychází se z přesvědčení, že neexistuje univerzální model, jak by měl život uvnitř Vaší rodiny vypadat. Terapeut je ve vztahu k jednotlivým členům rodiny neutrální, není na ničí straně.

Rodinná terapie nemůže zachránit emočně již rozpadlou rodinu. Nemůže najít viníka problému, ani se o to nesnaží. Terapeut není expertem na Vaši rodinu, pouze používá různé terapeutické techniky a tím řeší Váš problém.⁴⁶

⁴⁵VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 35.

⁴⁶ *Co je to rodinná terapie*. [online]. [cit.2010-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodinna-terapie.kvalitne.cz/psychoterapie.htm>>.

8 INDIKACE (POUŽITÍ) RODINNÉ TERAPIE

8.1 Indikace rodinné terapie

Rodinná terapie je obecně indikována tehdy, když zjevná porucha u některého člena rodiny nebo v některém rodinném vztahu či oblasti soužití je podmíněna celkovou skladbou a způsobem života rodiny, když vyplývá z toho, že rodina důkladně neplní některou ze svých pro své členy životně důležitých funkcí, a když je porucha přijata v životě rodiny jako náhradní způsob zajišťující alespoň nouzově její účelnou funkci.⁴⁷

Mezi události, které jsou symptomy pro indikaci rodinné terapie, např. patří:

- Změny v rodině způsobené vnějšími okolnostmi: válka, ekonomická krize.
- Změny v rodinách rodičů: nemoc prarodičů, finanční problémy.
- Příchod či odchod některých členů z rodiny: společné bydlení s babičkou, svatba některého z dětí, narození nového dítěte, úmrtí.
- Biologické změny: adolescence, menopauza, hospitalizace rodičů.
- Společenské změny: odchod dětí na vysokou školu, stěhování, povýšení v práci.⁴⁸

Rodinná homeostáza bývá v některých obdobích života a vývoje rodiny funkční a v jiných nikoli. Proto mají různé události v různých obdobích odlišný dopad. V každém případě platí, že jestliže je událostí ovlivněn jeden z členů rodiny, jsou jí do jisté míry ovlivněni všichni.⁴⁹

Podmínky pro indikaci pokusu o rodinně zaměřenou terapii určité poruchy zahrnují kromě odůvodněné hypotézy o účelné úloze poruchy v rodinném soužití také předpoklady k terapeutické spolupráci na straně rodiny a na straně potencionálního terapeuta. Patří sem:

- Zralost problému pro terapeutické řešení. Není-li dosud problém dostatečně vystupňován, rodina před obtížemi vyplývajícími z terapeutické konfrontace s vlastní porušeností nebo z časových a pracovních „výloh“ vyžadovaných terapií často raději ustoupí a nespolupracuje.
- Motivovanost členů rodiny k úsilí o změnu ve svém životě. Vedle naléhavosti problému je potřebné i odhodlání jednotlivých členů k jeho řešení osobně přispět a přijmout i terapeutický požadavek změny vlastních postojů a chování.
- Způsobnost členů rodiny (rozumová, vzdělanostní, kulturní apod.) k práci zvolenou metodou. Různé způsoby rodinně terapeutické práce kladou odlišné

⁴⁷ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁴⁸ SATIR V. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007.

⁴⁹ SATIR V. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007.

nároky na schopnosti a „ideologii“ účastníků a smysluplná terapeutická součinnost vyžaduje, aby v tom byl zásadní soulad.

- Časové a prostorové nároky realizace terapie. Různé postupy a různé problémy vyžadují mnohdy rozdílné praktické uspořádání místa, vybavení, doby setkání apod., které je třeba zajistit.
- Způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou, popřípadě s právě indikovanou metodou. I terapeuti mají svá osobní omezení daná osobnostním založením, odborným vzděláním a jejich vlastními problémy.⁵⁰

8.2 Kontraindikace rodinné terapie⁵¹

Kontraindikace rodinné terapie jakožto hlavní či jediné metody léčby jsou relativní v závislosti na konkrétních okolnostech. Někdy přitom jde o zásadní překážku v práci, někdy je lze vhodným opatřením překonat. Mezi nejčastější překážky patří:

- Vzájemná nedosažitelnost členů rodiny a vhodného terapeuta v takové míře, že to brání soustavné terapeutické práci.
- Nezpůsobilost rodiny k požadované komunikaci a spolupráci – například lhaní jako „životní styl“ rodiny, nepřekonatelné předsudky v rodině proti zasahování zvenčí, citový rozpad rodiny.
- Typ poruchy vyžadující svou povahou jiný typ léčby, která zároveň rodinné terapii brání – například akutní psychotická ataka či primárně organické onemocnění.
- Odhalení společensky destruktivního tajemství v rodině nebo nemožnost nahradit současnou „patologickou rovnováhu“ v rodině po jejím zrušení příznivější funkcí.
- Nevýznamnost předloženého rodinného problému (např. z minulosti) pro současné chování a vzájemné prožívání uvnitř rodiny.

⁵⁰ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵¹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

9 PRŮBĚH A VEDENÍ RODINNÉ TERAPIE

Rodinná terapie bývá krátkodobého rázu. Může se skládat z jednorázové intervence v 1-5 setkáních, až po pravidelnou terapeutickou spolupráci, která trvá zpravidla 1-2 roky. Schůzky s terapeutem bývají obvykle jednou za 1-2 týdny, v případě potřeby i vícekrát týdně. Při terapeutických sezeních s rodinou terapeut do rodiny zasahuje zpravidla více aktivněji, někdy ho až „režíruje“.⁵²

9.1 Zahájení rodinné terapie

Podnět k rodinné terapii dávají spíše odborníci, kteří již s některým z členů rodiny spolupracovali, bývá to například lékař, pediatr, psycholog, sociální pracovníce a mnoho dalších. Jen ve výjimečných případech o pomoc pro rodinu zažádá sám pacient. Hlavním úkolem zahájení rodinné terapie je navrhnout a prosadit tuto pomoc, která bývá odlišná od toho, co ostatní členové rodiny od léčby očekávají.⁵³

Při prvním kontaktu se terapeut soustředí na čtyři věci:

- a) Zjišťuje, kteří lidé tvoří rodinu.
- b) Zjišťuje věk jednotlivých příslušníků rodiny.
- c) Jeho snahou je, aby do terapie zapojil všechny členy rodiny, zvláště pak, aby se terapie zúčastnili oba manželé.
- d) Terapeut zpočátku jedná s manželi jako s rodiči dítěte než jako s partnery a manželi. Tím zaujímá jejich stanovisko a soustředí se na problém dítěte, který lze definovat takto: „Toto je důvod, proč jsme se rozhodli pro návštěvu odborníka.“

Terapeut klade otázky, kterými zjišťuje, co rodina od terapie očekává. Například: „Co vás sem přivedlo? „Co čekáte, že se stane?“ „Co byste rádi vyřešili?“

Dalším terapeutickým krokem je vysvětlit, co rodinná terapie znamená. Terapeut klade otázky, které se týkají symptomů a jejich významu. Například: „V čem je podle vás problém? „Každý, kdo má nějaký problém, cítí bolest. Můžete mi říct, kde to bolí?“ „Jaké „bolístky“ má vaše rodina?“

Tyto a další otázky ukazují, že rodina má „bolístku“ jako celá rodina. A tím se pozornost přesouvá z identifikovaného pacienta na celou rodinu. Nyní má každý z členů rodiny příležitost sám za sebe označit a pojmenovat problém.⁵⁴

Aby se mohlo pracovat se všemi členy rodiny, je třeba je k tomu nějakým způsobem motivovat. Odpor k takové spolupráci vyplývá ze zdánlivě zbytečných nároků na jejich čas a

⁵² LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵³ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵⁴ SATIR V. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007.

práci, cítí se zdraví a léčení nepotřebují. Také neochotu spolupracovat vyvolává předsudek, že pokud potřebuje jejich rodina terapii, znamená to, že sami mají na onemocnění nebo problémech vinu. Proto přesvědčit je, aby spolupracovali, znamená ujistit je, že skutečně dělají pro svého pacienta všechno, co mohou, a že terapeut sám bez jejich pomoci by těžko pomohl. Někdy je zapotřebí vysvětlit rodině podstatu rodinné terapie s důrazem na problémy a utrpení, které porucha přináší celé rodině, a na to, že možnost nápravy spočívá ve spolupráci rodiny s terapeutem. V případě otevřeného kontaktu v rodině, i tak někteří členové rodiny odmítají na terapii přijít. Pokud se je nepodaří přimět ke spolupráci, musí terapeut pracovat bez jejich účasti.⁵⁵

Podle toho kolik členů rodiny je ochotno spolupracovat bude terapeut volit formu terapie. Není vhodné na počátku terapie získat od rodiny závazek, že ji chtějí absolvovat. Bývá účelné dohodnout se na omezeném počtu (zpravidla 3-5) setkání, a poté se domluvit na pokračování, nebo navrhnout jinou formu pomoci.⁵⁶

Důležitým úkolem v začátcích terapie je zvolit si cíle v oblasti rodinného soužití, kterých chce rodina s terapeutem dosáhnout, a také se dohodnout na organizaci setkání a na dalších podmínkách spolupráce. Hlavním úkolem je, aby si rodina od začátku terapie uvědomovala svou zodpovědnost za rozhodnutí při setkáních, za volbu jejích cílů, za uskutečňování jejího plánu a za dosahované výsledky.⁵⁷

Při prvním setkání se musí terapeut s rodinou domluvit na pokračování terapie. Také může dojít k tomu, že v terapii pokračovat nebudou a to v případě, že jedno setkání splnilo účel nebo že nedospěli k ničemu, na čem by mohli společně pracovat. Dohoda o další spolupráci může obsahovat počet potřebných sezení, intervaly, stanovený cíl.⁵⁸

9.2 Řešení rodinných konfliktů⁵⁹

Při uspokojování potřeb rodiny dochází k jejímu selhávání a to bývá provázeno konflikty. Některé problémy jsou účastníkům od začátku terapie zřejmé, jiné skryté nebo si je rodina ani neuvědomuje. Projevem takového konfliktu jsou poruchové příznaky identifikovaného pacienta, které mají zabránit tomu, aby byl konflikt odvrácen. Pokud sám pacient nebo některý z členů jeho rodiny žádá pomoc zvenčí, znamená to, že i tyto projevy začínají být nedostatečné. Podstatným úkolem rodinné terapie v tomto ohledu bývá:

⁵⁵ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵⁶ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵⁷ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

⁵⁸ GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003.

⁵⁹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

- a) Poukázat na skrytý konflikt a objasnit jeho příčiny.
- b) Přimět rodinu k tomu, aby tento konflikt uznala, přijala a přispěla k jeho řešení svým úsilím.
- c) Poskytnout členům rodiny potřebnou podporu a vedení, aby byly schopni spolu vzájemně konfrontovat své požadavky, zklamání a zranění a aby se naučily znát své osobní a interpersonální dovednosti, které jim pomohou nalézt řešení.
- d) Naučit rodinu používat terapeuticky navozené postoje a způsoby řešení konfliktu v terapeutických setkáních a v běžných životních situacích.
- e) Naučit rodinu vyhledávat a užívat vhodné postupy řešení problému, aby v tom do budoucna přestala být závislá na vedení terapeuta.

9.3 Změny v životě rodiny⁶⁰

Pokud chce rodina znovu obnovit rodinné soužití, je zapotřebí, aby změnila svou strukturu a dynamiku. Taková změna umožní lépe zvládat vznikající konflikty a předcházet tomu, aby rodina opět selhávala. Terapeutickým cílem bývají nejčastěji následující žádoucí změny:

- a) Změna v rozdělení rolí, moci a pozic v rodině. Příčinou problémů bývá, když je některá z těchto funkcí nepřiměřeně odsouzena (např. spojenectvím matky a dítěte, odsunutím jednoho z rodičů do dětské pozice) nebo nepřiměřeně vykonávána (z nedostatku či nadbytku sebeprosazování, z nedostatku schopností či příležitostí apod.).
- b) Změna v uplatňování určitých pravidel a hodnot v rodinném soužití. Příčinou problémů může být prosazování nesprávných představ o tom, jak má rodina žít. Tyto představy bývají označovány jako tzv. rodinné mýty, což jsou nesmyslně uplatňovaná pravidla a hodnoty jako „samozřejmé“ normy rodinného života (např. zásadní nutnost naprosté shody v názorech, nutnost trávit veškerý volný čas společně, požadavek naprosté upřímnosti a svěřování bez jakýchkoliv okolků). Tyto mýty vedou k selháním a rozporům, a jsou příčinou zklamání, vzájemného obviňování, uplatňování nereálných nároků na sebe a na druhé, vyvolávají zbytečné pocity viny a neúčelné trestání.
- c) Změna v užívání nepřiměřených způsobů vzájemného styku. Mezi tyto způsoby může patřit nejasné nebo rozporné vyjadřování citů a přání, destruktivní způsoby sebeprosazování místo spolupráce a další.

⁶⁰ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

Tyto okolnosti, které problém v rodině vyvolávají nebo brání jeho řešení, jsou brány terapeutem v patrnost při výběru strategie a při používání terapeutické techniky.

9.4 Ukončení terapie⁶¹

V průběhu terapie vzniká mezi rodinou a terapeutem určitá závislost. Tato závislost je pro rodinu potřebná jako opora v uskutečňování změn v dosavadním způsobu života. Pokud jsou současné problémy vyřešeny a členové rodiny umějí používat nové postoje a dovednosti ke zvládnání problémových situací, je opětné zrušení tohoto vztahu závislosti nutné.

Doba ukončení pravidelné terapeutické spolupráce je volena přiměřeně dosaženým výsledkům. Předčasné ukončení, může vést k opětovnému ustavení dřívějších patogenních vztahů a k užívání dřívějších patogenních vzorců chování. Naopak protahování terapie může být známkou toho, že rodina přijala terapeuta a jeho pomoc za svého člena, do svého nového nouzového způsobu života. Proto je důležité od počátku terapie upozorňovat na to, že terapie jednou skončí. Také v průběhu sezení je vhodné rodinu upozorňovat na ukončení (např. sdělením počtu setkání, který terapeut ještě pokládá za potřebný), aby rodina nebyla překvapena případným ukončením terapie. Je třeba, aby se terapeut se členy rodiny dohodl, kdy a jak bude ukončení terapie probíhat.

V závěrečné fázi terapie se doporučuje prodlužovat intervaly mezi terapeutickými setkáními. V těchto intervalech si může rodina i terapeut ověřit, zda se změny dosažené terapií osvědčí či nikoliv. Pokud se objeví obavy z ukončení terapie, je vhodné informovat rodinu, v případě potřeby, o možnosti požádat opět o pomoc.

V případě neúspěšné terapie je úkolem terapeuta, aby při zjevné beznadějnosti další spolupráce terapii včas a vhodným způsobem ukončil. Zároveň by měl terapeut rodině navrhnout některé jiné alternativy, jak dále postupovat, např. doporučit jinou instituci nebo jiný způsob terapeutické pomoci.

⁶¹ LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

10 Rodinná terapie ve středisku výchovné péče Spirála v Českém Krumlově

10.1 První kontakt

Na SVP se mohou obrátit celé rodiny nebo jen někteří členové rodiny v případě, že se ocitly ve složitých životních situacích (rozvod, úmrtí v rodině), jejich děti mají problém s navazováním kontaktů s vrstevníky, jednotliví členové rodiny mají osobnostní a vztahové problémy, hledají vlastní identitu, žebříček hodnot. Dále rodiny, jejichž děti experimentují s drogou nebo dítě v rodině vykazuje známky rizikového chování (absence ve škole, krádeže, agresivní chování k osobám mimo rodinu nebo i členům rodiny, apod.). Rodiny, které mají potíže při výchově dětí nebo jsou v rodině interpersonální problémy, s nimiž si rodina neumí poradit sama.

Klienti přicházejí do střediska na základě telefonického nebo osobního objednání. Mohou přijít na doporučení (např. OSPOD, soudu, školy) nebo přicházejí z vlastní iniciativy.

Na první konzultaci s rodinou doporučujeme účast všech členů rodiny, protože problém se týká celé rodiny. Konzultaci vede terapeut, v tomto SVP je to jeden muž nebo jedna žena. Setkání se konají v předem dohodnutých termínech, nejčastěji v intervalu jednou za tři až čtyři týdny, nebo v případě potřeby i jinak.

10.2 Průběh sezení rodinné terapie

10.2.1 Příprava sezení

Začíná už před vstupem klienta do zařízení. Terapeut si připraví potřebné materiály (žádost o vedení klienty, informace, které získal například od soudu, psací potřeby a záznamový arch). Po příchodu klienta se ho ujme terapeut, který s ním bude jednat. Představí se mu a uvede ho do místnosti, kde bude terapie probíhat.

10.2.2 Úvodní fáze konzultace

Terapeut informuje klienta o délce sezení. Každá konzultace s rodinou trvá 60 minut. V případě potřeby a možností terapeuta i delší dobu. Terapeut může informovat rodinu o tom, že se bude některé informace zapisovat v průběhu sezení. Ujistí rodinu, že mohou říkat, jen to co chtějí a že bude zachována mlčenlivost o získaných faktech.

10.2.3 Práce s rodinou

Započetí rozhovoru – popis a základní orientace v situaci, co se stalo, co se děje, aktuální obtíže, co je přivedlo až sem. Nejprve si terapeut povídá s celou rodinou, rodiče popíší problém a poté terapeut požádá rodiče, aby ho nechaly s dítětem o samotě. Rodiče jsou požádáni, aby vyplnily žádost o vedení klienta v čekárně, zatím co bude terapeut s dítětem konzultovat problém, jeho příčina, následky a řešení.

10.2.4 Dojednání

Terapeut opět pozve rodiče ke společnému sezení a oznámí jim, na čem se s dítětem domluvil. Rodiče toto rozhodnutí přijmou nebo ho mohou ještě dále konzultovat a dojít k jinému řešení, které bude vyhovovat oběma stranám.

10.2.5 Závěr rozhovoru

Na závěr každého sezení terapeut nabídne rodině možnost dalšího setkání a případně se domluví na dalším termínu. Terapeut se rozloučí a v případě potřeby poskytne rodině různé materiály či kontakty.

10.3 Pravidla poskytování služeb v rámci rodinné terapie

Pokud se rodina nemůže z jakéhokoli důvodu domluvené konzultace zúčastnit, je potřebné, aby včas omluvila svoji nepřítomnost. Totéž se vztahuje i na terapeuty. Proto je důležité, aby rodina sdělila terapeutům aktuální telefonický kontakt.

Pokud po neomluvené nepřítomnosti rodina nekontaktuje pracovníky střediska do 14 dnů, považuje se spolupráce za ukončenou bez udání důvodu. Pokud bude mít rodina zájem v budoucnu o navázání kontaktu, může tak učinit tím, že se telefonicky objedná na konzultaci a vyjedná si s terapeuty novou zakázku.

Rodinná terapie přistupuje ke každému členu rodiny tak, že na něj pohlíží jako na součást rodinného systému, a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny.

10.4 Spolupráce s dalšími zařízeními sítě sociálních služeb

V průběhu spolupráce s rodinou se může objevit nutnost jednomu nebo více členům rodiny nabídnout společně s rodinnou terapií ještě jiný typ péče, např. potřeba psychiatrické péče, léčebného zařízení pro uživatele drog a podobně. V těchto případech středisko poskytne potřebné informace, včetně telefonního čísla.

V případě, že do spolupráce s rodinou vstupuje třetí strana (např. kurátor pro mládež), jsou stanoveny jasné podmínky spolupráce, se kterými je rodina seznámena na počátku spolupráce. Rozhodnutí, zda rodina na stanovené podmínky přistoupí, je na ní samotné, resp. v případě nezletilosti dítěte na zákonných zástupcích dítěte.

Z jednotlivých konzultací jsou pořizovány pravidelně podrobné písemné záznamy, odborná dokumentace průběhu rodinného poradenství, rodinné terapie. Každý klient/rodina má vedenu svoji složku, tzv. kartu klienta/rodiny, která je zabezpečena ve zdravotnické, uzamykatelné kartotéce, k níž mají přístup pouze pracovníci střediska k tomu pověřeni. Objekt je chráněn elektronickým zabezpečením.

11 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ

11.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu v rámci rodinné terapie ve středisku výchovné péče Spirála (SVP) v Českém Krumlově je zjistit, na čí podnět se klienti dostávají do SVP, zda má vliv to, že jsou děti z neúplných rodin, na to zda se stanou klienty SVP. Dále budu zjišťovat kdo je iniciátorem spolupráce se SVP, zda matka či otec, a zda nejčastějším důvodem k ukončení terapie bývá to, že se klientovo chování zlepší a tím se zmírní rodinný problém.

11.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Pro výzkum byly stanoveny 4 hypotézy, které korespondují s cílem výzkumu.

HYPOTÉZA č. 1: Domnívám se, že do SVP se nejčastěji dostávají rodiny na podnět školy.

HYPOTÉZA č. 2: Domnívám se, že klienty SVP se nejčastěji stávají děti z neúplných rodin.

HYPOTÉZA č. 3: Domnívám se, že hlavním iniciátorem spolupráce rodiny se SVP je matka.

HYPOTÉZA č. 4: Domnívám se, že rodinná terapie bývá nejčastěji ukončena na základě zmírnění rodinného problému.

12 METODY VÝZKUMU

Při výzkumu byla jako nejvhodnější metoda sběru dat zvolena metoda případové studie. Kazuistiky vycházejí z odborného vyšetření rodinnými terapeuty SVP. Dále jsem použila metodu rozhovoru s terapeuty, kdy jsem se ptala na jejich osobní zkušenosti z praxe. Hlavním důvodem bylo to, že jsem na základě jejich zkušeností své hypotézy potvrzovala nebo vyvracela.

12.1 Případová studie (kazuistika)

Případová studie podle Švaříčka R., Šedřové K. a kol.⁶² patří k hlavním výzkumným postupům.

Základem případového šetření je sběr dat vztahujících se k objektu výzkumu. Případ jako předmět výzkumu případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi. Termínem integrovaný systém rozumíme náhled badatele. Zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálném kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu. Pro získání údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat.

Jádrem případové studie je samostatný případ. Tím může být osoba, proces, událost nebo instituce. Cílem je posoudit a popsat interakce mezi případem a okolím. K tomu je důležité získat co největší množství údajů z řady zdrojů. Badatel by měl využít všechny dostupné metody sběru dat. To vyžaduje co nejvíce času, aby dokázala naplnit svůj účel.

Prvním krokem při psaní případové studie je určení výzkumného tématu a definování otázek výzkumu. Výzkumník by měl vytyčit oblast zájmů, vyhledávat problematiku jevu, událost a podobně. Další krok je výběr zkoumaného případu. Součástí je konkrétní vymezení metod sběru dat. Poslední etapou je vytvoření výzkumné zprávy o případové studii, kde by měl být přiblížen zkoumaný problém, výzkumný postup, zdůvodnění výběru případu a také vyložena příběh nápadu.

12.2 Rozhovor

Rozhovor je nestandardizované dotazování jednoho účastníka rozhovoru většinou jedním tazatelem pomocí několika otevřených otázek. Účelem je získat popsání světa dotazovaného s ohledem na vyjádření významu zjištěných jevů. Rozhovorem jsou zkoumány členové určitého prostředí nebo sociální skupiny, s cílem zjistit jak chápou události členové a chápat je stejně. Díky otevřeným otázkám může badatel rozumět pohledu jiných lidí.⁶³

⁶² ŠVAŘÍČEK R., ŠEĎOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.

⁶³ ŠVAŘÍČEK R., ŠEĎOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.

13 POPIS TERÉNU A VÝZKUMNÉHO VZORKU

13.1 Výzkumný terén

Svůj výzkum jsem prováděla ve Středisku výchovné péče Spirála v Českém Krumlově. Toto středisko zajišťuje psychologickou diagnostiku osobnosti, speciálně pedagogickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje, sociální diagnostiku podmíněnosti příčin poruch chování a sociálního vývoje.

Středisko zajišťuje výchovně vzdělávací činnost zaměřenou na předcházení poruchám chování nebo jejich nápravu a sociálně rehabilitační činnost. SVP vede klienta formou individuální, skupinové a rodinné terapeutické činnosti, vypracovává a uskutečňuje speciálně pedagogické a terapeutické programy pro potřeby klientů a skupin klientů a třídních kolektivů.

SVP zajišťuje poradenskou intervenci, včetně telefonické intervence a psychologickou podporu klienta, jenž je v obtížné životní situaci, kterou není schopen sám vyřešit. Dále zajišťuje poradenskou činnost zaměřenou na předcházení vzniku sociálně patologických jevů, na řešení problémů vzniklých v důsledku poruch chování klienta a nežádoucích vlivů a na podporu při začleňování klienta do společnosti. Středisko poskytuje informace zaměřené na vhodnou volbu a zvládnutí profesní přípravy a podporuje klienta při snaze získat kvalifikaci potřebnou k lepšímu uplatnění na trhu práce.

13.2 Výzkumný vzorek

V rámci své bakalářské práce jsem si zvolila 4 případové studie, které jsou reprezentativním vzorkem klientů SVP. Výsledky a závěry se v žádném případě nevztahují na všeobecný vzorek klientů. Klienty SVP jsou děti, které mají výchovné, školní nebo rodinné problémy. Tito klienti v SVP navštěvují rodinnou terapii jako jednu z možností nápravy.

14 KAZUISTIKY

14.1 Kazuistika č. 1

Současný věk klienta: 20 let

Věk při příchodu do SVP: 15 let

Pohlaví: muž

Důvody vyhledání SVP: zhoršení chování i školního prospěchu, problémy ve zvládnání stresových situací, potíže v sociální komunikaci, nízké sebevědomí.

Osobní anamnéza:

Jedná se o chlapce, kterého porodila 16-ti letá dívka, která ho po porodu odložila do kojeneckého ústavu. Ve dvou letech byl společně s biologickým bratrem adoptován. S biologickými rodiči není v kontaktu vůbec. Adoptivní rodiče spolu nebydlí, rozvedli se v roce 1996. Syn žije u matky ve společné domácnosti s bratrem a matčíným novým partnerem. Otec má novou rodinu, se synem se stýká nepravidelně, ale vždy bez problémů. U chlapce byly diagnostikovány poruchy chování a učení na podkladě hyperkinetického syndromu ADHD, poruchy pozornosti, oslabení percepčně motorických funkcí. Chlapci byla ve škole doporučena integrace, spolupráce se speciálním pedagogem. Byl a stále je v péči psychologa a psychiatra. Středisko výchovné péče navštěvoval v rámci rodinné a skupinové terapie. Několikrát byl hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně.

Rodinná anamnéza:

Adoptivní matka: Absolvovala vysokou školu, kde získala titul PhDr. Nyní pracuje jako vedoucí informačního centra. V současné době žije s oběma syny a novým partnerem, se kterým nemá žádné děti.

Adoptivní otec: Je vyučen automechanikem a nyní pracuje jako řidič TIR. Znovu se oženil a narodila se mu dcera. S adoptivními syny se stýká nepravidelně.

Zdravotní anamnéza:

Chlapec se narodil nezletilé matce, která ho po porodu odložila do kojeneckého ústavu. Asi ve dvou letech byl adoptován. V dětství chodil na logopedii, dále má problémy se zrakem, nosí brýle. Chlapec také trpí tiky, které jsou občas mírnější, jindy četnější. Má alergii na roztoče a bytový prach. V pubertě se jeho chování radikálně změnilo. Začal být odtažitý, nespolečenský, měl strach z komunikace s ostatními, strach z děvčat. Je snadno zmanipulovatelný, nechá se přinutit k věcem, které by sám neudělal. V zátěžových situacích

se chovat neadekvátně. Začal mít záchvaty vzteku, strachu, deprese. Byla mu diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti a porucha přizpůsobení. Je medikován. Musí být neustále pod dohledem psychiatra.

Sociální anamnéza:

Chlapec byl ve 20 měsících adoptován, jeho vývoj byl na úrovni 15 měsíčního dítěte. Chodit začal v 18 měsících a měl pouze začátky řeči. Do mateřské školy nastoupil ve věku 4 let, kde se moc neprosazoval a nezapojoval do kolektivu. Do základní školy nastoupil o rok později, protože měl odklad školní docházky pro celkovou nezralost ve všech psychických oblastech – rozumové, emoční i sociální. Byl doporučen na psychologické vyšetření, kde mu diagnostikovali poruchu ADHD, poruchu pozornosti s hyperaktivitou a SPU (dysgrafie, dysortografie, dyslexie). Byla mu doporučena integrace a spolupráce se speciálním pedagogem, zohlednění klasifikace zejm. v ČJ. Od roku 2005 navštěvoval chlapec se svou matkou rodinnou terapii u psycholožky z důvodu zhoršení psychického stavu (deprese, suicidální tendence). Také navštěvoval v SVP individuální a skupinovou terapii pro zhoršení chování na ZŠ, kde se učil sociálnímu kontaktu s ostatními dětmi, protože je ve škole nejistý, nedokáže se zapojit do kolektivu.

V sociálním kontaktu byl vždy chlapec nepřizpůsobivý, úzkostný, nejistý, emočně labilní, s nedostatkem základní důvěry. V rodině byly vztahy relativně v pořádku. Chlapec měl problémy pouze s otcem, ale po rozvodu se zklidnily. S bratrem měl vždy spíše rivalitní vztah, stále se s ním chce srovnávat. Ve škole vždy toužil po tom, aby byl svými vrstevníky přijímán. Ostatní děti ho často přehlížely a využívaly. Na SOU se stal dokonce obětí šikany, a poté musel ze školy odejít. To ho vedlo k sebevražedným sklónům, své napětí řešil tím, že se řezal nožem. Díky těmto tendencím byl několikrát hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně a na psychiatrii v nemocnici. Po zklidnění se vždy vrátil domů. Po ukončení SOU v rámci odpoutání se od rodiny, žil několik týdnů v domě na půl cesty. Nějakou dobu také žil v zařízení STROOM v Dubu u Prachatic, které je určeno pro osoby v nepříznivé sociální nebo zdravotní situaci. Motivuje je a napomáhá jim začlenit se do společnosti a na trh práce.

Vývoj klienta v průběhu RT:

Chlapec přichází do SVP v červnu 2005 ve věku 15-ti let v 8. třídě základní školy. Podnět k návštěvě dala základní škola pro zhoršení chování i prospěchu. Začal se stýkat s partou kluků, která na něj měla negativní vliv. Začal být drzý na učitele. První rozhovor s chlapcem vedl k ujasnění situace a nastolení nových pravidel. Chlapec bude chodit

pravidelně na rodinnou terapii a skupinovou terapii, kde se bude učit lepšímu vztahu a komunikaci s vrstevníky. Poté se skoro půl roku neozvali až zase na začátku 9. třídy, kdy byl přistižen při krádeži. Tvrdil, že je musel dát jednomu chlapci, který ho vydíral a on měl z něho strach. Začal chodit na skupinovou terapii. Jeho chování se celkem zlepšilo. Začal se těšit do nové školy, přihlásil se na SOU, obor zedník. Jenže na učilišti se stal obětí šikany. Několikrát utekl z domova, prý protože se nudil, měl strach, cítil úzkost a beznaděj. Chtěl žít sám bez lidí. Začal se řezat, aby tyto pocity zahnal, měl deprese.

Proto byl rodinným terapeutem poslán na psychiatrické vyšetření, kde mu doporučili hospitalizaci v dětské psychiatrické léčebně. Po návratu z léčebny v lednu 2007 ukončil studium a začal pracovat a hledá novou školu. Stále utíká z domova, přeje si odpoutat se od rodiny. Své problémy začal řešit pitím alkoholu, což se nelíbí matce. Snaha o to, aby přestal. Motivace v nové škole a přítelkyni. Stále má problémy s penězi. Občasné krádeže rodičům, kamarádům, nebo utratí peníze, které jsou určené na konkrétní věc. Rozešel se s přítelkyní, což vyvolalo zhoršení chování i prospěchu ve škole. Opět pije a utíká z domova. Stal se z něj více samotář, nechce komunikovat s děvčaty. To opět vyvolalo sebevražedné tendence.

Protože mu už bylo 18 let, snaží se o osamostatnění, a proto mu bylo nabídnuto bydlení v domě na půl cesty. Přijímá s tím, že přes týden bude tam a o víkendech doma. Postupem času se opět zhoršil ve škole, neplní si povinnosti, vrátili sem mu deprese, při stresových situacích mívá záchvaty paniky a v listopadu 2008 byl opět hospitalizován na psychiatrickém oddělení nemocnice. Byla mu diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti a porucha přizpůsobení. Je medikován. Musí být neustále pod dohledem psychiatra. Po návratu se chování zlepšilo, přestal pít. Ukončil školu, zaevidoval se na úřadě práce a hledá si zaměstnání. V květnu 2009 mu byla nabídnuta možnost ubytování v zařízení STROOM v Dubu u Prachatic, kde bude mít ubytování a možnost práce v chráněných dílnách. Podařilo se mu tam dostat a je tam spokojený. Chování bez komplikací, bez depresí a záchvatů. Proto s ním byla rodinná terapie ukončena a byl předán do péče psychologa v zařízení STROOM.

Na rodinnou terapii s chlapcem vždy přijela matka, někdy matčin přítel, ale nikdy otec. Setkání mělo vždy dvě části. V první části se komunikovalo se všemi členy rodiny a v druhé části pouze s chlapcem.

Další vývoj klienta:

Na začátku roku 2010 byla psycholožka SVP chlapcovou matkou telefonicky informována o tom, že je chlapec opět hospitalizován v psychiatrické léčebně. Opět se mu

vrátily záchvaty paniky, při kterých plakal, nespolupracoval a utíkal ze zařízení. Jeho chování je regresivní. Do zařízení STROOM se již nebude moct vrátit. Má možnost zažádat si o invalidní důchod a měl by se snažit zapojit se do pracovního procesu. Vzhledem k tomu, že trpí poruchou osobnosti, musí být neustále pod dohledem psychiatra.

14.2 Kazuistika č. 2

Současný věk klienta: 18 let

Věk při příchodu do SVP: 7 let

Pohlaví: muž

Důvody vyhledání SVP: výchovné a školní problémy, nesoustředěnost, neklid, surovost, agresivita, neumí se zapojit do kolektivu. Trpí osobnostními i psychickými problémy.

Osobní anamnéza:

Jedná se o chlapce, který pochází z neúplné rodiny. Matka s otcem se rozvedly, když synovi byly dva roky. Poté zase nějaký čas žili společně a narodil se jim druhý syn. Nyní otec žije s přítelkyní a se syny se schází nepravidelně, protože z pracovních důvodů bývá často mimo republiku. U chlapce byly diagnostikovány poruchy chování a učení na podkladě hyperkinetického syndromu ADHD, emoční a sociální nezralost, jako důsledek podnětové i citové subdeprivace. Již byl medikován pro zklidnění. Středisko výchovné péče navštěvoval v rámci rodinné a skupinové terapie. Také byl dva měsíce umístěn na diagnostickém pobytu v SVP České Budějovice.

Rodinná anamnéza:

Matka: Po rozchodu s otcem žila dlouhou dobu sama. Bála se navázat nový vztah. V současné době má přítele z Německa a je s ním spokojená. Syn byl v dětství na ni silně citově vázán. Matka však synovi neposkytovala přirozenou autoritu, její výchova nebyla nedůsledná, byla podnětově i citově chudá.

Otec: Pracuje jako řidič TIR, a často tak jezdí do zahraničí. Se syny se stýká hodně nepravidelně. Jeho zájem je proječován spíše materiální formou. Otec syny občas bere sebou na cesty.

Bratr: Je mladší o 5 let a chlapec na něj žárlí. V současné době studuje gymnázium a stále žije s matkou a bratrem ve společné domácnosti.

Zdravotní anamnéza:

Chlapec se narodil v prvním těhotenství matky. Bylo to neplánované těhotenství a bylo rizikové. Matce hrozil předčasný porod, proto byla od 5. měsíce těhotenství hospitalizována v nemocnici. Porod proběhl bez komplikací. Pro zklidnění poruchového chování byl několikrát medikován, pokud se chování zlepšilo, léky se vysadily. Poté opět nasadily.

Sociální anamnéza:

Chlapec se narodil z prvního těhotenství matky, které bylo rizikové, a proto musela být matka od 5. měsíce v nemocnici. Do mateřské školy nastoupil ve 4 letech, do základní školy bez odkladu. Od začátku školní docházky byl nepřizpůsobivý, útočil na spolužáky, byl agresivní. Měl spoustu školních přestupků, několikrát dostal dvojku z chování. V první třídě bylo zdravotní oslabení chlapce takového stupně, že jej opravňovalo k zařazení do specializované třídy pro poruchy chování. Integrace ovšem nikdy neproběhla.

Rodiče se rozvedli, když byly chlapci 2 roky, kvůli otcově závislosti na alkoholu. Otec byl rodině stále nablízku. Několikrát žili společně, pak zase odděleně. Intervaly byly někdy kratší, jindy delší. Chlapec vždy trávil otcovým nezájmem. Trpěl, že s ním netráví čas. Otec trávil často čas v zahraničí a syny nejevil zájem. Několik měsíců neplatil výživné. S bratrem měl vždy spíše rivalitní vztah, žárlil na něj.

V sociálním kontaktu byl chlapec z počátku nepřizpůsobivý, familiární, spontánní se sníženou sebekontrolou. Pozornost nestálá, rychle unavitelná. Ve vztahu k autoritě nezvnitřněný respekt, tendence k prosazování se, upozorňování na sebe a ovládání dospělého. V oblasti rodinných vztahů silně citově vázán na matku, která však neposkytovala přirozenou autoritu a dostatek pozitivní akceptace (nedůsledná, podnětově i citově slabá výchova). Postupem času byl chlapec vstřícnější, ochotný ke spolupráci. Pozornost však nestálá, vázaná vedlejšími podněty, rychle unavitelná. S časem se horší pracovní výkonnost, narůstají chyby z nepozornosti. V chování trvale psychomotorický neklid.

Od roku 2000 navštěvoval chlapec se svou matkou rodinnou terapii u psychologičky z důvodu poruch chování a učení. Byla mu diagnostikována neuropsychická labilita.

Vývoj klienta v průběhu RT:

Chlapec přichází do SVP v říjnu 1998 ve věku 7 let. V této době navštěvoval 1. třídu základní školy. Podnět k návštěvě dala sama matka, protože měla pocit, že výchovu syna již nezvládá a proto žádá o radu. Syna nepouští ani ven, protože pokaždé něco vyvede. Syn je

roztěkaný, nesoustředěný, agresivní. Bylo jí nabídnuto psychologické vyšetření syna. Tam bylo zjištěno, že chlapec trpí poruchy chování, které jsou důsledkem podnětové a citové subdeprivace, ADHD, neuropsychická labilita. Byla mu doporučena pravidelné návštěvy SVP v rámci rodinné a skupinové terapie, kde se bude učit lepšímu vztahu a komunikaci s vrstevníky. Matce bylo doporučeno, aby při výchově syna respektovala zásady výchovy a výuky dětí s ADHD a aby byla ve výchově pevná a důsledná. Také jí bylo doporučeno, aby syna pouštěla ven a podporovala jeho vrstevnické a kamarádské vztahy. Chlapec bral léky na zklidnění, které mu předepsala dětská psychiatrická. Po půl roce terapie došlo u chlapce k patrnému zlepšení prospěchu i chování. Jeho agresivita se zmírnila, již tolik neohrožoval okolí, zlepšil vztahy s vrstevníky a našel si kamarády. Byla ukončena skupinová terapie, protože chlapec neměl dostatek času.

Na konci první třídy se chlapcovo chování opět zhoršilo, hlavně ve škole. Neustále vyrušoval, předváděl se, nerespektoval autority. Na vysvědčení měl důtku za chování. V druhé třídě došlo k výraznému zlepšení, díky nové třídní učitelce. Domlouvá se s matkou na výchovném vedení, pomáhá chlapci s učením. Největší problém v rodině se vyskytl s otcem. Přišel o zaměstnání, neplatil alimenty a o syny nejevil zájem. Což trápilo matku i chlapce. O prázdninách byly chlapci vysazeny léky. Ve třetí třídě opět dochází ke změně učitele a zhoršení chování. Chlapec se ve škole pere, bije děti, je nepozorný. V lednu 2001 bylo provedeno nové psychologické vyšetření. Bylo zjištěno, že nastalo zlepšení v oblasti sebekontroly, volných vlastností i motivace k učební práci. Pozitivní posun nastal i v oblasti sociální zralosti. Byly zjištěny rysy SPU dysgrafického a dysortografického charakteru na podkladě hyperkinetického syndromu. Bylo doporučeno opětovné zavedení medikace. V průběhu třetí třídy se ve škole řešilo to, že chlapec je k ostatním dětem hrubý a agresivní. Děti z něj měli strach. Situace byla řešena i s matkou, která k tomu neměla moc dobrý přístup a situaci nechtěla řešit.

Ve čtvrté třídě opět zhoršení chování, škrtil spolužáka, a proto bylo doporučeno umístění v diagnostickém ústavu. Matka s tímto pobytem ale nesouhlasila. Když nakonec souhlasila a bylo domluveno umístění v SVP ČB, nakonec nenastoupil, protože matka brečela. Chlapec slíbil, že své chování zlepší. Poruchy chování trvaly, ale nenarůstaly. Byla mu zvýšena medikace. V listopadu 2002 došlo k umístění chlapce na diagnostický pobyt v SVP ČB. Po měsíci byl chlapec propuštěn kvůli špatnému chování. Domluva na tom, že chlapec bude přemedikován a pak bude opět přijat. K opětovnému umístění však nedošlo. Místo toho je nabídnut pobyt v DDÚ. Chlapec dostal silnější léky a chování se zlepšilo. Matka si našla přítele, což mělo na chlapce pozitivní vliv. Je pro něj vzorem a tráví spolu

volný čas. Během 6. třídy se neobjevily žádné větší problémy, došlo k velkému zklidnění chlapce. Proto byla rodinná terapie ukončena.

Na terapii se synem přijela vždy matka. Otec se nikdy nezúčastnil

Další vývoj:

V červnu 2009 se chlapec nečekaně dostavil k psychologce SVP. Nyní žije u otce a studuje SOU malíř-natěrač. Jeho hlavním problémem je, že má afektivní záchvaty. Chtěl by chodit na individuální terapii. Proto byl objednan, ale nedostavil se.

14.3 Kazuistika č. 3

Současný věk klienta: 18,5 let

Věk při příchodu do SVP: 9 let

Pohlaví: muž

Důvody vyhledání SVP: výchovné problémy ve škole, nerespektuje dospělé, je agresivní, ubližuje ostatním dětem

Osobní anamnéza:

Chlapec pochází z úplné rodiny. Rodiče v době příchodu do SVP spolu žili již 12 let. Má ještě starší sestru. Bydlí v rodinném domě, kde má chlapec vlastní pokoj. Pro opakované výchovné problémy ve škole byl vyšetřen psychiatrem, kde bylo zjištěno, že chlapec trpí projevy afektivní lability a agresivity. Byla mu doporučena medikace, kterou z počátku rodiče odmítali. Navštěvoval SVP v rámci individuální, skupinové i rodinné terapie. Také byl 3 měsíce umístěn v DDÚ. V současné době chlapec studuje na SOU obor zedník. Opět má výchovné problémy, proto je nad ním stanovený dohled sociálním odborem.

Do SVP přišel na podnět školy, kdy nu ve škole hrozila trojka z chování, z důvodu bezdůvodného napadání spolužáků a neplnění pokynů pedagogů. Stále častější byly velice hrubé výpady proti dětem, arogance proti pedagogům školy. Domluva ani jednání s rodiči nepomáhaly. Bylo jim doporučeno vyšetření syna, ale odmítali.

Rodinná anamnéza:

Matka: Vyučila se pekařkou a v současné době pracuje jako dělnice. Žije s manželem a oběma dětmi v rodinném domě.

Otec: Je vyučen zedníkem. Nějaký čas v tomto oboru podnikal, a v současné době pracuje jako zedník u jedné stavební firmy.

Sestra: Vyučila se číšnicí a v současné době také jako číšnice pracuje. Stále žije s rodiči a bratrem ve společné domácnosti.

Zdravotní anamnéza:

Chlapec se narodil jako druhé dítě. Bylo to těhotenství plánované, ale rizikové. Matka musela být od 6. měsíce těhotenství v nemocnici na udržování. Porod proběhl bez komplikací. Chlapec prodělal běžná dětská onemocnění, vývoj probíhal v mezích normy. Poruchy chování se projevy již v mateřské škole, kdy hodně zlobil a neposlušal učitelky. Matka uvádí, že chlapec byl od malinka paličatý a umíněný. Ve škole se jeho chování zhoršilo, proto byl poslán na psychiatrické vyšetření. Později bylo zjištěno, že chlapec trpí poruchou pozornosti (ADD), emoční a sociální nezralostí. Byly mu doporučeny léky na zklidnění, které užíval.

Sociální anamnéza:

Již v dětství byl chlapec paličatý a umírněný. Matka si s ním často nevěděla rady. Do mateřské školy nastoupil ve 4 letech, kde také zlobil. Do základní školy nastoupil s ročním odkladem, prý proto, že byl hravý. Již od první třídy s ním byly problémy, objevovalo se u něj agresivní chování. Na děti byl hrubý, zlý, proto neměl moc kamarádů. V rodině byly vztahy relativně v pořádku. Otec ani matka s chlapcem netrávili společný čas. Jejich výchova byla nedůsledná. Za problémové chování jej často fyzicky trestali. Se setrou měl občasné konflikty. Žárlil na ni proto, že byla u babičky oblíbenější.

Při psychologickém vyšetření z roku 2004 bylo zjištěno, že chlapec v sociálním kontaktu zpočátku nejistý, inhibovaný, s odstupem. S časem se adaptoval, přijímal nabízenou spolupráci a ochotně spolupracoval. Projevoval radost z pochvaly, pozitivní akceptace a úspěšného řešení úkolu. Jeho vyjadřování bylo chudé, pracovní tempo pomalé. Pozornost s výkyvy, snadno unavitelná. Při tomto vyšetření bylo zjištěno, že chlapec je emočně i sociálně nezralý, zvýšeně egocentrický, emotivně labilní. Jeho rozumové schopnosti byly podprůměrné.

Po skončení základní školní docházky se přihlásil na SOU, obor zedník, kde v současné době studuje a opět má výchovné problémy. Je nad ním stanoven dohled sociálním odborem pro vysokou absenci, kdy je zřejmé, že některé omluvenky si píše sám. Chová se vulgárně vůči spolužákům i dospělým.

Vývoj klienta v průběhu RT:

Chlapec přichází do SVP v červnu 2000 ve věku 9-ti let ve 2. třídě základní školy. Podnět k návštěvě dal městský úřad, odbor péče o dítě, na základě žádosti základní školy pro poruchy chování. Již od první třídy s ním byly problémy, objevovalo se u něj agresivní chování. V tomto ročníku byly přestupky řešeny domluvou a sděleními rodičům, kteří problém neřešili. Proto byla chlapci udělena důtka ředitele školy za soustavné porušování řádu školní družiny, hrubé jednání s vychovatelkou a ubližování spolužákům. Ve druhém ročníku se situace ještě zhoršila. Bezdůvodně napadal spolužáky, neplnil pokyny pedagogů. Chlapci byla udělena další důtka a rodičům bylo doporučeno nechat syna vyšetřit. Ti však odmítali. Situace se pořád zhoršovala, docházelo k útokům proti dětem, nekázní, útekům ze školní družiny a proto byl ze školní družiny vyloučen. Situace se nelepšila, rodiče neměli zájem ji řešit, škola proto dala podnět Okresnímu úřadu, oddělení péče o děti k prošetření této situace. Chlapec podstoupil psychiatrické vyšetření, kde bylo zjištěno, že trpí projevy afektivní lability a agresivity.

Byla domluvena spolupráce se SVP. Došlo k jednomu setkání a poté se rodina více než rok neozvala. K dalšímu kontaktu došlo v říjnu 2001, kdy došlo k opětovnému porušení školních pravidel. Chlapec neustále ohrožoval spolužáky. Byly domluveny pravidelné návštěvy SVP v rámci individuální, skupinové i rodinné terapie. Chlapec podstoupil speciálně pedagogické vyšetření, kde bylo zjištěno, že trpí dysortografií. V září 2002 opět ředitel základní školy oznamuje, že došlo ke zhoršení chování, že chlapec ubližuje dětem. Rodině byla doporučena návštěva dětského psychiatra a medikace. Toto však rodina odmítá. Prý syn bere nějaký sirup na uklidnění. V březnu 2003 ředitel školy sděluje, že situace se zlepšila, ale že rodina nespolupracuje. Ředitel dále sděluje, že proběhne soud, který určí, zda bude nad chlapcem stanoven dohled. Na začátku školního roku 2003/2004 opět domluva na pravidelné spolupráci s rodinou. Poté zase rok žádná spolupráce s rodinou. Docházka do SVP byla vždy nepravidelná, spolupráce s rodiči nedůsledná (otec se kontaktoval pouze jedenkrát, matka pouze při vyhrocených situacích). V prosinci 2004 přichází chlapec do SVP, že bych chtěl opět chodit na skupinovou terapii. Sděluje, že pravidelně chodí ke kurátorce a též k psychiatrice a bere léky na uklidnění. V lednu 2004 byl vyšetřen psychologkou SVP, kde bylo zjištěno, že chlapec trpí poruchami pozornosti (ADD), emoční a sociální nezralostí. Domluva na tom, že otec bude se synem trávit více volného času. V červnu 2004 sděluje kurátorka, že pokud se chlapcovo chování nezlepší, bude umístěn do DDÚ. 6. třídu chlapec opakuje. Ve školním roce 2004/2005 byla spolupráce spíše jen nárazová.

V říjnu 2005, téměř po roce, přichází matka se synem a sděluje, že chlapec byl 3 měsíce umístěn v DDÚ. Na chlapci jsou patrné změny v povaze i chování. Je klidnější, spolehlivý, pomáhá s domácími pracemi. Ve škole na něj stížnosti nejsou. Matka sama absolvovala víkendová terapeutická setkání, která jí pomohla být více vstřícná a empatická k potřebám syna. V této době nepovažuje terapii za nutnou. V únoru 2006 byla rodinná terapie ukončena.

Na setkání s chlapcem vždy přišla matka. Otec se těchto setkání nezúčastňoval.

Další vývoj:

V červnu 2008 rodina opět kontaktovala SVP, protože jim to bylo nařízeno soudem. Chlapec vykazuje ve škole vysokou absenci, a je zjevné, že některé omluvenky si píše sám. Chová se vulgárně k dospělým i spolužákům.

V současné době navštěvuje chlapec 3. ročník SOU a připravuje se na ukončení studia.

14.4 Kazuistika č. 4

Současný věk klienta: 15 let

Věk při příchodu do SVP: 10 let

Pohlaví: žena

Důvody vyhledání SVP: výchovné problémy ve škole, nezapojuje se do kolektivu, chodí nevhodně oblečená, nechodí na obědy.

Osobní anamnéza:

Dívka pochází z úplné rodiny. Narodila se na Slovensku. Mateřskou školu a 1. třídu základní školy absolvovala tam. Poté se rodina se přestěhovala do České Republiky za práci. Bydlí v rodinném domě, kde má dívka vlastní pokoj. Ve 3. třídě byla vyšetřena v PPP, kde bylo zjištěno, že dívka trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a specifickými poruchami učení v oblasti motoriky a psaní (dyspraxie, dysgrafie). Do SVP chodila v rámci skupinové a rodinné terapie. Spolupráce byla většinou pravidelná, na setkání s dcerou chodila matka i otec. Spíše se střídali, podle toho, kdo jak byl pracovní vytížen. Po přestěhování mimo okres se kontakty s rodinou přerušily.

Rodinná anamnéza:

Matka: Vystudovala vysokou školu. Na Slovensku dlouho nemohla najít zaměstnání, proto se přestěhovali do Čech, ale zde měla práci spíše nárazovou. Většinu času byla v evidenci Úřadu práce. Žije s manželem a oběma dětmi v rodinném domě.

Otec: Vystudoval střední školu. Po přestěhování do Čech pracoval jako montér, poté byl nějaký čas bez zaměstnání. Naposledy pracoval jako dělník v továrně.

Sestra: Po přestěhování do Čech studovala gymnázium. Se sestrou měli většinou bezkonfliktní vztah. Často se o sestru starala, když rodiče byly v práci nebo mimo domov.

Zdravotní anamnéza:

Dívka se narodila jako druhé dítě. Bylo to neplánované těhotenství. Matka měla od 6. měsíce komplikace a došlo k předčasnému porodu. Dívka musela být několik týdnů v inkubátoru, protože měla potíže s dýcháním. Její vývoj byl opožděn. Chodit začala až v 18 měsících, řeč se vyvíjela pomalu. Od 4,5 let byla s matkou doma, protože měla zdravotní problémy. Poruchy chování se projevily ve 3. třídě ZŠ, kdy došlo ke změně třídního učitele. Dle TU byla dívka nesoustředěná, pasivní, nesamostatná, nepořádná, má problémy se sociální adaptabilitou. Proto byla školou poslána na psychologické vyšetření do SVP. Poté bylo speciálně-psychologickým vyšetřením v PPP zjištěno, že dívka trpí ADHD a SPU (dyspraxie a dysgrafie).

Sociální anamnéza:

Těhotenství matky bylo komplikované a po narození musela být dívka v inkubátoru, protože měla problémy s dýcháním. V dětství byla v péči neurologa, protože měla DMO. Do školky nastoupila ve 3 letech, ale od 4,5 let byla zase s matkou doma, protože měla zdravotní problémy. Měla časté alergie, zápal plic. Zápal kostní dřene. Do první třídy dívka nastoupila s ročním odkladem. Až do první třídy žila rodina na Slovensku. 2. třídu základní školy již dívka navštěvovala v České Republice. Změnu vyučovacího jazyka zvládla velmi dobře. Ale začali se u ní objevovat problémy s chováním. V 6. třídě, předtím než se měla rodina stěhovat, požádala maminka o nové vyšetření dcery v PPP, kvůli přestupu dcery na speciální školu.

Vývoj klienta v průběhu RT:

Dívka přichází do SVP v lednu 2005 ve věku 10-ti let ve 3. třídě základní školy. Podnět k návštěvě psychologa dala škola pro poruchy chování, zanedbanost, nepořádnost. Mezi spolužáky není příliš oblíbená, stojí mimo kolektiv, někdy je až hrubá. Psycholožka

zjistila, že dívka je nepořádná, nedbalá, pohodlná. Trpí poruchou řeči (dyslalie) a je emočně rozrušená, což vyjadřuje agresí. Potíže začaly ve 3. třídě, když došlo ke změně třídního učitele. Psycholožka doporučila, aby dívka chodila do SVP na skupinovou terapii, kde se naučí lépe komunikovat a spolupracovat s vrstevníky. Také bylo doporučeno pedagogicko-psychologické vyšetření v PPP. Zde bylo zjištěno, že dívka trpí poruchami pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a specifickými poruchami učení v oblasti motoriky a psaní (dyspraxie, dyslexie). Byla navržena školní integrace. Rodina měla v té době existenční potíže. Matka byla bez zaměstnání. Otec sice pracoval, ale finančních prostředků měli pořád málo. Dívka ve škole nechodila na obědy a chodila v otrhaných šatech a zapáchá, proto také není mezi dětmi oblíbená. SVP kontaktovala odbor péče o dítě, aby prošetřila rodinu a případně informovala o možnosti pobírat sociální dávky. U dívky se začali objevovat občasné krádeže peněz. Kупuje si za to sladkosti. Na začátku 4. třídy přichází na terapii s dcerou otec. Matka si našla zaměstnání, proto nemohla přijít. Probíráme možnosti trávení společného volného času. Dívka je klidnější, poruchy chování se tolik neobjevují. Ve škole mají zaplacené obědy. Děti ve škole se jí štípí, protože chodí špinavá a zapáchá. Doporučeno rodině dbát na větší hygienu. V průběhu 5. třídy se chování dívky opět zhoršilo. Poruchy chování se objevují doma i ve škole. Dívka si neplní své povinnosti, nechce se učit. U dívky jsou patrné příznaky poruchy pozornosti a aktivity. Jednou z příčin je špatná výchova v rodině.

Do 5. třídy dívka přestoupila na jinou základní školu. Zde si dívka našla nové kamarády, je zde spokojená. Chování se ale opět zhoršilo. Při rodinné terapii je dívka drzá na matku i na psycholožku. Matka sděluje, že dcera stále krade peníze, utrácí peníze za autobus, nemá pocit viny. Uvědomuje si své špatné chování, ale nic s tím nedělá. Rodině byla doporučena návštěva dětského psychiatra a případná medikace, kterou dívka začala užívat. Na konci 5. třídy přichází na terapii s dívkou otec. Oznamuje, že matka si našla nové pracovní místo, a je nyní více vytížená. Otec je s tímto stavem nespokojen, a proto v rodině dochází ke konfliktům. Na dívce je vidět, že je na otci více citově vázaná. Otec dále sděluje, že dívka se zklidnila, více poslouchá, pomáhá s domácími pracemi.

V lednu 2008 se na základě návštěvy základní školy SVP dozvídá, že se bude rodina stěhovat. TU sděluje, že dívka má velké problémy s učením, hrozí jí 5 z fyziky. Dívka potřebuje více času na pochopení a upevnění látky, potřebuje mít možnost postupovat při učení „svým způsobem“. Matka je opět bez práce, dochází ke konfliktům mezi otcem a matkou, o domácnost se stará starší sestra. V únoru přichází dcera s matkou a také oznamují, že se budou stěhovat. Matka chce zažádat o přestup dívky na speciální základní školu, a proto

došlo k opětovnému vyšetření v PPP. PPP tento záměr plně podpořila. Pro další rozvoj dívky by bylo z psychologického hlediska vhodné být úspěšnou žákyní speciální základní školy a dobrou možností vyučit se, než zažívat opakované neúspěchy na běžné základní škole.

Další vývoj:

Po přestěhování rodiny byla spolupráce ukončena a další informace o rodině SVP nemá. Myslím si, že pokud dívka nastoupila do speciální základní školy, určitě neměla problémy s jejím vystudováním. V současné době by měla být v 9. třídě a rozhoduje se, co bude dál studovat. Domnívám se, že má možnost vystudovat obor na SOU a poté si najít zaměstnání. Také má předpoklady k tomu, aby si našla vhodného partnera, založila s ním rodinu a žít šťastně.

15 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Z výzkumu, který jsem prováděla ve Středisku výchovné péče Spirála v Českém Krumlově prostřednictvím analýz případových studií a rozhovorů s terapeuty jsem dospěla k těmto závěrům:

HYPOTÉZA č. 1: Domnívám se, že do SVP se nejčastěji dostávají rodiny na podnět školy.

Tato hypotéza nebyla potvrzena ani vyvrácena. V kazuistice č. 1 a 4, je hlavním iniciátorem k návštěvě SVP škola. V kazuistice č. 2 podnět k návštěvě dala sama matka, protože si nevěděla rady s výchovou syna. V kazuistice č. 3 dal podnět k návštěvě odbor sociálně právní ochrany dětí, na základě podnětu základní školy, která OSPOD informovala o chlapcových výchovných problémech.

Terapeuti se domnívají, že klienti nejčastěji do SVP přicházejí z podnětu školy. Škola je místo, kde se děti chovají jinak než v rodině. Navazují nové vztahy, zažívají nové zážitky, získávají nové zkušenosti. Prostřednictvím těchto zážitků se učí novým způsobům jednání, a tím vyjadřují své pocity, dojmy. Škola je první, kdo toto chování a jednání registruje. Pedagogové a vychovatelé vnímají chování dětí jinak než rodiče. Často vidí špatné chování jako neadekvátní, patologické. Což by rodiče mohly vnímat jako normální. Proto pedagogové dávají podnět k návštěvě nějakého odborníka jako je psycholog, psychiatr, nebo k návštěvě zařízení jako pedagogicko-psychologická poradna, středisko výchovné péče a další. Pedagogové mají dostatečné vzdělání, a proto moc dobře vědí, co mají dělat a na koho se obrátit.

Rodina je místo, kde jsou děti vnímány jinak. Rodiče si často nechtějí připustit, že jejich dítě je problémové, a proto patologické jednání dětí přehlížejí, nebo říkají, že je to normální. Proto často dochází k tomu, že pokud je rodina školou vyzvána k nějakému jednání, rodina to často odmítá a nespolupracuje.

HYPOTÉZA č. 2: Domnívám se, že klienty SVP se nejčastěji stávají děti z neúplných rodin.

Tato hypotéza nebyla potvrzena ani vyvrácena. V případě kazuistik č. 1 a 2 klienti pocházeli z neúplné rodiny. Rodiče byli několik let rozvedeni a otec žil od rodiny odděleně. Ale v kazuistikách č. 3 a 4 klienti pocházeli z úplných rodin.

Na základě rozhovorů s terapeuty jsem zjistila, že větší procento klientů, se kterými pracovaly v rámci rodinné terapie, byly z neúplných rodin. Protože jedním z hlavních důvodů,

proč rodina chodí na rodinnou terapii je to, že se rodiče rozvádějí. Děti tím pak trpí, a proto se u nich projevují poruchy chování, které by v klidné rodině nevyvstaly. Děti často trpí tím, že se rodiče hádají, mají mezi sebou spory nebo se dokonce rozvádějí. Proto od tohoto problému chtějí utéci a často svůj nesouhlas vyjadřují právě tím, že zlobí. Chtějí odpoutat rodiče od hádek, aby se více věnovali dítěti, a myslí si, že právě zlobením k tomu dospějí.

HYPOTÉZA č. 3: Domnívám se, že hlavním iniciátorem spolupráce rodiny se SVP je matka.

Tato hypotéza byla potvrzena. Kromě kazuistiky č. 4, kde se otec s matkou na sezeních střídali, podle jejich možností, byla v ostatních kazuistikách hlavním iniciátorem spolupráce se SVP matka. V kazuistice č. 1 a 2 otec vůbec neprojevoval zájem o synovu terapii. Ani jednou se sezení nezúčastnil. V kazuistice č. 1 to bylo možná proto, že otec měl již novou rodinu a v bývalé rodině se vyskytl nový partner. Možná proto přenesl odpovědnost na partnera matky. V kazuistice číslo 2 nezájem otce byl zapříčiněn tím, že otec byl zaměstnán jako řidič a často býval mimo republiku. V kazuistice číslo 3 jsem zjistila, že otec se jednou na setkání dostavil. Ale bylo to v případě, kdy matka nemohla přijít. Přestože chlapec pocházel z úplné rodiny, otec o výchovu syna nejevil zájem. V kazuistice číslo 4 se poukázalo na to, že i otec se může zapojit do terapeutického programu. Určitě by bylo potřebné, aby se zapojoval každý otec. Pokud má dítě nějaký problém, týká se to celé rodiny a ne jen některých členů.

Myslím si, že otcové se často vyhýbají kontaktu s jakoukoliv institucí. Nechávací tato jednání na matkách. Matka je ta, kdo se stará o dítě a proto by se měla postarat i o záležitosti s tím spojené.

Terapeuti mi tuto mou domněnku potvrdili. I oni mají zkušenosti s tím, že většinou na sezení s klientem přijde matka, otec spíše výjimečně. I když v poslední době, se otcové zapojují. Pokud se v rodině vyskytne nějaký problém, měly by se do jeho řešení zapojit všichni členové rodiny. Rodiče jsou v tomto ohledu velice důležití. Otec je zde obzvláště důležitý, protože matky své děti spíše opečovávají a otec tak může mít na problém jiný náhled a může lépe pomoci v jeho řešení. Otcové bývají více racionální než matky.

HYPOTÉZA č. 4: Domnívám se, že rodinná terapie bývá nejčastěji ukončena na základě zmírnění rodinného problému.

Tato hypotéza byla potvrzena. Kromě kazuistiky číslo 4, kdy rodinná terapie byla ukončena na základě přestěhování rodiny, byly v ostatních kazuistikách terapie ukončeny pro zlepšení chování klientů. V kazuistice číslo 1, byly největším klientovým problémem poruchy chování a pozornosti, problémy ve zvládnání stresových situací. Trpěl záchvaty a depresemi. Zlepšení bylo patrné, když byl chlapec delší dobu bez problému s chováním, bez depresí a záchvatů. V kazuistice číslo 2 měl chlapec výchovné a školní problémy, byl nesoustředěný, neklidný, surový a agresivní. Když u chlapce došlo k velkému zklidnění a neměl problémy v chování ani učení, byla s ním rodinná terapie ukončena. V kazuistice číslo 3 měl chlapec výchovné problémy ve škole, nerespektoval dospělé, byl agresivní, ubližoval dětem. Po absolvování diagnostického pobytu v DDÚ, došlo u chlapce k patrným změnám v povaze i chování. Byl klidnější, spolehlivější, pomáhal s domácími pracemi. Ve škole na něj stížnosti nebyly.

Na základě rozhovorů s terapeutky jsem zjistila, že nejčastěji rodinnou terapii ukončují na základě zlepšení rodinné situace. Samozřejmě terapie bývá ukončena i z jiných důvodů, např. nespolečné rodiny se SVP, odstěhování rodiny, umístění klienta do nějakého zařízení, atd.

Shrnutí:

V průběhu výzkumu jsem si stanovila čtyři hypotézy. Dvě z těchto hypotéz se mi zcela potvrdily a další dvě hypotézy byly ve dvou kazuistikách potvrzeny a ve dvou popřeny. Celkově tak mohu říci, že jsem ve výzkumu dospěla k pozitivním výsledkům.

16 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo popsat teoretické poznatky rodinné terapie, které jsem čerpala z odborné literatury a v rámci rodinné terapie ve Středisku výchovné péče Spirála (SVP) v Českém Krumlově zjistit, na čí podnět se klienti dostávají do SVP, zda má vliv to, že jsou děti z neúplných rodin, na to zda se stanou klienty SVP. Dále jsem zjišťovala, kdo je iniciátorem spolupráce se SVP, zda matka či otec, a zda nejčastějším důvodem k ukončení terapie bývá to, že se klientovo chování zlepšilo a tím se zmírní rodinný problém.

V této práci jsem popsala vznik a fungování Střediska výchovné péče Spirála v Českém Krumlově. Dále jsem definovala pojmy rodina, rodinná terapie, jejich hlavní úkoly a funkce. Poté jsem se zaměřila na vznik a vývoj rodinné terapie, její hlavní přístupy a směry, cíle a strategie. Poslední kapitoly praktické části jsou zaměřeny na průběh a vedení rodinné terapie z pohledu odborníků a střediska výchovné péče Spirála.

V praktické části této práce jsem analyzovala 4 případové studie (kazuistiky) klientů SVP Spirála. Z mnoha druhů praktického ověřování jsem si vybrala kazuistiky, které podle mého kompletně mapují vznik, průběh a nápravu poruch chování. Materiály ke kazuistikám mi byly poskytnuty ve SVP v Českém Krumlově. Dále mi bylo umožněno konzultovat tyto kazuistiky s pracovníky ze SVP. Kazuistiky jsou koncipovány jako přehled všech anamnéz, rozhovorů, závěrečných zpráv. Veškeré texty v kazuistikách jsou pro svoji délku a odbornost uvedeny ve zkrácené verzi. Kazuistiky vycházejí z odborného vyšetření rodinnými terapeuty SVP. Dále jsem použila metodu rozhovoru s terapeuty, kdy mi jejich osobní zkušenosti pomohli mé hypotézy potvrdit nebo vyvrátit.

Podařilo se mi nalézt odpovědi na mé hypotézy, které se zabývali tím, na čí podnět se klienti dostávají do SVP, a zda má vliv to, že jsou děti z neúplných rodin, na to zda se stanou klienty SVP. Tyto hypotézy nebyly potvrzeny ani vyvráceny. Z mého analyzování případových studií, se tyto hypotézy nepotvrdily. Ale z pohledu zkušeností rodinných terapeutů potvrzeny byly. Další dvě hypotézy, které se věnovaly tomu, kdo je iniciátorem spolupráce se SVP, jestli matka či otec, a jestli nejčastějším důvodem k ukončení terapie bývá to, že se klientovo chování zlepšilo a tím se zmírní rodinný problém, byly zcela potvrzeny. Jak z pohledu analýz kazuistik, tak i ze zkušeností terapeutů.

Vypracování této práce mi přineslo mnoho nových poznatků a vědomostí. Domnívám se, že moje práce by mohla přiblížit práci s rodinou v rámci rodinné terapie široké veřejnosti. Díky této práci jsem se také naučila pracovat s odbornou literaturou.

17 SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

- GJURIČOVÁ Š., KUBIČKA J. *Rodinná terapie (Systemické a narativní přístupy)*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3.
- KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.
- LANGMEIER J., BALCAR K., ŠPITZ J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
- MATOUŠEK O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
- MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
- PLAŇAVA I. *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-039-2.
- PROCHASKA J.O., NORCROSS J.C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- SATIR V. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-303-1.
- SIMON F.B., STIERLIN H. *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-1-X.
- ŠVAŘÍČEK R., ŠEĐOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

Elektronické zdroje:

www.lirtaps.cz

www.institut-satirove.cz

www.rodinna-terapie.kvalitne.cz/psychoterapie

www.rodinnaterapie.cz

18 VYSVĚTLIVKY

SVP – středisko výchovné péče
OSPOD – odbor sociálně právní ochrany dětí
PPP – pedagogicko-psychologická poradna
MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
DDÚ – dětský diagnostický ústav
SOU – střední odborné učiliště
IVP – individuální výchovný plán
ADHD - porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou
ADD - porucha pozornosti
SPU - specifická porucha učení
Dyslexie - porucha čtení
Dysgrafie – porucha psaní
Dysortografie - porucha pravopisu
Hyperaktivita - neustálý pohyb k neúčelné činnosti
Impulzivita - děláni věcí nahodilým způsobem, když to dítě zrovna napadne
Hyperkinetická porucha - agresivita, rvačka, opoziční chování
Kasuistika - případová studie
Integrace – začlenění dítěte do skupiny
Interakce – vzájemné působení