



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Pevné objetí podle Prekopové v sociální práci

Vypracovala: Radka Procházková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Stejskalová, PhD.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Pevné objetí podle Prekopové v sociální práci“ se věnuje tématu, které je dle mého názoru velice aktuální a zajímavé, pro některé dalo by se říci i trochu kontroverzní. O to zajímavější bylo na této práci pracovat a v praktické části zmapovat, jak na tuto metodu pohlíží sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v pobytových zařízeních, jež poskytují sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji.

První část práce, teoretická, je zaměřena na historický vývoj této metody, ačkoli se jedná o metodu poměrně mladou, vymezení postavení Terapie pevným objetím podle Prekopové (dále jen TPO) v psychoterapii, kde je zařazována mezi alternativní, potenciálně nebezpečné či problematické přístupy v psychoterapii, pojmům, které s TPO úzce souvisejí, jelikož se jedná o terapii, jejíž úkolem je obnova lásky a vazby mezi účastníky terapie, definici, základním cílům, formám a kontraindikacím terapie, tomu, jak je veden výcvik terapeutů a etickému kodexu. Dále je zde popsán současný stav v ČR a vztah této metody k sociální práci. Poslední podkapitola je věnována pobytovým zařízením sociálních služeb tak, jak jsou definována v Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jelikož praktická část této práce je zaměřena na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji.

Pro zpracování praktické části jsem si určila dva dílčí cíle. První dílčí cíl, kterým bylo zjistit, zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v pobytových zařízeních znají TPO. Jako druhý dílčí cíl jsem zjišťovala, zda se TPO využívá při práci s klienty v některém pobytovém zařízení v Jihočeském kraji. Na základě těchto dílčích cílů jsem stanovila 2 hypotézy. První hypotézu: *„Metoda pevného objetí není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.“* A druhou hypotézu: *„Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji nejsou dostatečně informováni o možnosti využití Terapie pevného objetí podle Prekopové.“*

Data pro výzkum jsem získala pomocí kvantitativního výzkumu, který byl realizován dotazníkovým šetřením. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek. 19 uzavřených, 1 polootevřenou a 2 otevřené (viz příloha č. 3). Výběrový soubor tvořili sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby dle Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji. Zařízení jsem si vyhledala pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Výzkum byl rozdělen na dvě fáze. V první fázi jsem si z celkového počtu 72 organizací a zařízení vybrala 12 pro předvýzkum, následně jsem oslovila zbývajících 60. Příslib vyplnění dotazníků jsem dostala od 50 organizací a zařízení. Celkem jsem rozdala 250 dotazníků, které jsem v zařízeních ponechala 1-2 týdny a poté je opět osobně vyzvedla. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo 238. Z těchto bylo 12 dotazníků vyřazeno pro neúplné nebo chybné vyplnění. Data pro výzkum tedy byla zpracována z 226 dotazníků. K vyhodnocení získaných dat jsem využila analýzu kategoriálních dat a statistické zpracování pomocí třídění druhého stupně. Hodnověrnost hypotéz byla testována chí kvadrát testem. Data z dotazníkového šetření jsou prezentována v grafech a tabulkách a následně rozpracována v části práce Diskuze.

První hypotéza: „*Metoda pevného objetí není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.*“ byla potvrzena a druhá hypotéza: „*Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji nejsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.*“ byla vyvrácena.

Určitě je zajímavé i to, že většina dotazovaných by o TPO chtěla získat více informací, pokud by tuto možnost měli, což svědčí o tom, že rozšíření TPO v budoucnu není nemožné a možná by se tato metoda mohla stát kvalifikovanou metodou používanou v sociálních službách při práci s klienty.

Klíčová slova: terapie pevným objetím podle Prekopové, rodina, rodinné konstelace, sociální práce, alternativní terapie

Abstract

This bachelor's work entitled "Holding therapy by Prekop used in social work" deals with a topic which is in my opinion very up to date and interesting, for some people a little controversial. Therefore it was more interesting to carry out this work and in the practical part to map how this method is viewed by social workers in facilities offering social services according to the Act (Legal Gazette 108/2006) concerning social services in the South Bohemia.

The first theoretical part is focused on the historical development of this method. Even if this method is relatively new. Then it is focused on the status of the Holding therapy by Prekop (HTP) in psychotherapy, where it belongs among alternative, potentially dangerous or problematic approaches in psychotherapy, conceptions with a tight connection to HTP, because this therapy is to rekindle love and bonds between the participants of the therapy, definition of the method, essential aims, forms and contraindications of the therapy, how the training of the therapists is provided and to the ethical codex. It further describes the current state of this method in the Czech republic and its connection with social work. The last chapter is dedicated to the social facilities, offering social services, defined in the Act mentioned above. Because the practical part of this work is focused on social workers and workers providing social services in social facilities according to the mentioned Act.

For dealing with the practical part I determined two sub-objectives. The purpose of the first one was to find out, if the social workers and the workers in social services in social facilities know about HTP. The purpose of the second one was to find out, if the HTP method is used when working with clients anywhere in the South Bohemia. I set two hypotheses on the bases of these aims. The first hypothesis: "The method of the Holding therapy by Prekop is not widespread among the social facilities in the South Bohemia." And the second hypothesis: "The workers in social services and social workers in the South Bohemia are not sufficiently informed about the possibility of using the HTP method." The data for my research were gained by making a survey using questionnaires. There were 22 questions altogether. 19 closed ones, 1 semi-closed

one and 2 open ones. (see the attachment number 3). The representative sample was made of social workers and workers providing social services in social facilities in the South Bohemia according to the mentioned Act.

I looked up the facilities in the Register of providers of social services, which is supervised by the Ministry of Labour and Social Affairs. The research was divided into two phases. In the first phase I chose 12 organisations out of 72 (the total amount) to make a pre-research. Then I addressed the 60 remaining ones. I was told to be given back the filled in questionnaires by 50 organisations. I distributed 250 questionnaires altogether, I left them in the facilities from one to two weeks and then I personally collected them. I got back 238 filled in questionnaires. I had to take out 12 questionnaires because of faults and missing information. Therefore the data were gathered from 226 questionnaires. I used the categorical data analysis and the statistical processing using second grade sorting to evaluate the gathered data. The correctness of the hypotheses was tested by chi-square test of compliance. The data from the survey are showed in graphs and tables and then more precisely in the discussion part.

The first hypothesis: "The method of the Holding therapy by Prekop is not widespread among the social facilities in the South Bohemia." was confirmed. And the second hypothesis: "The workers in social services and social workers in the South Bohemia are not sufficiently informed about the possibility of using the HTP method." was disproved.

Most respondents would like to gain more information about HTP if possible, which is interesting and proves that this method might propagate and become a fully qualified method used in social facilities when working with clients.

Keywords: holding therapy by Prekop, family, family constellation, social work, alternative therapy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma Pevné objetí podle Prekopové v sociální práci vypracovala samostatně a použila jen 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2015

.....

Radka Procházková

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Janě Stejskalové, PhD., za trpělivost, rady a odborné vedení při zpracovávání mé práce. Dále také všem respondentům, kteří vyplnili můj dotazník, za jejich ochotu a čas.

OBSAH

ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 HISTORIE TERAPIE OBJETÍM	13
1.2 POSTAVENÍ TPO V PSYCHOTERAPII.....	15
1.2.1 Alternativní (okrajové) přístupy v psychoterapii.....	15
1.2.2 Potenciálně nebezpečné přístupy v psychoterapii	16
1.2.3 Problematické přístupy v psychoterapii.....	16
1.3 Rodina, láska a rodinné konstelace	17
1.3.1 Rodina.....	17
1.3.2 Láska.....	19
1.3.3 Bezpodmínečná láska	21
1.3.4 Rodinné konstelace	21
1.4 TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ.....	22
1.4.1 Definice.....	22
1.4.2 Cíle terapie.....	22
1.4.3 Kontraindikace.....	23
1.4.4 Kritické životní situace	24
1.4.5 Výcvik terapeutů.....	26
1.4.6 Formy terapie.....	27
1.4.7 Etický kodex	33
1.5 TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ V ČR.....	34
1.6 VYUŽITÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI	34
1.7 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	35
1.7.1 Služby sociální péče.....	35
1.7.2 Služby sociální prevence	37
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	39
2.1 CÍL PRÁCE	39

2.2	HYPOTÉZY PRÁCE.....	39
3	METODIKA VÝZKUMU	40
3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY.....	40
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	41
4	VÝSLEDKY	42
5	STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	55
6	DISKUZE	59
7	ZÁVĚR.....	65
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
9	PŘÍLOHY	71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

TPO Terapie pevným objetím podle Prekopové

PO Pevné objetí

APLA Asociace pomáhající lidem s autismem

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je z mého pohledu velice zajímavé a aktuální. Terapie objetím („Holding therapy“), která zpočátku pracovala s autistickými dětmi a s dětmi s nejrůznějšími vývojovými poruchami (Welch, 1988), se postupem času vyvíjela díky Dr. Prekopové v terapii, která se dnes věnuje komplexně celé rodině a v současné době má paradoxně více klientů z řad dospělých než dětí. PhDr. Prekopová ji zaštitila svým jménem, vypracovala metodiku, kterou neustále zdokonaluje, zpracovala etický kodex terapie, kterým se musejí řídit všichni vyškolení terapeuti, a nechala ji zapsat pod ochrannou známkou jako Terapii pevným objetím podle Prekopové (dále jen TPO). (Prekopová, 2013)

Jedná se o terapii, která rozvířila diskuzi nejen v odborných kruzích, ale také mezi laickou veřejností. Na jedné straně jsou zastánci terapie, na straně druhé kritici. Potom jsou samozřejmě tací, kteří se o toto téma nezajímají. Spor, zda tato terapie je, či není účinná, vedou odborníci dodnes, jelikož její účinky nejsou podloženy výzkumem. Podstatou terapie je objetí. Věc, která je pro většinu z nás běžnou součástí života. Objímáme se, vyjadřujeme tím druhému svou náklonost, lásku. Objetí pociťujeme již od vzniku našeho života. Tělo matky nás „objímá“ již od aktu zplození. I při samotném aktu početí jsou partneři většinou v objetí, samozřejmě vyjma umělého oplodnění, ale pokud není jiná možnost, je to dnes pro mnoho párů jediné řešení, jak mít vlastní děti. I zde je partner nablízku a alespoň tělesným objetím vyjádří svoji lásku a podporu partnerce. Objímáme své děti, své rodiče a blízké, přátele a mnoho národů se objímá při každém setkání. Vyjadřují tím svou radost ze shledání a svou náklonnost k druhému.

Při práci s klientem, který vyhledal odbornou pomoc, volíme vždy tu nejvhodnější terapii. Dnes známe již mnoho přístupů, které můžeme využít. Důležité je zhodnotit, který přístup bude klientovi vyhovovat a bude pro něj přínosem při řešení jeho aktuálního problému. Nejsme každý stejný a tím, jak se naše společnost vyvíjí, přibývají stále nové krizové situace, které klienti nemohou vyřešit sami. Tělesný kontakt ve

většině případů není žádoucí, při TPO je však nutný, proto zde však vstupují do interakce pouze dvě osoby, které mají příbuzenský vztah.

V první části mé práce, teoretické, jsem se zaměřila na základní informace, které s TPO souvisejí. Ač jde o metodu poměrně novou, uvádím zde historický vývoj, který vedl k dnešní podobě terapie, její postavení v psychoterapii, význam rodiny a lásky a samozřejmě obecné informace o této metodě, formy, cíle, kontraindikace a možnosti využití v sociální práci. Nezabývám se zde dopodrobna samotným průběhem terapie, jelikož následující praktická část má pomocí kvantitativního výzkumu za cíl zjistit, zda je tato metoda využívána v pobytových zařízeních Jihočeského kraje, která poskytují sociální služby dle Zákona č. 108/2006 o sociálních službách, přičemž vymezení těchto zařízení se věnuji v poslední kapitole teoretické části. Samotný průběh terapie a její vliv na účastníky by mohl být tématem další výzkumné práce. Ke sběru dat jsem využila dotazník, který byl sestaven na základě hypotéz, které jsem si určila, tak, abych získala potřebná data k potvrzení nebo vyvrácení hypotéz.

Při psaní práce jsem čerpala především z knih PhDr. Prekopové, z odborných článků terapeutů TPO a z knih a článků předních českých i zahraničních psychologů a psychoterapeutů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 HISTORIE TERAPIE OBJETÍM

I když se o metodě pevného objetí mluví více až v posledních letech, první podobnost můžeme vysledovat již v 70. letech dvacátého století. V roce 1971 začal psychoanalytik Dan Casriel rehabilitovat drogově závislé klienty tzv. „bonding“ terapií. Při této terapii nejde ještě o objetí, ale o držení. Terapeut drží klienta, který se při tomto držení vykičí, vypláče svou bolest a měl by se emocionálně probudit, vyjádřit své potlačené a zasunuté emoce. Velkým rozdílem od TPO je skutečnost, že mezi terapeutem a klientem není vztah, kdežto TPO je založena na vztahu mezi objímajícím a objímaným. (Prekopová, 2013)

Za ideového otce je však označován Robert Zaslow. Jako první popsal tzv. terapii redukce vzteku („rage-reduction therapy“). Při terapii používal restriktivní techniky, především pak pevné objetí. Při terapii by se měla u klienta vyléčit narušená vazba. (Mercer, 2003)

Metodou „Holding therapy“ (terapie držením) se zabývá americká psycholožka Martha G. Welch, která v roce 1988 vydala knihu *Holding time*. Jedná se o terapii, která by měla pomoci dětem s autismem a dětem s dalšími vývojovými poruchami, které dle jejího názoru trpí narušenou vazbou s matkou nebo s jinou blízkou pečující osobou (Welch, 1988). Využití v praxi a terapeutické metody popisuje ve své následující publikaci z roku 1990 *Welch holding method workbook*.

Právě o „Holding therapy“ dle Marthy G. Welch se Dr. Prekopová dozvěděla od etologa, oxfordského profesora Nika Timbergena, který je nositelem Nobelovy ceny za výzkum vzorků instinktivního chování společného pro lidi a zvířata, s nímž se seznámila při hledání vhodné terapie pro autistické děti. Niko Timbergen vědecky zdůvodnil terapii objetím u autistických dětí zjištěním, že pro autistické děti je nejinstinktivnější a nejpřirozenější terapií pevné objetí v náruči matky. V roce 1981 zprostředkoval setkání Dr. Prekopové s Marthou Welch. Dr. Prekopová zpočátku metodu „Holding therapy“ odmítala, protože držet někoho proti jeho vůli se jí protivilo

(Prekopová, 2013). Až po zážitku se svým mužem zjistila, že jde o něco jiného. Tento příběh je publikován v několika jejích knihách a právě až díky vlastní zkušenosti se této terapii začala naplno věnovat.

Ačkoli mají terapie společný základ, je nutné je dnes chápat jako dvě naprosto odlišné terapie. TPO vychází zčásti z teoretického základu od Nika Timbergena, od Marthy G. Welch získávala Dr. Prekopová praktické zkušenosti pro terapii. Terapii nepřevzala v plné šíři, upravila ji do současné podoby rozšířením o další indikace, kombinovala ji s dalšími metodami a také ji duchovně prohloubila. Při používání terapie dospěla do stádia, které změnilo její pohled na terapii. Nejen vazba mezi dvěma lidmi je důležitá, podstatou je láska, která touto vazbou vzniká. TPO má dnes za cíl obnovení lásky mezi dvěma osudově spjatými účastníky navzdory všem vyřčeným výhradám při samotné terapii. (Prekopová, 2013)

V roce 1990 se s TPO u Dr. Prekopové seznámil Bert Hellinger. Filozof, teolog a pedagog, který působil v Jižní Africe jako člen katolické misie a který se poté věnoval dalším psychoterapeutickým metodám, např. primární terapii, psychoanalýze, transakční analýze, rodinné terapii a dalším. Ve snaze pomoci Dr. Prekopové vyvinul systemickou psychoterapii, která zkoumá zařazení člověka do systému (Prekopová, Hellinger, 2008). Podstatou této terapie je postavení člověka v systému rodiny. Každý člen rodiny má své místo, které mu náleží a díky pochopení tohoto systému se může svobodně rozvíjet (Hellinger, Tenhövel, 2004). Právě díky poznatkům Berta Hellingera se terapie posunula zas o kousek dál. Systemická zapletení uvádí Dr. Prekopová jako jednu z možných příčin narušeného chování. Při TPO využívá poznatky ze systemické psychoterapie a z rodinných konstelací, které Bert Hellinger také popsal. (Prekopová, 2013)

V současné době je TPO rozšířena již do mnoha zemí světa, především díky neúnavné práci Dr. Prekopové a také zásluhou již vyškolených terapeutů, kteří se významně podílejí na zdokonalování terapie svými podněty a připomínkami. I přes kritiku, která tuto terapii provází od samého počátku, si nachází stále nové příznivce, již ji hodnotí jako přínosnou. (Prekopová, 2013)

1.2 POSTAVENÍ TPO V PSYCHOTERAPII

Dr. Prekopová označuje TPO jako terapii rodinnou a vztahovou, která má za cíl nápravu vztahů mezi členy rodiny (Prekopová, 2013). V psychoterapii je terapie držením řazena mezi alternativní terapie, často také mezi potenciálně nebezpečné terapie (Palková, 2009) a Vybíral řadí TPO mezi problematické přístupy (Vybíral, 2010). Je to z toho důvodu, že terapie je řazena mezi tzv. „attachment therapy“ neboli terapie vztahové vazby. Do těchto terapií je řazena nejen „Holding therapy“ (terapie držením), ale i další omezující, nátlakové a averzní techniky, např. „Compression holding therapy“, „The Evergreen therapy“, „Rebirthing therapy“ a další. (Lilinfeld, 2007)

1.2.1 Alternativní (okrajové) přístupy v psychoterapii

Mezi alternativní neboli okrajové („fringe psychotherapies“) řadíme takové přístupy, které nejsou tak známé a používají se ojediněle. Většinou se jedná o nové terapie, u kterých ještě není doložena účinnost podložená výzkumem. Tyto nové terapie vznikají na okraji hlavního psychoterapeutického proudu a absence přesvědčivých údajů o účinnosti terapie ztěžuje jejich zařazení mezi akreditované a uznávané terapie. (Vybíral, 2010)

I TPO můžeme zařadit mezi terapie alternativní, jelikož není prozatím podložena vědeckými důkazy a není akreditovanou terapií. Sama Dr. Prekopová uvádí, že by šíření terapie bylo lehčí, kdyby se vědecky zpracovaly důkazy o účinnosti terapie a byl proveden výzkum, stále je však pro ni důležitější zpětná vazba klientů, kterým tato terapie pomohla. (Prekopová, 2013)

Akreditované terapie jsou ve většině případů hrazeny pojišťovny, což by byl také přínos pro klienty TPO, neboť placení v hotovosti a zmanipulovatelnost k velkým výdajům za terapii jsou uváděny jako jedny ze třech rizikových faktorů alternativních terapií. Druhým faktorem je přehlédnutí nebo záměrné opomíjení příznaků psychopatologie a nedoporučení vhodné, seriózní psychoterapie, třetím faktorem je riziko, že alternativní terapie klientům spíše uškodí, než pomůže. (Beyerstein, 2002)

1.2.2 Potenciálně nebezpečné přístupy v psychoterapii

Terapie držení („Holding therapy“) a terapie vztahové vazby („attachment therapy“) jsou prezentovány jako psychoterapeutické metody, ale mají prokazatelně nebezpečný účinek pro klienty. Problémem jsou u těchto metod především techniky, které zahrnují nátlak a omezování. Při terapii jsou používány metody neetické, např. odepírání potravy a tekutin, omezení pohybu, vynucování očního kontaktu a další regresivní techniky. Mnohdy se jedná o techniky života nebezpečné, které měly v minulosti za následek úmrtí dětských pacientů. (Vybíral, 2010)

Potenciálně nebezpečnými terapiemi se ve své práci zabývá Scott Lilienfeld, který sestavil seznam potenciálně nebezpečných terapií na základě třech kritérií, které terapie musí splňovat, aby do tohoto seznamu byla zařazena. (Lilienfeld, 2007)

1. Terapie má škodlivé psychologické či fyzické dopady na klienty nebo na jiné osoby.
2. Škodlivé dopady jsou trvalé a nesouvisejí s krátkodobým zhoršením symptomů během terapie.
3. Zjištění škodlivých dopadů je replikováno nezávislými výzkumnými týmy.

1.2.3 Problematické přístupy v psychoterapii

Vybíral řadí TPO do skupiny problematických přístupů kvůli potenciálnímu nebezpečí propojení právě s terapií držení („Holding therapy“), ačkoli se obě metody od sebe dnes již výrazně odlišují. Poprvé je to zařazení samotné TPO, v ostatních zařazeních se setkáváme s původním modelem „Holding therapy“. Jak uvádí, v terapii je stále mnoho sporných tvrzení, na druhou stranu by bylo možné uvést i přínosy, avšak po systematické a důkladné analýze. (Vybíral, 2010)

1.3 Rodina, láska a rodinné konstelace

Vzhledem k tomu, že TPO má za hlavní cíl obnovu lásky a vazby mezi účastníky terapie, považují za důležité uvést zde některé definice a základní informace k pojmům rodina, láska, bezpodmínečná láska a rodinné konstelace, jelikož jsou s terapií úzce spjaty.

1.3.1 Rodina

Není jednotná definice termínu rodina. V různých vědních oborech se setkáváme s několika různými definicemi a i oblasti téže vědy definují pojem rodina rozdílně. Jinou definici nalezneme v sociologii, psychologii nebo právu. I systémové přístupy, jako je behaviorismus nebo psychoanalýza, definují pojem rodina rozličným způsobem.

Velký sociologický slovník definuje rodinu jako „*nejdůležitější společenskou skupinu a instituci osob navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí.*“ (Petrušek et al., 1996, s. 941- 942)

Sociolog prof. Ivo Možný vidí rodinu jako vícegenerační soužití rodičů a dětí, ať už v rodině úplné, nebo neúplné. (Možný, 2008)

Sociologický slovník uvádí, že rodina je forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnuje přinejmenším rodiče a děti. Další znaky rodiny jsou socio-kulturně podmíněny, funkcemi rodiny jsou reprodukce a výchova a rodina je prostředím socializace a sociální podpory pro člověka (Jandourek, 2007).

Profesor Zdeněk Matějček popisuje rodinu jako systém, který přináší hlubší pohled na staré zkušenosti a poznatky a jeho pochopení pomáhá v poradenské práci. Lidé v systému rodiny jsou ve vzájemných interakcích a vztazích, vzájemně se mezi sebou ovlivňují, čímž je ovlivněno i fungování rodiny jako celku, rodina se označuje jako mikrosystém. V systému rodiny se nacházejí subsystémy, což je např. pohlaví, generační příslušnost nebo specifické povahové charakteristiky. Přirozeným subsystémem jsou děti nebo babička s dědečkem. Subsystémem je také otec se synem, matka s postiženým dítětem a další formy. Rodinu obklopuje mezosystém, kam spadají

příbuzní, přátelé, sousedé a další lidé, kteří jsou s rodinou ve styku. Dalším systémem je exosystém, kam spadají instituce, např. školka, škola, zaměstnavatel, orgány péče o dítě a další. Makrosystém je poslední formou systému, který rodinu obklopuje. Ten je charakterizován neosobním a celospolečenským dosahem. (Matějček, 1992)

Vágnerová považuje rodinu za nejvýznamnější sociální skupinu, která je důležitá pro rozvoj dětské osobnosti. Pro dítě je zdrojem jistoty, bezpečí a informací. Rodina má výchovný charakter, kterým dítě stimuluje k rozvoji schopností a dovedností a k utváření hodnotového systému. Pozice, kterou dítě zaujímá v rodinném systému, je důležitým faktorem pro jeho další vývoj a může ho ovlivnit až do dospělosti (Vágnerová, 2004). Psycholog Jeroným Klimeš uvádí, že u rodiny je vždy přítomen reprodukční charakter. Manželé, kteří spolu žijí v manželství, ale nemají děti, nejsou rodina, i když k sobě mají silnou citovou vazbu, nesplňují podmínku reprodukce. Silnou citovou vazbu k sobě mají i registrovaní partneři, ale nejsou rodinou, jsou pouze analogií manželství. (Klimeš, 2010)

Dětský psycholog PhDr. Jaroslav Šturma definuje rodinu jako vzájemně propojený systém vztahů. Děti a rodiče jsou pro sebe darem a výzvou v podobě biologické a psychologické. Příchodem dítěte na svět se manželství posouvá dále a rodiče musí řešit nové situace. Matka je zaměstnána péčí o dítě a otec se mnohdy cítí odstrčený. Pro fungování rodiny je důležitá empatická komunikace a rozvíjení nejen společných zájmů. Vzájemné pochopení pro vlastní zájmy a možnost oddechnout si občas od sebe navzájem jsou také součástí spokojené rodiny. (Koucká, 2012)

Dr. Prekopová uvádí, že po svatbě ženě a muži náleží první místo v rodině a vzniká tím první systém. Důležitým poznatkem je uvědomění si společného postavení, mezi mužem a ženou nevzniká hierarchie, jsou si rovni. V tomto svazku nesmí být ani jeden znevýhodňovaný nebo podřízený tomu druhému. Po narození dítěte jsou pro něj nejdůležitější výhradně rodiče, je začleněno do systému a náleží mu druhé místo v rodinném systému, rodiče zaujímají stále místo první. I když může dojít k zpřeházení systemické rodinné konstelace, mělo by to být na omezenou dobu. Z biologického hlediska je to v některých situacích v pořádku, např. dítě spí s rodiči v jedné posteli, pokud je nemocné, ale pak by se měla situace opět vrátit do původního stavu. Stejně

jsou nastaveny i vztahy mezi sourozenci. Sourozenecká posloupnost udává postavení dítěte v systému dle pořadí narození, není zde rozhodující pohlaví, nadání nebo postižení a i zemřelé dítě je zařazeno do tohoto systému (Prekopová, 2014). Jakékoliv narušení nebo nedodržení systému může vést ke krizovým situacím v rodině. Pochopení systému rodiny a místo každého člena v něm je předpokladem pro pochopení řádů, které ze systému vycházejí (Prekopová, Schweizerová, 2008). Pokud bude v rodině nastolen řád a pravidla, která potřebujeme všichni, nejen děti, a každý přijme své místo v systému, mohou všichni členové rozvíjet lásku a pečovat o ni, protože rodina je místem, kde se láska rodí. Jen na nás samotných pak je, jak lásku ve svém životě využijeme, zda ji budeme potlačovat, nebo rozvíjet. (Prekopová, 2014)

Dnešní společnost již není přísně autoritativní, a i když si více jak 90 % mladých párů přeje partnera na celý život, se kterým založí rodinu a bude vychovávat děti, je stále více rozvodů. Více je i párů, kdy partneri spolu žijí a vychovávají děti, aniž by vstoupili do svazku manželského, a také matek samoživitelek. Pro lidi je jednodušší odejít, než řešit krizové situace, které mohou v rodině nastat. Objevuje se proto mnoho rodin smíšených, tzv. „patchworkové“ rodiny. Pokud je ale dodržen systém v rodině, mohou i tyto rodiny fungovat zcela běžným způsobem. Systémové zařazení jednotlivých členů rodiny je zde trochu odlišné od původní rodiny. Druhá manželka nebo manžel mají přednost před partnerem z prvního manželství, ale pokud má jeden z partnerů dítě z předešlého vztahu, vždy by mělo zaujímat první místo před nevlastní matkou nebo otcem a také dětmi, které vzešly z nového vztahu. (Prekopová, 2014)

1.3.2 Láska

Obecně můžeme říci, že slovo láska pojmenovává silnou emoci, cit, který máme k druhému člověku. Nemusí mít pouze tento význam, setkáváme se i s láskou k Bohu, k vlasti nebo k různým věcem, které mají pro člověka důležitý význam.

Lásku druhému člověku můžeme vyjádřit verbálně i neverbálně. K verbálnímu vyjádření lásky užíváme nejčastěji dvě slova „Miluji tě“. Neverbálně lásku vyjadřujeme

tělesným kontaktem, pohlazením, objetím, polibkem. Tělesný akt milování můžeme chápat jako vyvrcholení lásky mezi dvěma milujícími se osobami.

Z psychologického pohledu je láska pro člověka jednou z primárních lidských potřeb. Ve velkém psychologickém slovníku je láska definována jako kladný, silný a emocionální vztah k osobě, ideji nebo věci. (Hartl, 2010)

V sociologickém slovníku nalézáme tři možné významy lásky.

1. Láska je vztah mezi dvěma lidmi, který je charakterizován citovou vazbou, nezištností, stálostí, vytrvalostí, odpovědností a vzájemnou věrností.
2. Láska může být v přeneseném významu také vztah k určité skupině lidí, idealizované osobnosti nebo ideji. Tento vztah může být natolik silný, že sebe samotného a osobní zájmy jedince staví až na druhé místo.
3. Idealizovaná láska je stejná jako romantická zamilovanost (Jandourek, 2007).

Hellinger se zabývá tím, co v nás, naší duši vyvolá ono verbální vyjádření lásky „Miluji tě“. Označuje ji za nejkrásnější větu, která spojuje jednoho člověka s druhým. Při setkání muže a ženy dojde k poznání, že jim oběma něco chybí. Přiznání toho, že jeden druhému chybí a že se potřebují, je projevem pokory. Aby se stali úplnými a dokonalými, dávají si vzájemně to, co chybí druhému. Naplnění lásky se nachází v sexuálním splynutí, které je nejhlubším projevem lásky. Tímto splynutím dvou osob vzniká vazba, která je již navždy, a pokud dojde k rozchodu, projevuje se pocitem viny a zrady. (Hellinger, 2010)

Dr. Prekopová věnuje lásce velkou pozornost. Lásku považuje za rozhodující cit v životě člověka a staví ji na první místo před intelektem. Realizovat lásku je možné jen tehdy, pokud není jednostranná, „já“ se vcitňuje do „ty“ a v lásce je nutné nejen brát, ale také dávat. Láska se nedá naučit, dítě se s ní již narodí a ihned po narození potřebu lásky vyjadřuje (Prekopová, 2007). Rodiče jsou pro dítě prvními lidmi na světě, kteří mu lásku mohou dát (Prekopová, 2001). Poznatky o lásce a její význam pro rodinu

shrnuje ve své nejnovější knize „*Jen v lásce přežijeme*“ desaterem přikázání „Aby se v lásce rodině dařilo“. Toto desatero uvádím v příloze č. 1.

1.3.3 Bezpodmínečná láska

V dnešním světě se setkáváme spíše s opakem bezpodmínečné lásky, láskou podmíněnou. Milujeme se, protože jsme krásní, hodní, úspěšní, a to jak ve vztahu k sobě samým, tak i ve vztahu k našim blízkým. Pokud nastane situace, kdy se něco „pokazí“, může to v nás vyvolat rozporuplné pocity, konflikt, nebo dokonce krizi. Láska by neměla být omezena nějakými podmínkami nebo situacemi, mnohdy velice povrchními, protože pak už není láskou (Prekopová, 2014). Láskou se stává tehdy, pokud je bezvýhradná, neomezovaná a nekonečná (Prekopová, 2001). Bezpodmínečná láska je naší největší jistotou, jelikož nám ukazuje, že i v nedokonalosti můžeme být milováni druhými. Bezpodmínečnou lásku vidíme nejlépe na dětech. Dětské srdce je láska sama a miluje bezpodmínečně, i přes chyby, které mohou jeho rodiče mít, jelikož ono samo by mělo pociťovat, že je přijímáno za jakékoliv situace. Když křičí, pláče nebo se vzteká, jeho rodiče ho přesto přijímají a milují. Tak se dítě naučí milovat samo sebe bezpodmínečně a stejnou bezpodmínečnou lásku cítit i k ostatním za jakékoliv situace. (Prekopová, 2014)

1.3.4 Rodinné konstelace

Rodinné konstelace vychází z toho, že vzorce chování ve vztazích se opakují napříč generacemi v celém rodinném systému. Rodinným konstelacím se věnovali odborníci již předtím, Hellinger ale provedl takovou integraci, která přinesla nový přístup. Při stavění rodinných konstelací si klient vybere zástupce za každého člena současné nebo původní rodiny a také za sebe samého. Klient rozestaví zástupce v prostoru do pozic dle vzájemných vztahů. Poté je na terapeutovi, aby se zástupců dotazoval, jak se na daném místě cítí. Podle odpovědí pak zástupce přemísťuje tak, aby se každý na svém místě cítil dobře, došlo k rovnováze a znovu mohla začít proudit láska. Pokud je někdo, kdo

v původním rozestavení chyběl, je do tohoto nového postavení také zařazen. (Hellinger, 2004)

Rodinné konstelace jsou jedním z nástrojů, který nám pomůže pochopit problémy, které v našem životě mohou nastat, a také najít cestu k jejich řešení. (Prekopová, Hellinger, 2008)

1.4 TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ

1.4.1 Definice

Původní význam terapie se od jejího počátku změnil. Prvotně bylo cílem terapie pomoci člověku v duševní krizi tím, že ho držíme v láskyplném pevném objetí tak dlouho, dokud mu nebude lépe. Dnes se jedná především o to, že se za pomoci pevného objetí konfrontují dva členové rodiny, kteří jsou si blízcí a jsou spolu úzce spjati. V pevném objetí řeší problém, který nejde vyřešit slovně. Při terapii se upravuje narušená vazba mezi těmito dvěma lidmi, tito lidé jsou při terapii v objetí tělo na tělo a emocionálně se konfrontují tvář v tvář. Svoji bolest si vyjadřují tak dlouho, dokud se mezi nimi opět nerozproudí láska. (Prekopová, 2013)

1.4.2 Cíle terapie

Cílem terapie je emocionální konfrontace v pevném objetí, kdy by dva lidé měli pocítit vzájemné vcítění (empatii) i při projevu agresivity, kterou si mohou připouštět, ale měla by být projevována kultivovaně a konflikt v ní vyjádřený by měl být při terapii zvládnutý. Následně by mělo dojít k emocionálnímu naplnění systemického pořádku, rehabilitaci vazby, která do té doby nemusela existovat, a především k obnovení lásky, která kdysi mezi zúčastněnými proudila, obnovení pocitu bezpečí a svobody. (Prekopová, 2013)

U dětí je cílem také posílení svobodné vůle a pomoc být silnějšími osobnostmi, než jsou jejich rodiče nebo prarodiče. (Prekopová, 2013)

1.4.3 Kontraindikace

Metoda TPO má své kontraindikace. Jsou případy, kdy TPO nelze použít vůbec, v některých s přihlédnutím k aktuálnímu stavu klientů. Před přistoupením k samotné terapii musí terapeut získat mnoho informací o klientech, kteří chtějí TPO podstoupit. Toto zjištění se provádí buď pomocí dotazníku, nebo při rozhovoru s klientem, který má o tuto metodu zájem, a na terapeutovi je, aby správně vyhodnotil, zda je možné terapii použít. Chronická onemocnění (např. astma, epilepsie či nemoci srdce) většinou nejsou kontraindikací, ale pokud si klient není jist, je dobré zdravotní stav konzultovat s ošetřujícím lékařem. Pokud jde o tělesný handicap, ani toto není kontraindikací, je nutné ale brát ohled na aktuální zdravotní stav klienta. Při terapii se setkáváme i s účastí starších osob, jelikož často problémy v rodině sahají i do generací předešlých. U starších osob je opět nutné přihlédnout k jejich aktuálnímu stavu, jak zdravotnímu, tak i psychickému. Většinou se drží určitých jistot a měnit své názory odmítají, terapie by u nich mohla vést ke zhoršení psychického stavu, až kolapsu.

Nejdůležitější kontraindikace:

- vrozená demence (zde nelze konfrontaci provést vůbec),
- úmyslné využití TPO jako výchovného prostředku k poslušnosti,
- chronická afektivní ambivalence (rodiče k dítěti pociťují nejen lásku, ale také silnou zlost až nenávisť),
- nejednotný názor rodičů, kdy jeden z rodičů by chtěl metodu TPO s dítětem podstoupit, ale druhý je zásadně proti (podmínkou je opatrovnické právo u obou rodičů),
- objímající odmítá pořádek v rodinném systému (nemůže být obnoveno proudění lásky mezi manžely, pokud žena nenávidí svou tchyni),
- psychóza nebo těžká hraniční porucha osobnosti,
- sexuální zneužívání rodičem, který chce dítě objímat,

- pokud adoptivní rodiče nerespektují rodiče biologické (biologičtí rodiče jsou tabuizováni, nesmí se o nich mluvit nebo o nich adoptivní rodiče mluví opovržlivě a negativně). (Prekopová, 2013)

1.4.4 Kritické životní situace

Během našeho života prožijeme různé kritické životní situace. Některé můžeme očekávat, ale nevíme, kdy nastanou, např. úmrtí prarodičů nebo rodičů. Můžeme se na ně psychicky připravit, ale i přesto nás zasáhnou. Dále jsou to krize, které přijdou neočekávaně, víme, že v životě mohou nastat, ale doufáme, že zrovna nám se vyhnou. Jedná se např. o narození dítěte s postižením, úmrtí dítěte, rozvod a mnoho dalších. (Vymětal, 2003)

Krize ovlivňují dítě již před porodem v těle matky, kdy prožívá spolu s matkou její úzkosti. Před porodem a během porodu se může setkat i s nebezpečím, pupeční šňůra omotaná okolo krku způsobí nedostatek kyslíku a dítě je ohroženo. Samotný porod je pro dítě krizovou situací, kterou velmi silně prožívá všemi smysly. Dříve byl zastáván názor, že dítě se adaptuje samo, dnes je dokázáno, že potřebuje péči matky ihned po porodu. Aby se uklidnilo, položí se na prsa matce, kde cítí opět tep srdce, uslyší známý hlas a matka mu svou péčí a láskou pomáhá zvládnout první velkou krizi v životě. Pro zdravý vývoj jsou krize důležité od nejútlejšího dětství, ale musejí být prožívány v rodině za aktivní účasti rodičů, kteří dítěti pomáhají uspořádat city a afekty. Bez zázemí rodiny a pomoci rodičů dítě krize neunes a nedokáže je zvládnout tak, aby v něm probudily sílu k přežití a aby našlo řešení a naději. (Prekopová, 2013)

Vágnerová psychickou krizi popisuje jako narušení psychické rovnováhy. Rovnováha je narušena buď náhlým vyhocením situace, nebo dlouhodobou kumulací problémů. Krize je doprovázena negativními citovými prožitky, úzkostí, zoufalstvím, beznadějí, vytrácí se pocit jistoty a bezpečí. Zvládnutí krize může mít pro člověka pozitivní důsledek z hlediska rozvoje osobnosti. (Vágnerová, 2004)

V sociologii je krize definována jako vyhrocení určité situace nebo vznik problémové situace, kterou člověk není schopen řešit určitými dosavadními postupy. (Petrusek, 1996)

Dr. Prekopová rozděluje kritické životní situace do tří skupin.

Traumatizace: u člověka se v akutní krizové situaci projeví tzv. „ztuhnutím“, kdy není schopen adekvátně reagovat. Objevují se potíže v emoční oblasti, úzkost, ztráta pocitu bezpečí a jistoty, smutek, změny v chování a také šok. Reakce není vědomá ani plánovaná, proto se setkáváme s tím, že traumatizovaný si nedokáže vědomě vzpomenout na událost, která krizi způsobila, přestože v limbickém systému se paměťová stopa události zapíše na celý život (Prekopová, 2013). Vágnerová popisuje psychické trauma jako náhle vzniklou situaci s negativním významem, vedoucí k poškození či ztrátě. Tento typ traumatizace může člověk zažít např. při autonehodě, znásilnění, požáru, náhlém úmrtí milované osoby atd. (Vágnerová, 2004). Jelikož i TPO má své hranice, je třeba vyhledat v případě těžkých traumat kvalifikovaného traumaterapeuta, TPO zde nelze využít. Je ale vyhledávanou terapií při porodním traumatu a traumatu ze zneužívání. U obou forem se setkáváme s některými identickými symptomy. Abychom zjistili, o jaké trauma se jedná, použije se tlak na kraniosakrální oblast lebeční kosti a na chodidla. Při porodním traumatu je reakcí protitlak, trauma ze zneužívání se projeví schoulením. (Prekopová, 2013)

Krize životního zlomu: jsou druhou skupinou a zabývá se jimi Erika Schuchardtová. Tyto krize dělí na dva druhy.

I. Předvídatelné krize běhu života

- narození, škola, puberta, stárnutí, partneři,...

II. Nepředvídatelné krize životních zlomů

- v každém životě zasáhnou bleskově a bez varování
- přijmout tyto krize a zpracovat je tak, aby nás obohatily, se můžeme naučit (Schuchardtová, 2006).

Banální konflikty: do této skupiny jsou zařazeny každodenní zlosti, které nás provázejí každý den a musíme na ně emocionálně reagovat. Jedná se zdánlivě

o maličkosti, ale pokud nás provázejí dlouhodobě, mohou se nahromadit a způsobit konflikt ve vztahu. Mnohdy jsou pro člověka nebezpečnější než prožití velké tragédie. (Prekopová, 2013)

1.4.5 Výcvik terapeutů

Ne každý se může stát terapeutem této metody. Předpoklady se posuzují již na začátku při prvním semináři. V mnohých povoláních je kladen důraz na perfekcionismus. Dobré dětství, dobré vzdělání, dobrá rodina, dobré povolání atd. nejsou tím nejdůležitějším předpokladem uchazeče. Tím je empatie a umění vcítit se do lidí s problémy. Toho může uchazeč dosáhnout, pokud sám v životě prošel krizemi a dokázal je zpracovat. Terapeut slouží jako prostředník pro obnovu bezpodmínečné lásky v rodině, chová se při tom celistvě a vícedimenzionálně, nesmí být jednostranný a terapeutický proces nepřerušuje, dokud nedojde k obnově lásky mezi účastníky terapie nebo alespoň naději, že láska opět začne proudit. Klientům pomáhá a zprostředkovává i další pomoc (manželskou terapii nebo výchovné sezení). (Prekopová, 2013)

Budoucí terapeut by měl mít teoretické vzdělání na magisterské úrovni z některého ze souvisejících oborů. Může se jednat o klinickou psychoterapii v oboru psychologie nebo všeobecného lékařství, a jelikož dnes je podpořen rozvoj i do dalších oborů, je akceptováno i studium v oborech sociální práce, teologie nebo speciální pedagogiky. Po splnění těchto podmínek může být uchazeč přijat k terapeutickému sebezkušenostnímu výcviku, který trvá cca 2-3 roky, většinou ale až pět let. Výcvik je složen ze tří částí (teoretické, praktické a supervize). Praktická i teoretická část jsou v rozsahu cca 400-500 hodin, supervize v rozsahu cca 100 hodin. Budoucí terapeut se zde seznamuje v teoretické části s TPO a jejími etickými principy, ale také se základními znalostmi z vývojové psychologie, psychopatologie, psychologie rodiny a vztahů v rodině. Praktická část pak zahrnuje hospitaci při práci s jedinci i rodinami, následuje práce pod vedením zkušeného terapeuta a vypracování závěrečné práce. Závěrečnou práci terapeut vypracovává na základě vlastní zkušenosti a podílení se minimálně na dvou kazuistikách. Po absolvování výcviku se musí absolvent i nadále věnovat svému

sebevzdělávání, důležitou součástí jsou supervize, které terapeut absolvuje se svými kolegy. (Prekopová, Šturma, 2011)

1.4.6 Formy terapie

Dnes je popsáno již pět forem terapie, které se při TPO používají. Použití konkrétní formy terapie je dáno stanoveným cílem a uspořádáním.

1.4.6.1 Sepětí mezi matkou nebo otcem a dítětem

V tomto případě by mělo dojít k vyřešení nahromaděných vztahových konfliktů. Terapii je možné využít jak u malých dětí, tak i u dětí již dospělých. Vždy je nutné vysvětlit průběh a podmínky terapie všem, kteří se terapie budou účastnit. Tyto informace podává terapeut, rodiče a starší děti se mohou další informace dozvědět také z knih, filmů a od jiných rodin, které terapii podstoupily. Malým dětem by měla být terapie vysvětlena, jakmile je to možné, což je asi od čtvrtého roku. V tomto věku již dokáží rozlišit rozdíl mezi slovy „ano“ a „ne“. Dětem je hravou formou za použití písniček, reflektovaných vjemů a krokodýlí hry vysvětlen cíl terapie. (Prekopová, 2013)

Malé dítě: do osmnáctého měsíce života je objímáno v embryonální poloze. U takto malých dětí je dialog mezi matkou a dítětem vyjádřen empatickým zrcadlením výrazů dítěte. Pokud dítě použije bití nebo kousání, reaguje objímající tak, že dítě chytí za ústa nebo ruku a hlasem dá dítěti jasně najevo, že ho bolí, když takto vyjadřuje svou bolest. (Prekopová, 2013)

Dítě v období vzdoru: cca od osmnáctého měsíce do poloviny čtvrtého roku je nejlépe objímat na klíně, kdy dítě je v pozici na koníčka s chodidly opřenými o zem. U dítěte by se mělo zabraňovat tělesné agresivitě a podpořit její vyjádření slovy nebo křikem. (Prekopová, 2013)

Starší děti: jsou v poloze vleže a konfrontace je prováděna verbálně. O některých bolestných zkušenostech ví terapeut předem, některé mohou být skryté a na povrch vyplouvají až při samotné terapii. Na terapeutovi je, aby je odhalil. (Prekopová, 2013)

Dítě s autismem: je asi nejčastěji diskutovaným tématem, ačkoli terapie držením byla vyvinuta právě pro tuto poruchu. Dnes je popsáno již několik druhů autismu, které mají odlišné projevy. Dětský autismus je nejzávažnější pervazivní vývojovou poruchou. Mezi jiné pervazivní vývojové poruchy se řadí atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby. Jednotlivé poruchy se od sebe liší diagnostickými kritérii i samotnými projevy. Thorová uvádí, že se jedná o vrozenou poruchu některých ne přesně dosud známých mozkových funkcí, která dítěti neumožňuje do plné míry porozumět tomu, co vidí, slyší či v běžném životě používá. U dítěte dochází k narušení duševního vývoje v několika oblastech. V oblasti komunikace je u dětí různá řečová vybavenost, některé nemluví vůbec, jiné mají dobrou slovní zásobu nebo jsou velmi jazykově nadané. Sociální chování může být narušeno až do té míry, že dítě není schopno dodržovat pravidla sociálního chování, ale jsou i děti mazlivé nebo velmi fixované na blízké osoby. Je narušena také oblast představivosti a vnímání. Intelekt může být narušen mentální retardací nebo je podprůměrný, ale setkáváme se i s dětmi nadprůměrně nadanými. Všechny symptomy se mohou kombinovat v různých variacích, proto je těžké nalézt absolutně shodné projevy u dvou dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Při diagnostice se vychází z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994), v České republice je užívána Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (Thorová, 2012). Potřeba terapie pomocí TPO vychází z toho, že lidé s autismem cítí extrémně silnou potřebu vnímání zprostředkovaného tělem, proprioceptivní stimulaci. Dítě s autismem hledá své jistoty v nutkavé sebestimulaci, kterou vyhledává spíše u neživých věcí než u lidí. TPO neodstraní mozkové poruchy, ale může dítěti přiblížit vytváření vazby k jeho blízkým. (Prekopová, 2013)

Malý tyran: neboli panovačné dítě je velmi častým jevem dnešní společnosti. V dítěti se odrážejí dobré i špatné vlastnosti, které jsou projevem rodinné výchovy. Pokud se u dítěte projeví porucha chování, je třeba hledat příčinu, která může být důsledkem špatné výchovy nebo výchovné chyby, které se rodiče mohli dopustit i neúmyslně. Jedná se o dítě, které ovládá své rodiče a myslí si, že je mocnější než oni.

Panovačnost se může u dítěte projevit různě, agresivním chováním i uzavřeností. S těmito dětmi je třeba začít pracovat velmi brzy, aby panovačnost nepřerostla v chorobnou závislost na vládnutí (Prekopová, 2000). Čím dříve se s terapií začne, tím je větší šance na nápravu. Výstup z této terapie má za cíl nastolení systemického pořádku a posílení rodičů v jejich roli, popřípadě svržení vlády malého tyrana. Po absolvování TPO je vhodné ještě navštívit výchovnou poradnu nebo behaviorálního terapeuta kvůli přehodnocení systemického pořádku v každodenním životě rodiny. (Prekopová, 2013)

Prvorozené děti nebo sourozenci nemocného či dítěte s postižením: mají často pocit, že rodičům musí vynahradit to, co nemohou chtít po jeho sourozenci, který je nemocný nebo má nějaký druh postižení. Snaží se, aby rodičům nepřidělávaly starosti, podporují je a pomáhají jim. Pokud nedokáží naplnit tuto svou roli, cítí, že selhaly, a obviňují se, mnohdy upadají do deprese (Prekopová, 2014). Problémem u těchto dětí je, že svou bolest nedávají najevo a drží ji v sobě. Při terapii většinou nejsou zlostní, ale vyjadřují své obavy a smutek. Objímající by měl vyjádřit svou lásku a dítě ujistit, že i když dělá chyby a není dokonalé, vždy bude milováno. (Prekopová, 2013)

Mladiství: při terapii rozhodují, v jaké poloze a jak chtějí být objímáni, především pokud se objímají osoby rozdílného pohlaví. Při terapii by nemělo dojít k dotykům v oblasti genitálií. Vhodná poloha je, když objímající sedí a objímaný leží v poloze na boku v jeho náručí. Cílem není vynucovat si terapii sliby, které by nemohly být naplněny, ale dosáhnout určité úmluvy, která může ulehčit další společné soužití. (Prekopová, 2013)

Dospělé děti: by měly brát ohled na stáří svých rodičů a dát jim prostor pro vyjádření obav a strachu z terapie. Starší lidé mohou být uzavřenější, mnohdy kvůli pocitu viny, který cítí k svým dětem. Na místě je zde trpělivý přístup terapeuta i objímaného. I zde je třeba brát ohled při objímání osob opačného pohlaví na vzdálenost pohlavních orgánů, vhodná poloha je vsedě a objímaný leží objímajícímu v náručí. Před terapií je vhodná příprava. Oba účastníci si musí uvědomit, že pocítí

bolest a budou svědky bolesti toho druhého, což může být emocionálně vypjaté a je třeba stanovit si pravidla emocionálního vyjádření. (Prekopová, 2013)

Děti v náhradní rodinné péči: by měly již před začátkem terapie vědět o svém původu nebo se to dozvědět nejpozději při terapii. Náhradní rodiče musí respektovat rodiče biologické a na dítěti milovat vše, co získalo od biologických rodičů. Bolestná událost zanechá v dítěti nesmazatelnou stopu. Mnohdy je dítě nechtěné již od početí a pocity matky si nese po celý život, po porodu bylo samo a v dětství zažívalo pouze nespolehlivé vztahy. Dítě by mělo při TPO vyjádřit všechnu svou nashromážděnou bolest, aby se mu dostalo láskyplné útěchy od náhradního rodiče. Vhodné je u těchto dětí provést rehabilitaci porodních zážitků, aby mohlo plně přijmout svou adoptivní rodinu a adoptivní rodina přijala je. Při terapii dítěte, které je umístěné v pěstounské péči, je nutné, aby se na terapii dostavily oba páry rodičů. (Prekopová, 2013)

1.4.6.2 Rehabilitace porodních zážitků

Během aktivace tělesné paměti při TPO často dochází k vyplynutí traumatické vzpomínky na porod, která nutí spontánně porod prožít, proto je zde namísto použití TPO pro rehabilitaci porodních zážitků, aby byla navozena rovnováha. Cílem není retraumatizace (opakování prožitých hrůz při porodu), ale nová korigující zkušenost.

Před tímto typem terapie je nutné seznámit se s důležitými informacemi z rodinné anamnézy, analyzovat rodinnou situaci, postavení rodiny, zda dítě bylo chtěné, jestli se jedná o chlapce nebo dívku, průběh těhotenství a samotného porodu, zdravotní stav matky a mnoho dalších aspektů.

Před samotnou terapií je dospělým účastníkům vysvětleno, jak je porod mohl ovlivnit v jejich současném životě, dětem je nabízena hra na porod a také dostanou informace, jak bude terapie probíhat, což je doplněno o praktickou generální zkoušku, aby při terapeutickém procesu nedošlo k chaosu. Samotná terapie již simuluje průběh těhotenství, vrcholí porodem dítěte a končí dobou po porodu, kdy se matka sžívá se svým dítětem.

Terapie se užívání jak u rodičů s vlastními dětmi, tak i u dětí adoptovaných, kde biologickou matku zastupuje jiná žena. Účast matky je při terapii nezbytná, pokud to není z nějakého důvodu možné, zastupuje matku jiná žena, kterou si klient zvolí, ale nemělo by se jednat o manžela nebo manželku, vzhledem k nevhodnosti k systemickému pořádku v rodině (manželé si nemohou být vzájemně rodiči).

Terapeut zde sehrává roli porodní asistentky a jeho přítomnost je nutná po celou dobu terapie. Časově usměrňuje průběh, moderuje slovní sdělení a synchronizuje společné dýchání a kontrakce. Navíc je zde nutná ještě přítomnost dalších pomocníků, kteří simulují porodní kanál a kteří podporují hlavu a chodidla dítěte. (Prekopová, 2013)

Dosycení mateřské péče

Vedlejší forma rehabilitace porodních zážitků je vhodná pro dospělé a neprobíhá jen při samotné terapii, ale další mateřská péče by měla probíhat ještě doma. Opět by zde měla být přítomna matka, pokud to není možné, může být zastoupena někým blízkým, u této formy to může být i manžel nebo manželka. (Prekopová, 2013)

1.4.6.3 Manželské usmíření

Při této formě terapie záleží na tom, co je předmětem konfliktu mezi manželi. Způsobů konfrontace i poloh je několik a klienti si je volí sami. Během terapie mohou polohy měnit, přičemž každá tělesná poloha nám poodhaluje jiné systemické pořádky.

Terapeut by měl být flexibilní, musí se vcítit do obou manželů, nikdy nesmí upřednostňovat jednoho z páru. Každý z manželů si musí uvědomovat sám sebe a své pocity, sdělovat je druhému a vcítovat se do jeho pocitů. Terapeut upozorňuje na chyby v komunikaci, zajišťuje aktivní naslouchání a dodržování pravidel. Manželé by se v průběhu terapie neměli urážet či se jinak slovně napadat. Proces manželského usmíření je ukončen tzv. dyádami. Jedná se o rituál, ve kterém partneři shrnují prožitou konfrontaci a vyjadřují naději ve znovu rozproutěnou lásku. Zde funguje terapeut jako „našeptávač“, kdy pokládá otázky, na které mu klienti odpovídají a zaujímají tím své stanovisko. (Prekopová, 2013).

Rozloučení manželů pod terapií TPO

Jedná se o vedlejší formu manželského usmíření, kdy se nedá zabránit rozchodu, který by měl proběhnout v oboustranné úctě. Tato vedlejší forma se uskutečňuje pouze formou objetí a ne pevného objetí. Kontraindikací je v tomto případě víra jednoho manžela v záchranu manželství. Při terapii leží pár na boku nebo pouze sedí na židli a drží se za ruce. Terapeut funguje jako moderátor a konfrontuje klienty s tématy, která souvisejí s jejich bývalým manželstvím (jejich seznámení, narození dětí, společné pozitivní zážitky,...). Oba klienti by měli uznat svůj podíl na rozpadu manželství a vyjádřit lítost nad nezdarem manželství. Zároveň by si měli projevit vzájemnou úctu, která bude navždy spojena s péčí a starostmi o jejich děti. Na konci terapie si pouze stisknou ruce, vlídně se na sebe podívají, ale již se neobejmou jako muž a žena. Účinnosti této formy je doložena zpětnou vazbou klientů, kteří toto rozloučení podstoupili. (Prekopová, 2013)

1.4.6.4 Ve společném spánku

O vývoj této formy terapie se výlučně zasloužil MUDr. Christian Zöchling, homeopatický lékař a terapeut proškolený metodou TPO Dr. Prekopovou. Pozorováním života přírodních národů zjistil, že spánek v bezprostřední blízkosti dospělého člověka je nejlepší preventivní ochranou před stresovými stavy, poruchami spánku, psychosomatickými nemocemi atd. V dnešním civilizovaném světě je nám již od malička spánek v bezprostřední blízkosti dospělé osoby odpírán. Existencionální pocit nejistoty se může projevit v dospělém věku a způsobovat strach a stresové stavy. Při této terapii stráví člověk tři noci v těsném tělesném kontaktu s milovanou osobou.

Cílem je nalézt zotavující spánek a hluboké uvolnění po celou noc. Tento proces zvládnou pouze dostatečně motivované páry. Výsledky párů, které tento proces s úspěchem zvládly, byly velmi působivé. (Prekopová, 2013)

1.4.6.5 Pomocí vizualizace

Tuto formu můžeme chápat jako usmiřovací terapii mezi dospělými a jejich rodiči, kteří nemohou být na terapii přítomni nebo již zemřeli. Nepřítomná osoba je zastoupena manželem, manželkou nebo dobrým přítelem. Ačkoli vznikla jako doplňková forma terapie, je dnes nejčastěji využívána. Vizualizace se využívá také např. v hypnóze, psychoanalýze nebo při autogenním tréninku. Umožňuje klientům, aby došlo k usmíření s jejich blízkými, byla mezi nimi obnovena láska a u většiny traumat také obnovení lásky k sobě samému. Terapie má tři kroky, které na sebe navazují, a vede ji terapeut. Terapii předchází rozhovor s klientem, aby terapeut získal potřebné informace o životopisu klienta, aby ho dokázal správně doprovázet až do konce procesu, který končí usmířením a láskou. Při rozhovoru může být přítomna i osoba, kterou si klient vybral pro pevné objetí. Terapie se odehrává v intimním prostředí, vždy jen s jednotlivcem, který vstupuje do vizualizovaného procesu pod lehkou hypnózou a po celou dobu má zavřené oči. Dnes se vizualizace využívá ve třech formách zpracování konfliktu. Při usmíření s nepřítomnými rodiči, nebo i sourozenci, s rozvedeným manželem nebo manželkou, při rozloučení se zemřelým a při osvobození od lehce zpracovatelného traumatu. (Prekopová, 2013)

1.4.7 Etický kodex

Praktikování a šíření TPO by nebylo možné bez stanovení etických kritérií a sestavení etického kodexu, aby tato metoda nemohla být zneužita. Terapeut TPO musí dodržovat etický kodex, který je vázán k jeho základní profesi (etický kodex psychologů, sociálních pracovníků,...) a pak je vázán Etickým kodexem TPO, jenž se skládá ze dvou částí. První část tvoří Etický kodex České psychoterapeutické společnosti, v druhé části je doplněn o specifické body, které se váží k TPO a je členěn dle čtyř základních principů evropského Metakodexu psychologické etiky. Současná podoba etického kodexu byla přijata v roce 2012 a je závazným předpisem pro všechny terapeuty TPO. Vzhledem k obsáhlosti zde nebudu rozepisovat jednotlivé body, ale pro jeho důležitost uvádím kompletní současné znění v příloze č. 2. (Prekopová, 2013)

1.5 TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ V ČR

V České republice se o rozšíření metody TPO zasloužil především PhDr. Jaroslav Šturma, dětský klinický a poradenský psycholog, psychoterapeut a supervizor. Výcvik TPO absolvoval v institutu J. Prekopové v Německu a pod záštitou tohoto institutu byli vyškolení i první terapeuti v České republice. Významnou událostí pro rozvoj TPO u nás bylo uspořádání kongresu „Tělem a duší“ v roce 1999 v Praze. V roce 2001 byla založena Pracovní skupina pro Terapii pevným objetím podle Prekopové při Českomoravské psychologické společnosti, jejímž vedoucím se stal právě PhDr. Jaroslav Šturma, která sdružuje terapeuty a zájemce o TPO. (Prekopová, 2008)

Dnes je u nás evidovaných již více než čtyřicet proškolených terapeutů a jejich řady se neustále rozšiřují, jsou pořádány přednášky o terapii a výcvik terapeutů v několika městech v ČR. Pro Jihočeský kraj je aktuálně evidován jeden terapeut TPO. (Prekopová 2008)

Laická veřejnost začala mít povědomí o této terapii především z pořadů, které přibližují práci Dr. Prekopové a seznamují s TPO. Asi největší vliv měl pořad „Mámo, táto, obejmi mě“, uvedený Českou televizí. Tématem TPO se zabývaly také pořady Reportéři ČT, Klíč nebo Soukromá dramata. Dr. Prekopová vystoupila i v pořadu Show Jana Krause, v Českém rozhlase a rozhovory s ní se objevily v mnoha novinách a časopisech.

1.6 VYUŽITÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Zpracování terapie do dnešní podoby rozšířilo její okruh využití. I dnes se terapie neustále vyvíjí a přináší nové možnosti, jak efektivně terapii využít. Terapie je prováděna jak ambulantně, tak i na společných seminářích a vizí Dr. Prekopové je využití terapie i v dalších institucích. (Prekopová, 2013)

Přínos by mohla terapie vnést např. do školství (mateřské školy, základní školy a dětské domovy). Zavedení předmětu o výchově by mohlo vést k lepšímu pochopení vztahů k sobě samým i k lidem okolo nás.

Další institucí jsou domovy pro seniory. Senioři jsou velice ohroženi samotou a chybí jim tělesný kontakt, protože do domova pro seniory se nejčastěji dostávají po úmrtí jednoho z partnerů. I když potřebují tělesný kontakt, tak jako ostatní lidé, většinou již nemají nikoho, s kým by ho sdíleli.

Z předešlých kapitol vyplývá mnohostranné využití metody při práci s dětmi, ať už postiženými, nemocnými nebo dětmi s výchovnými poruchami, u dospělých při rodinné a manželské terapii i u seniorů. Terapie by mohla být využita ve všech zařízeních sociální péče, kde se s těmito lidmi setkáváme.

1.7 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

1.7.1 Služby sociální péče

Odlehčovací služby

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 44 a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení.

Týdenní stacionáře

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 47 a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 48 a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domovy pro seniory

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 49 a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 50 a je určena osobám se sníženou soběstačností, osobám s chronickým duševním onemocněním nebo závislým na návykových látkách a osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Chráněné bydlení

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 51 a je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 52 a je určena osobám, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje lůžkovou péči, ale nejsou schopny se o sebe postarat samy, bez pomoci jiné osoby.

Proto nemohou být propuštěny z lůžkového zařízení do doby, než je jim zajištěna pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou ambulantně, terénní sociální službou nebo v bytovém zařízení sociálních služeb.

1.7.2 Služby sociální prevence

Azylové domy

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 57 a je určena osobám v nepříznivé životní situaci, která je spojena se ztrátou bydlení.

Domy na půl cesty

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 58 a je určena osobám ve většině případů do 26 let věku, jež po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, jiná zařízení pro péči o děti a mládež, dále pak pro osoby propuštěné z výkonu trestu a z ochranné léčby.

Krizová pomoc

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 60 a je určena osobám v ohrožení zdraví nebo života, které nejsou schopny řešit nepříznivou životní situaci vlastními silami.

Intervenční centra

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 60a a je určena osobám ohroženým násilným chováním od osoby vykázané ze společného obydlí, popřípadě na žádost osoby, která se cítí být ohrožena násilným chováním osoby, se kterou sdílí společnou domácnost.

Služby následné péče

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 64 a je určena osobám s chronickým duševním onemocněním nebo osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ambulantní léčbu nebo abstinují.

Terapeutické komunity

Služba je v zákoně ukotvena paragrafem č. 68 a je určena osobám závislým na návykových látkách a osobám s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života společnosti (Česko, 2007).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem této práce bylo zjistit, jaké je povědomí o TPO mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách v pobytových zařízeních Jihočeského kraje, která mají registrovanou některou ze sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, a zda se v některém z těchto zařízení tato metoda při práci s klienty využívá.

2.2 HYPOTÉZY PRÁCE

Pro výzkum byly stanoveny následující dvě hypotézy:

H1: Metoda pevného objetí není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.

H2: Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v Jihočeském kraji nejsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY

Ke sběru dat jsem se rozhodla využít kvantitativní výzkum, jenž je zaměřen na hledání vztahů mezi dvěma či více proměnnými a jeho úkolem je statisticky popsat typ závislosti mezi těmito proměnnými. (Punch, Keith, 2011)

Konkrétně pak techniku dotazování prostřednictvím anonymního dotazníku, jedné z nejčastějších metod sběru dat. Dotazníkem se rozumí soubor otázek, dopředu zpracovaných na daném formuláři. Jedná se o metodu, která získává údaje nepřímým dotazováním respondentů, a která je tedy vhodná při velkém počtu respondentů (Punch, Keith, 2011). Dotazník byl sestaven po prostudování a obsahové analýze odborné literatury s ohledem na zjištění potřebných informací pro potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Po konzultaci s vedoucí práce byl upraven a následně osobně distribuován do zařízení, která přislíbila účast ve výzkumu.

Úvodní část dotazníku obsahuje představení a účel dotazníku. Následuje 22 otázek, 19 uzavřených, 1 polootevřená a 2 otevřené. Instrukce k vyplnění obsáhlejších otázek jsou uvedeny přímo u zadání otázky. Prvních šest otázek slouží ke zjištění základních informací o zařízení, následující tři, které zjišťují, na jaké pozici a jak dlouho v zařízení dotazovaný pracuje a jaké je jeho vzdělání. Otázky 10. – 14. jsou věnovány práci s klienty. Otázka č. 15 zjišťuje, zda dotazovaný zná TPO. Otázky č. 16 a 17 jsou doplňující pro ty, kteří odpověděli kladně na otázku č. 15, ostatní pokračují otázkou č. 18, která je otevřená a slouží ke zjištění, jaké jiné metody se v zařízeních využívají. 19. otázka zjišťuje názor dotazovaného na možnost využití TPO v daném zařízení. Otázka č. 21 má zjistit, zda se již dotazovaný setkal se zájmem o tuto metodu ze strany klientů nebo jejich rodin a otázka č. 20 na koho by se obrátil, popřípadě kde by hledal informace při zájmu klientů. Poslední otázka zjišťuje, jestli by dotazovaný chtěl získat více informací o metodě TPO, pokud by k tomu měl příležitost. Kompletní znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 3 této práce.

Pro předvýzkum, jenž je testem nástrojů, které chceme ve výzkumu využít (Disman, 2002), v tomto případě dotazníku, jsem telefonicky oslovila 12 zařízení, přičemž 4 zařízení účast ve výzkumu odmítla. Do zbylých 8 jsem osobně doručila dotazníky, do každého zařízení bylo doručeno 5 dotazníků. Účelem předvýzkumu je otestování, zda je připravený dotazník pro respondenty srozumitelný a jednoznačný a také jaká bude návratnost vyplněných dotazníků. Ze 40 dotazníků se správně vyplněných a použitelných pro výzkum vrátilo 31. Následně jsem telefonicky oslovila zbylých 60 organizací a zařízení. Účast na výzkumu přislíbilo 42 zařízení. Do každého tohoto zařízení jsem následně doručila 5 dotazníků osobám, se kterými jsem byla v kontaktu. Ve většině zařízení se jednalo o vedoucí pracovníky nebo o sociální pracovníky. V každém zařízení byly dotazníky ponechány 1 – 2 týdny a poté jsem si je opět vyzvedla. Celkem i s předvýzkumem bylo rozdáno 250 dotazníků. Návratnost byla 238 dotazníků, přičemž 12 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné nebo neúplné vyplnění. Pro zpracování výsledků bylo tedy využito 226 dotazníků.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

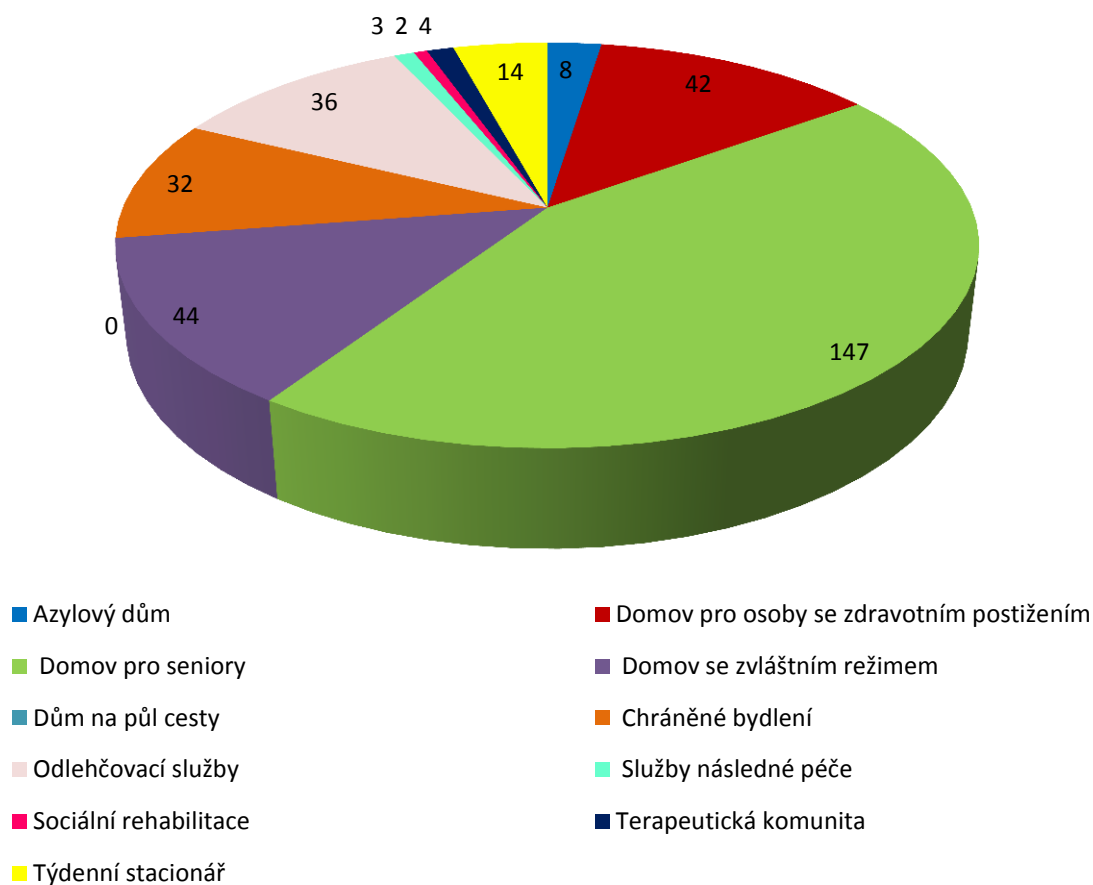
Výzkumným souborem je reprezentativní vzorek ze zařízení poskytujících pobytové a jiné sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb. Organizace a zařízení poskytující pobytové služby jsem si vyhledala pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb. Celkem se jednalo o 72 organizací a zařízení, přičemž některé organizace spravují i několik pobytových zařízení. Celkem účast na výzkumu přislíbilo 50 organizací a zařízení, přičemž výběrový soubor tvořili sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v těchto zařízeních. Celkem se jedná o 226 respondentů.

4 VÝSLEDKY

Výsledky v této části práce byly zpracovány z celkového počtu 226 navrácených, správně a úplně vyplněných dotazníků do přehledných tabulek a grafů, podrobně jsou výsledky rozpracovány v části práce Diskuze. Každá otázka byla zpracována jednotlivě a je zastoupena buď tabulkou, nebo grafem.

Otázka č. 1: Zaškrtněte, z níže uvedených, druh registrované sociální služby zařízení, ve kterém pracujete. (pokud má zařízení, v němž pracujete více registrovaných služeb, zaškrtněte prosím všechny)

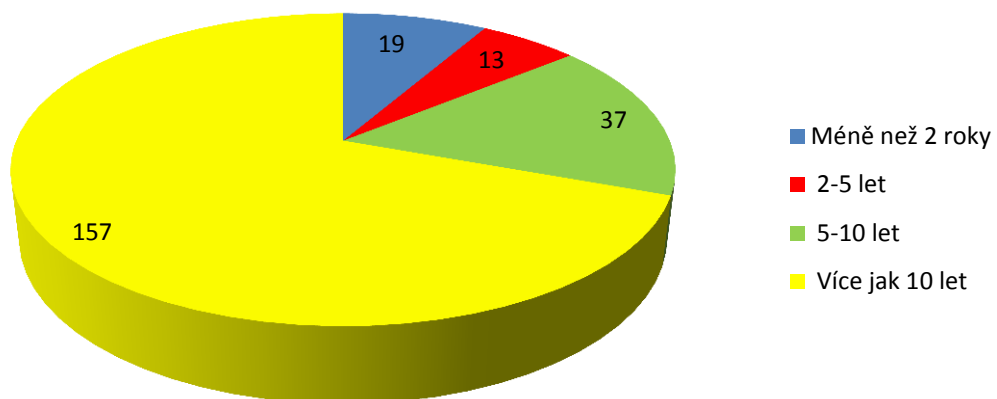
Graf 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Jak dlouho zařízení, ve kterém pracujete, funguje?

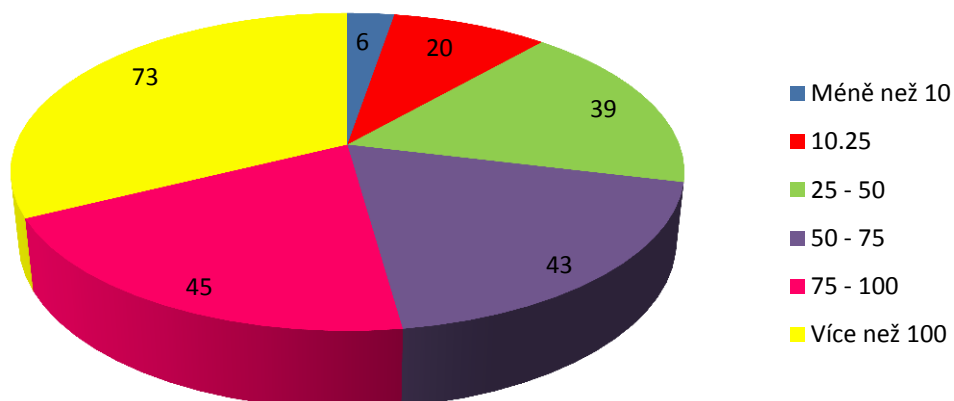
Graf 2



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Pro kolik klientů je Vaše zařízení určeno?

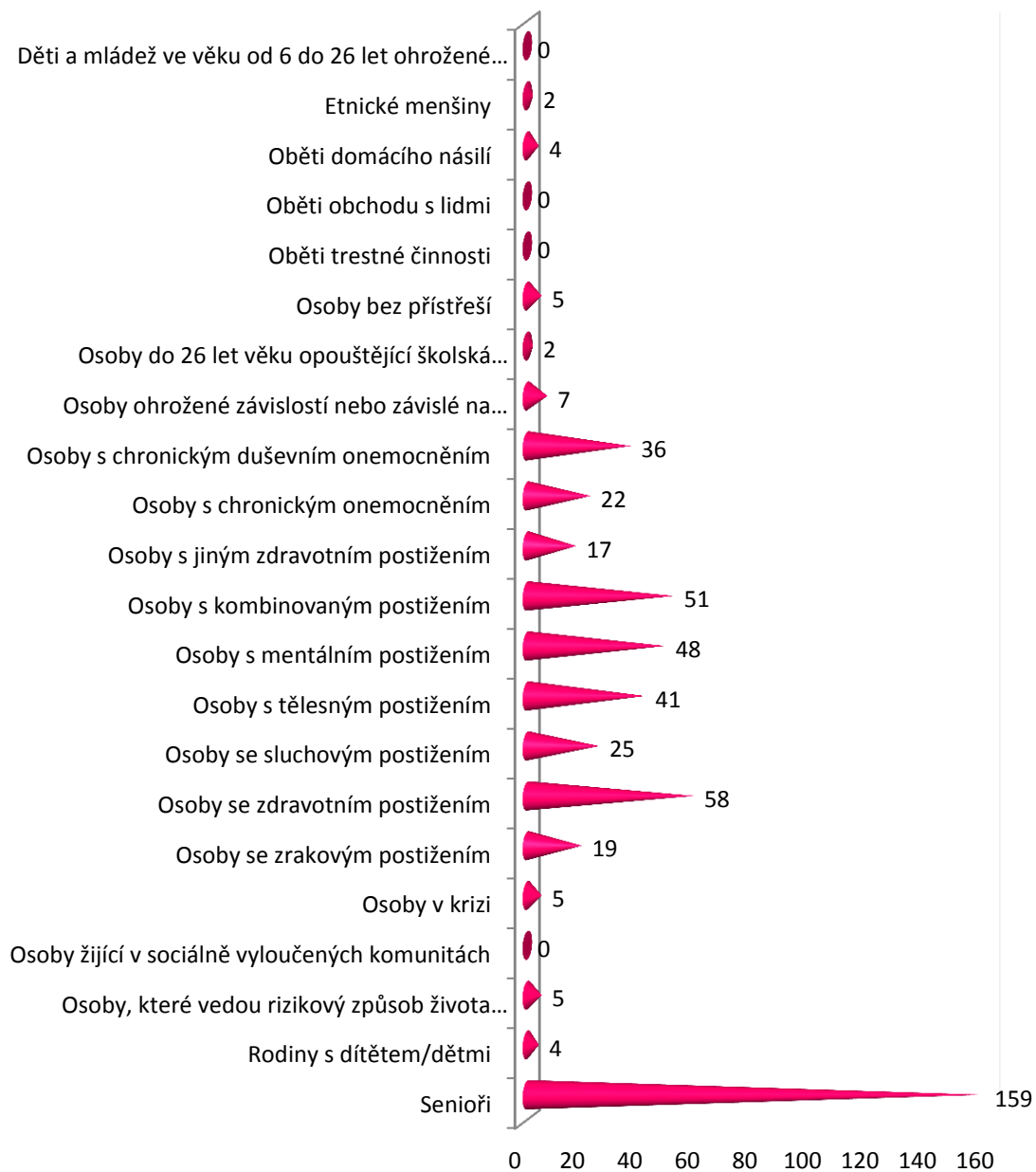
Graf 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: Pro kterou cílovou skupinu je Vaše zařízení určeno? (označte všechny cílové skupiny, kterým je Vaše zařízení určeno)

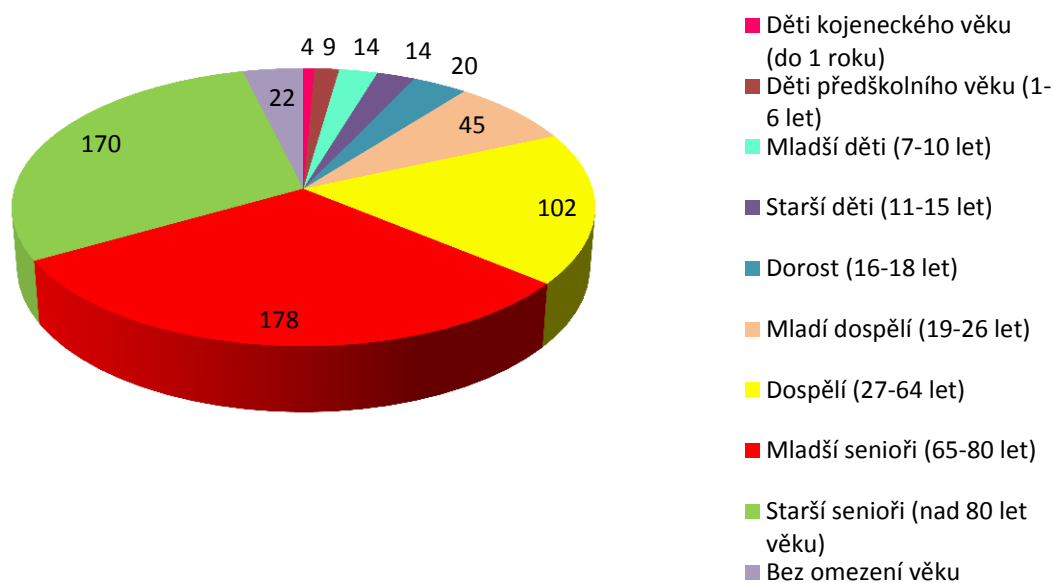
Graf 4



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Jaké je věkové rozmezí klientů ve Vašem zařízení? (označte všechny věkové kategorie, pro které je Vaše zařízení určeno)

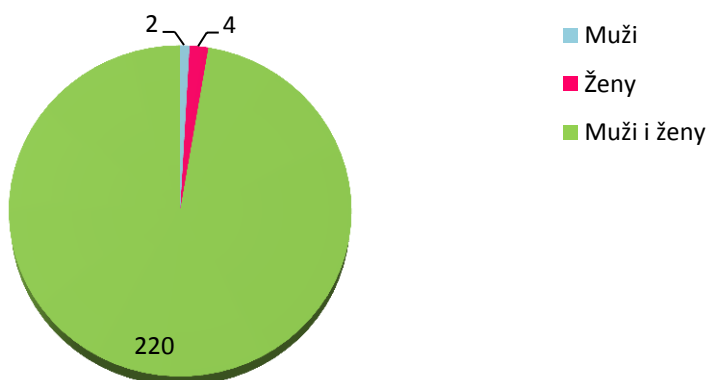
Graf 5



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Jaké je pohlaví klientů v zařízení, kde pracujete?

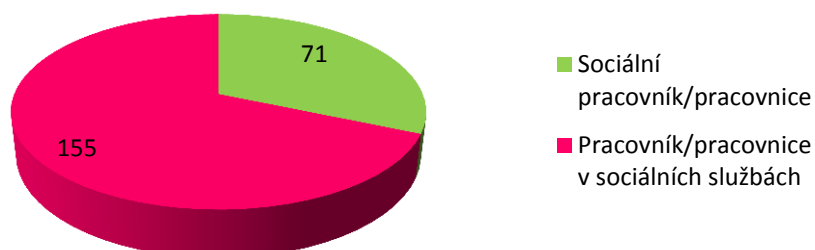
Graf 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: V zařízení pracuji na pozici:

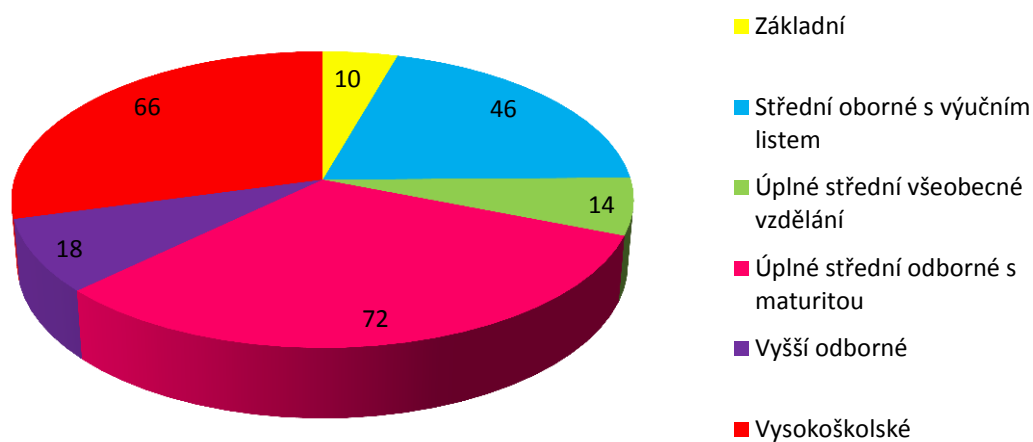
Graf 7



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Mé nejvyšší dosažené vzdělání je:

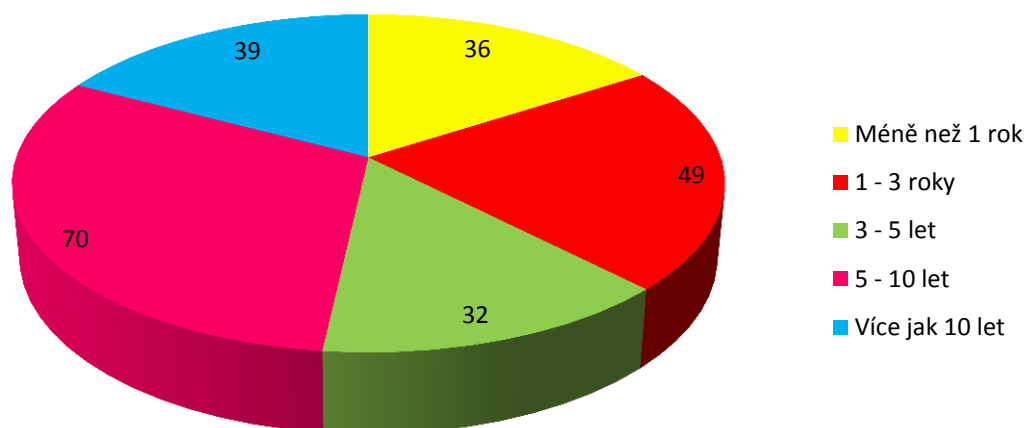
Graf 8



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: V zařízení pracuji na uvedené pozici:

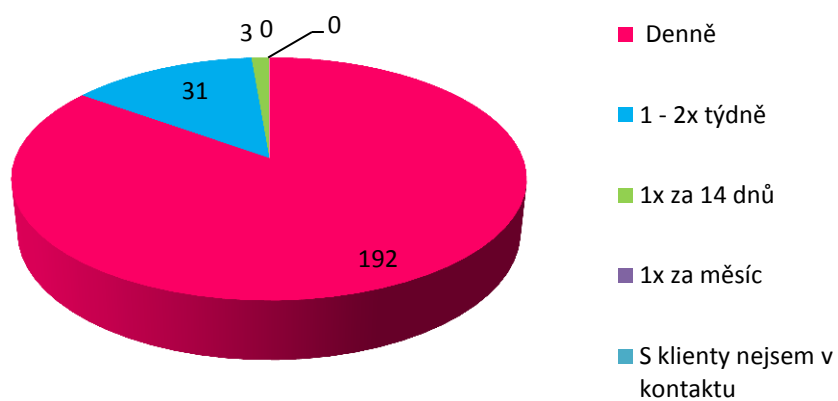
Graf 9



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10: S klienty jsem v kontaktu:

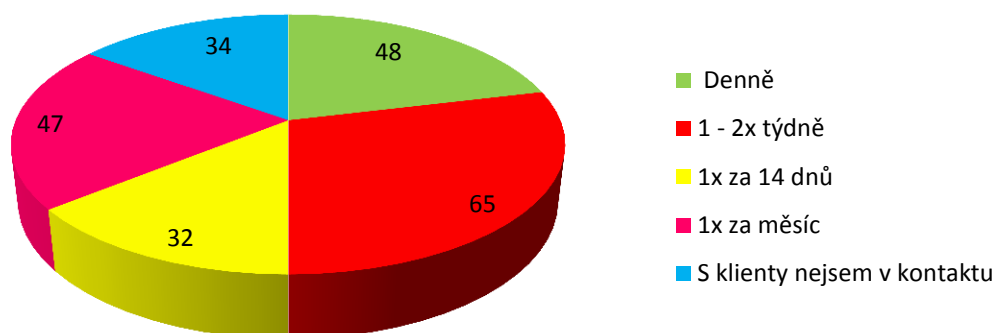
Graf 10



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11: S rodinou klientů jsem v kontaktu:

Graf 11



Zdroj: Vlastní výzkum

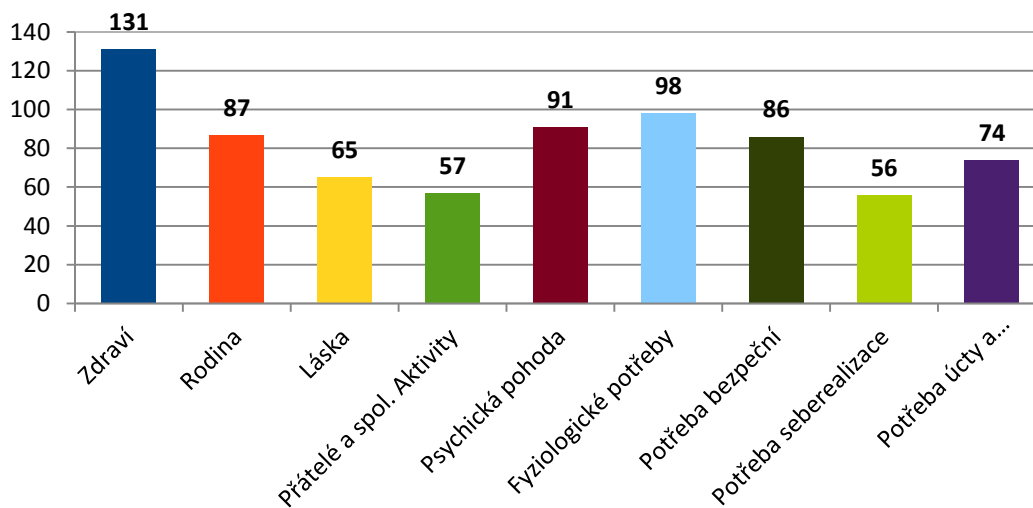
Otázka č. 12: Které potřeby jsou dle vašeho názoru pro klienty ve Vašem zařízení nejdůležitější? (označte čísla 1-9, kdy 1 je nejdůležitější potřeba, 9 nejméně důležitá potřeba)

Tabulka 1

	Hodnocení 1 - 9								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zdraví	131	24	21	8	11	11	6	9	5
Rodina	87	44	23	18	19	15	8	7	5
Láska	65	17	23	18	24	23	22	19	15
Přátelé a spol. Aktivity	57	12	22	11	28	22	23	27	24
Psychická pohoda	91	29	27	26	23	12	9	5	4
Fyziologické potřeby	98	26	24	19	15	10	8	9	17
Potřeba bezpečí	86	20	15	31	19	23	22	7	3
Potřeba seberealizace	56	16	15	8	5	13	19	34	60
Potřeba úcty a sebeúcty	74	18	16	16	14	20	26	33	9

Zdroj: Vlastní výzkum

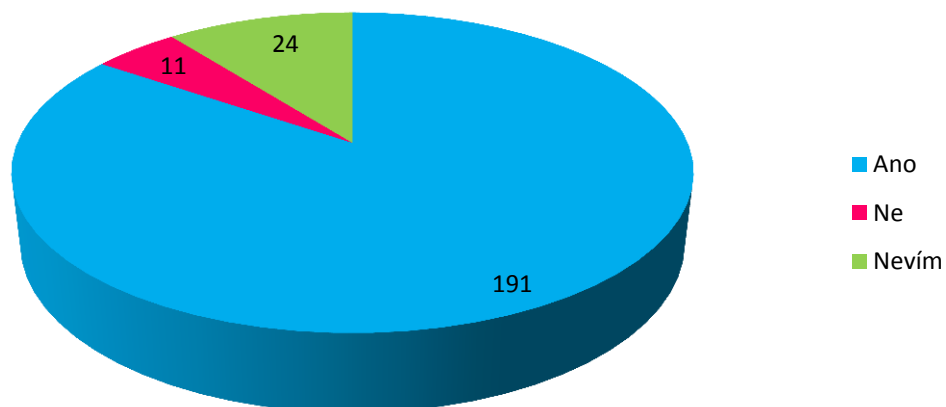
Graf 12



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Je pro Vaše klienty důležitý fyzický kontakt?

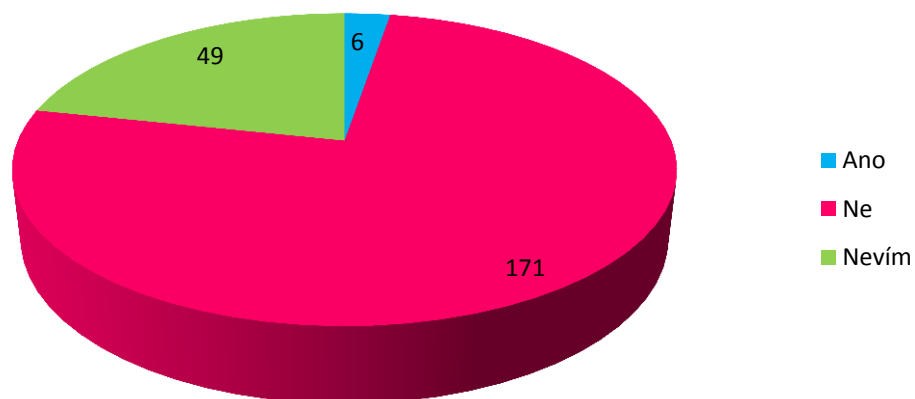
Graf 13



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14: Je pro Vaše klienty fyzický kontakt nežádoucí? Je jim nepříjemný?

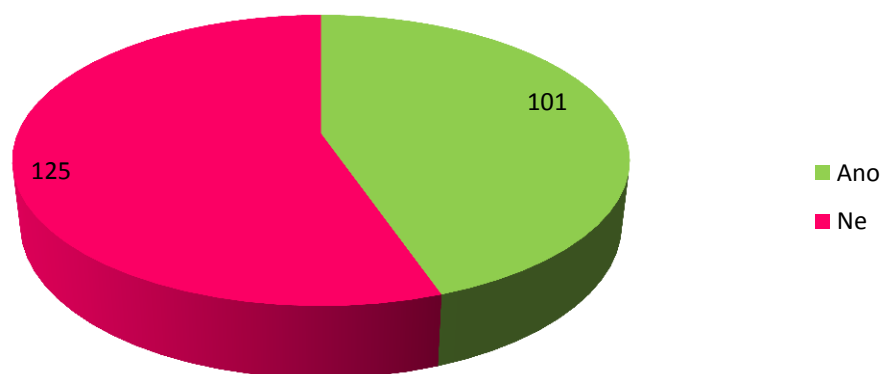
Graf 14



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15: Znáte Terapii pevným objetím podle Prekopové?

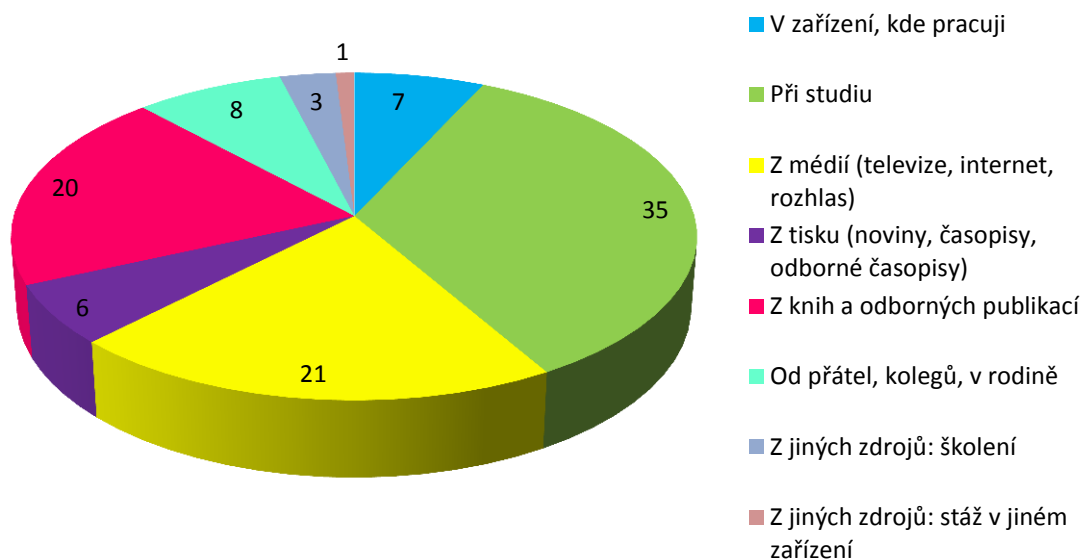
Graf 15



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16: Kde jste se o této terapii dozvěděl/a?

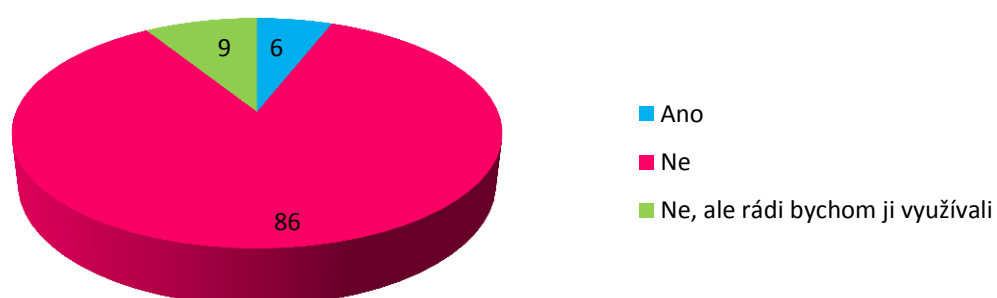
Graf 16



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17: Využíváte tuto terapii v zařízení, kde pracujete?

Graf 17



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18: Využíváte ve Vašem zařízení jiné metody při práci s klienty? Prosím uveďte jaké.

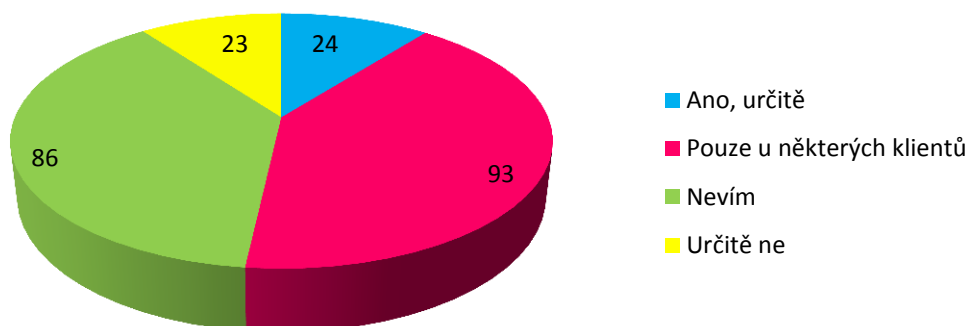
Tabulka 2

10 dalších nejčastěji využívaných metod	Počet respondentů, kteří v dotazníku uvedli tuto metodu
Bazální stimulace	69
Nevyužíváme žádné metody	69
Aktivizační činnosti	31
Muzikoterapie	27
Canisterapie	24
Ergoterapie	21
Reminiscence	20
Smyslová aktivizace	16
Validační metody	11
Kinestetická mobilizace	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19: Myslíte si, že i ve Vašem zařízení u Vašich klientů by se tato metoda nechala využít?

Graf 18



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20: Pokud by měl některý klient nebo jeho rodina o tuto terapii zájem, víte, kam se obrátit?

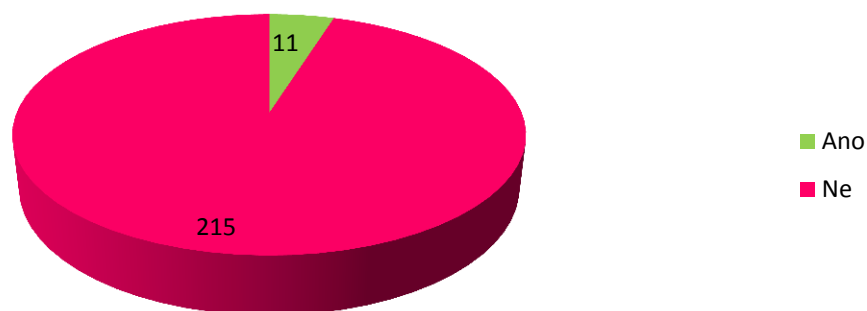
Tabulka 3

Odpovědi respondentů	Počet respondentů
Ne	131
Ano	48
Informace bych zjistil/a u sociálního pracovníka	8
Informace bych hledal/a na internetu	27
Informace bych hledal/a v literatuře	4
Obrátila bych se na klinického psychologa	5
Ne, nezajímá mě to	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 21: Setkal/a jste se již ve Vašem zařízení s klientem nebo jeho rodinou, která o tuto terapii projevila zájem?

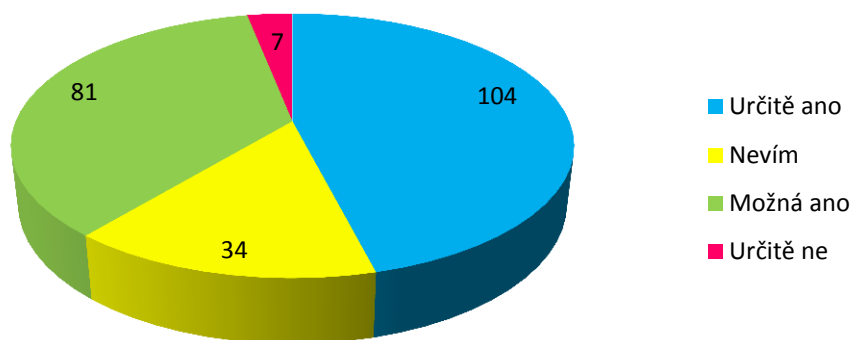
Graf 19



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 22: Pokud byste měl/a možnost dozvědět se o této terapii více, např. na semináři nebo přednášce, zúčastnil/a byste se?

Graf 20



Zdroj: Vlastní výzkum

5 STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Ke statistickému vyhodnocení hypotéz použijeme tzv. chí-kvadrát test nezávislosti. Tento test slouží k tomu, abychom ověřili, zda jsou na sobě dané znaky závislé. V tomto případě budeme zjišťovat, zda jsou odpovědi získané výzkumem ve stejném poměru. Hypotézy H1 se týká otázka č. 17 a hypotézy H2 otázka č. 15. Výpočty provádíme v programu Microsoft Excel pomocí statistické funkce CHINV.

Po sestavení kontingenčních tabulek se skutečnými četnostmi vypočítáme hodnoty očekávaných četností dle vzorce:

$$e_{ij} = \frac{n_{.i} n_{.j}}{n}$$

Dále vypočítáme testové kritérium dle vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Ze získaných výsledků spočítáme kritickou hodnotu. Po porovnání testového kritéria a vypočítané kritické hodnoty můžeme stanovené hypotézy potvrdit, nebo vyvrátit. Pokud je testové kritérium nižší než kritická hodnota, přijímáme hypotézu H0. Pokud je rovno nebo vyšší než kritická hodnota, přijímáme hypotézu H1, která nám ukazuje, že určitá závislost mezi znaky existuje.

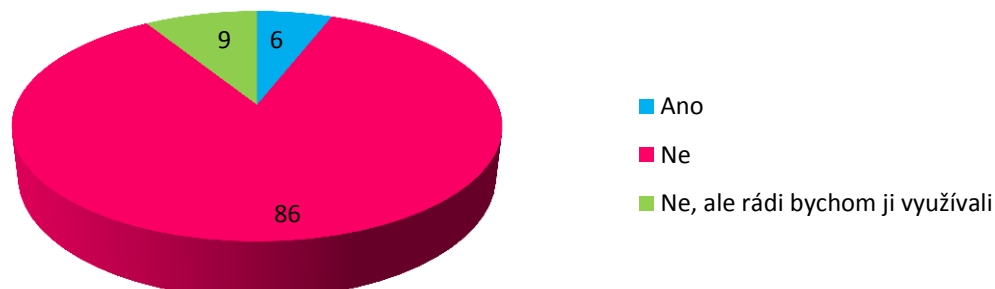
Hypotéza č. 1

H0: Metoda pevného objetí podle Prekopové není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.

H1: Metoda pevného objetí podle Prekopové je v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.

Otázka č. 17: Využíváte tuto terapii v zařízení, kde pracujete?

Graf 17



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 : Kontingenční tabulka

Využíváte tuto terapii v zařízení, kde pracujete?				
	Ano	Ne	Ne, ale rádi bychom ji využívali	Celkem
Sociální pracovník/pracovnice	4	36	5	45
Pracovník/pracovnice v sociálních službách	2	50	4	56
Celkem	6	86	9	101

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí:

Hypotéza byla testována na otázce č. 17 (Graf 17 a Tabulka 3) pomocí chí kvadrát testu. Hladina významnosti byla stanovena $1\% \alpha$. Po dosazení do vzorce bylo testové kritérium $G=1,888$ a kritická hodnota $X=9,21$. Z tohoto výsledku je patrné, že hypotézu H_0 nezamítáme a je výpočtem potvrzena. Metoda pevného objetí podle Prekopové není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb využívána.

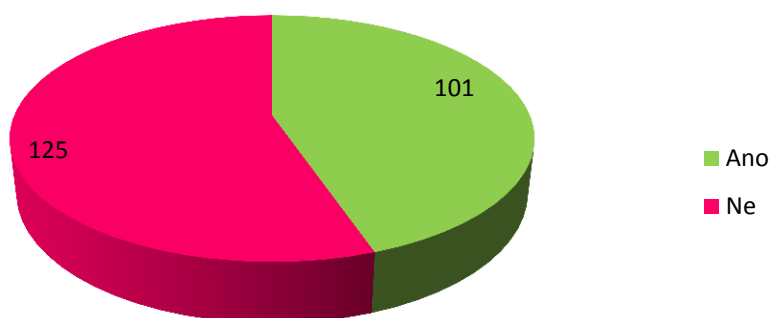
Hypotéza č. 2

H0: Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji nejsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.

H1: Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji jsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.

Otázka č. 15: Znáte Terapii pevným objetím podle Prekopové?

Graf 15



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4: Kontingenční tabulka

Znáte Terapii pevným objetím podle Prekopové?			
	Ano	Ne	Celkem
Sociální pracovník/pracovnice	30	41	71
Pracovník/pracovnice v sociálních službách	45	110	155
Celkem	75	151	226

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí:

Hypotéza byla testována na otázce č. 15 (Graf 15 a Tabulka 4) pomocí chí kvadrát testu. Hladina významnosti byla stanovena $5\% \alpha$. Po dosazení do vzorce bylo spočítáno testové kritérium $G=3,841$ a kritická hodnota $X=3,841$. Z tohoto výsledku je patrné, že hypotézu H_0 zamítáme a přijímáme hypotézu H_1 . Můžeme tedy říci, že pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji jsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.

6 DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zjistit povědomí o metodě TPO mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách v pobytových zařízeních v Jihočeském kraji a také to, zda je tato metoda v některém ze zařízení využívána. Dr. Prekopová uvádí, že by byla ráda, kdyby se tato metoda dále rozšiřovala, např. do zařízení pro seniory. (Prekopová, 2013)

Organizace a zařízení jsem si vyhledala pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb, který spravuje MPSV. Celkem se do výzkumu zapojilo 50 organizací a zařízení z celkového počtu 72, což činí 69,44 %. Následně byly do zařízení osobně distribuovány dotazníky, přičemž v každém zařízení bylo k vyplnění ponecháno 5 dotazníků. Vrátilo se vyplněných 238 dotazníků, 12 jich bylo vyřazeno pro chybné nebo neúplné vyplnění. Celkem bylo pro vyhodnocení výsledků použito 226 řádně vyplněných dotazníků.

V následující části budou rozpracovány zjištěné výsledky, jež jsou v kapitole 4 VÝSLEDKY prezentovány grafy a tabulkami. Prvních šest otázek mělo za úkol zjistit základní informace o zařízeních, ve kterých respondenti pracují, přičemž některá zařízení mají více registrovaných sociálních služeb. Nejvíce byly zastoupeny Domovy pro seniory 147 (44 %), Domovy se zvláštním režimem 44 (13 %) a Domovy pro osoby se zdravotním postižením 42 (13%), dále pak Odlehčovací služby 36 (11 %), Chráněné bydlení 32 (10 %), Týdenní stacionáře 14 (4 %), Azylové domy 6 (2 %), Terapeutické komunity 4 (1 %), Služby následné péče 3 (1 %) a Sociální rehabilitace 2 (1 %). Žádný z respondentů nepracuje v zařízení, které by mělo registrovanou sociální službu Dům na půl cesty. Nejvíce byla zastoupena zařízení, která jsou v provozu více jak 10 let 157 (70 %), dále pak 5-10 let 37 (16 %), méně než 2 roky 19 (8 %) a nejméně bylo zařízení, která jsou v provozu 2-5 let (6 %). Nejvíce respondentů pracuje v zařízeních určených pro více jak 100 klientů 73 (32 %), 75-100 klientů 45 (20 %), 50 – 75 klientů 43 (19 %), 25-50 klientů 39 (17 %), 10 – 25 klientů 20 (9 %) a nejméně v zařízeních pro méně než 10 klientů 6 (3 %). Nejpočetněji je zastoupena cílová skupina klientů v kategorii senioři 159 (31,18 %), následují osoby se zdravotním postižením 58 (11,37 %), osoby

s kombinovaným postižením 51 (10 %), osoby s mentálním postižením 48 (9,41 %), osoby s tělesným postižením 41 (8,04 %), osoby s chronickým duševním onemocněním 36 (7,06 %), osoby se sluchovým postižením 25 (4,9 %), osoby s chronickým onemocněním 22 (4,31 %), osoby se zrakovým postižením 19 (3,73 %), osoby s jiným zdravotním postižením 17 (3,33 %), osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách 7 (1,37 %), osoby bez přístřeší 5 (0,98 %), osoby v krizi 5 (0,98 %), osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy 5 (0,98 %), oběti domácího násilí 4 (0,78 %), rodiny s dítětem/děťmi 4 (0,78 %), etnické menšiny 2 (0,39 %) a osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče 2 (0,39 %). V oslovených zařízeních nejsou zastoupeny následující cílové skupiny klientů: děti a mládež od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy, oběti obchodu s lidmi, oběti trestné činnosti a osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách. V další otázce bylo zjišťováno věkové rozmezí klientů v zařízeních, přičemž některá zařízení jsou opět určena pro více věkových skupin. Nejvíce zařízení je určeno pro klienty z věkové skupiny mladší senioři, od 65 do 80 let 178 (31 %), dále pak starší senioři nad 80 let 170 (29 %), dospělí od 27 do 64 let 102 (18 %), mladí dospělí od 19 do 26 let 45 (8 %), dorost 16 – 18 let 20 (3 %), shodně 14 (2 %) pro mladší (7-10 let) a starší (11-15 let) děti, 9 (2 %) pro děti předškolního věku (1–6 let) a 4 (1 %) pro děti kojeneckého věku do 1 roku. 22 respondentů (4 %) pracuje v zařízeních, která jsou určena pro klienty bez omezení věku. Pouze 2 respondenti (1 %) pracuje v zařízení určeného výhradně pro muže, 4 respondenti (2 %) pracují v zařízeních určených výhradně pro ženy a nejvíce respondentů, 220 (97 %), pracuje v zařízeních, která nejsou vyhraněna pro jedno pohlaví, jsou určená pro muže i ženy.

Další tři otázky slouží ke zjištění základních informací o respondentech. Na pozici sociální pracovník/pracovnice pracuje 71 (31 %) respondentů, zbylých 155 (69 %) pracuje jako pracovník/pracovnice v sociálních službách, přičemž 72 (32 %) respondentů má úplné střední odborné vzdělání s maturitou, 66 (29 %) vysokoškolské vzdělání, 46 (20 %) střední odborné vzdělání s výučním listem, 18 (8 %) vyšší odborné vzdělání, 14 (6 %) úplné střední všeobecné vzdělání a nejméně je zastoupena skupina

se základním vzděláním 10 (5 %). Na pracovní pozici, již respondenti vyplnili v otázce č. 7, pracuje nejvíce respondentů 5-10 let 70 (31%), 1-3 roky 49 (22%), více jak 10 let 39 (17%), méně než 1 rok 36 (16%) a 3-5 let 32 (14%).

Dalších pět otázek bylo věnováno kontaktu respondenta s klienty, rodinou klientů a jeho názoru na klientovy potřeby. 192 (85 %) respondentů uvedlo, že s klientem jsou v kontaktu denně, 31 (14 %) 1- 2x týdně a 3 (1 %) 1x za 14 dnů. Žádný z respondentů neuvedl, že by byl s klienty v kontaktu 1x za měsíc nebo že by s klienty nebyl v kontaktu vůbec. S rodinou klientů je 65 (29 %) respondentů v kontaktu 1 – 2x týdně, 48 (21 %) denně, 47 (21 %) 1x za měsíc, 34 (15 %) není s rodinou klientů v kontaktu vůbec a 32 (14 %) je s rodinou klientů v kontaktu 1x za 14 dnů. V následující otázce měli respondenti označit u 9 vybraných potřeb význam těchto potřeb pro klienty, kdy číslo 1 označovalo nejdůležitější potřebu a poslední číslo 9 nejméně důležitou potřebu. Kompletní výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 1. Z výzkumu vyplynulo, že 131 respondentů si myslí, že nejdůležitější je pro klienty zdraví, 98 označilo fyziologické potřeby, 91 psychickou pohodu, 87 rodinu, 86 potřebu bezpečí, 74 potřebu úcty a sebeúcty, 65 lásku, 57 přátele a společenské aktivity a 56 respondentů si myslí, že je pro klienty nejdůležitější potřeba seberealizace. Vzhledem k tomu, že TPO je metoda, která využívá fyzický kontakt, v následujících 2 otázkách jsem zjišťovala, zda je pro klienty důležitý fyzický kontakt, nebo jim vadí či je jim nepříjemný. Z výsledků je patrné, že 191 (84 %) respondentů si myslí, že pro klienty je fyzický kontakt důležitý, 11 (5 %), že pro klienty důležitý není, a 24 (11 %), neví. 6 (2 %) respondentů uvedlo, že je klientům fyzický kontakt nepříjemný, 171 (76 %), že jim nepříjemný není a 49 (22 %) neví. V otázce číslo 15 byla testována Hypotéza č. 2: *„Pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji nejsou dostatečně informováni o možnosti využití terapie pevného objetí podle Prekopové.“* Na základě statistického testování hypotéz byla tato hypotéza vyvrácena, jelikož počet respondentů, kteří odpověděli kladně, je vyšší, než byl předpoklad. 125 (55 %) nezná metodu TPO, 101 (45 %) uvedlo, že tuto metodu znají. Nejvíce respondentů 35 (34 %) se s informacemi o této metodě setkalo při studiu, 21 (21 %) má informace z médií (televize, rozhlas, internet),

20 (20 %) z knižních publikací, 8 (8 %) od přátel nebo kolegů, 7 (7 %) ze zařízení, ve kterém pracují, 6 (6 %) z tisku, 3 (3%) se účastnili školení k této metodě a 1 (1 %) respondent se o TPO dozvěděl při stáži v jiném zařízení. Na otázce č. 17 byla testována Hypotéza č. 1: „*Metoda pevného objetí podle Prekopové není v Jihočeském kraji v zařízeních sociálních služeb rozšířena.*“. Na základě statistického testování byla tato hypotéza potvrzena, protože pouze 6 (1 %) respondentů uvedlo, že v zařízení tuto terapii využívají, 86 (85 %) nevyužívá a 9 (9 %), že ji nevyužívají, ale rádi by ji při práci s klienty začali využívat. V následující otázce uvedlo 93 (41 %) respondentů, že by se tato terapie dala v jejich zařízení využít, ale pouze u některých klientů, 24 (11 %) si myslí, že by se u nich v zařízení TPO mohla u klientů využívat, 86 (38 %) neví a 23 (10 %) uvedlo, že u nich v zařízení by se TPO nedala využít. Pokud by o tuto metodu měl některý z klientů nebo z rodiny klientů zájem, 131 respondentů neví, kde by hledalo informace nebo na koho by se obrátilo, 48 ví, kde hledat informace, 27 respondentů by si informace vyhledalo na internetu, 4 v literatuře, 8 by se obrátilo na sociálního pracovníka, 5 na klinického psychologa a 3 respondenti nevědí a ani je to nezajímá. Na 11 (5 %) respondentů se již klienti nebo jejich rodina obrátili, že by o tuto metodu měli zájem, 215 (95 %) se se zájmem ještě nesetkalo. V poslední otázce jsem zjišťovala, zda by respondenti využili příležitost dozvědět se o TPO více, pokud by se jim tato možnost naskytla. 104 (46 %) by určitě zájem mělo, 84 (36 %) možná ano, 34 (15 %) neví a pouze 7 (5 %) určitě ne.

Na tuto terapii asi nejvíce upozornil dokumentární pořad „Mámo, táto, obejmi mě“, který odvysílala v roce 2010 Česká televize a který rozvířil diskuzi nejen v odborných kruzích, ale i mezi laickou veřejností. Na základě odvysílání tohoto dokumentu vydala své stanovisko APLA, která se k této metodě staví odmítavě a distancuje se od využití této metody u dětí a dospělých s PAS. Dokonce ve svém stanovisku uvádí, že postupy této metody vykazují charakteristiku týrání a zneužívání dětí. Tuto metodu řadí mezi nebezpečné terapie a nedoporučuje její používání (APLA, 2011). Na toto vydané prohlášení reagovala ředitelka nadace Naše dítě paní Ing. Zuzana Baudyšová, která poukazuje na velký problém rozpadu rodin a pozitivní vliv TPO, která

se věnuje tomu, aby byl opět nastolen pořádek v rodinách, mezi partnery a dětmi a došlo ke zlepšení komunikace a ukotvení bezpodmínečné lásky (Baudyšová, 2011).

Velkým kritikem této metody je také prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., vedoucí Katedry psychologie FSS MU, který se k této metodě vyjadřuje v několika svých článcích i publikacích. Diskuzi o TPO rozvířil především článkem „Bída pop-psychologie“, který byl publikován v únoru 2010 v Lidových novinách. Zde TPO označuje za zvláštní přístup, jakým se má zacházet s problémovými a neklidnými dětmi a přirovnává ji k Holding therapy (Vybíral, 2010). TPO se věnuje i v dalším článku s názvem „Muži prý degenerují“ z roku 2011, jenž je reakcí na rozhovor, který byl zveřejněn na iDnes.cz s Jiřinou Prekopovou „Muži degenerují.“ V tomto článku vyvrací postavení rodičů a dětí v rodině, tak jak ho uznává a popisuje Dr. Prekopová a také Bert Hellinger. Dle Vybírala není možné, aby bylo jasně stanoveno, kdo má v rodině jaké místo a aby to bylo uplatňováno paušálně na všechny rodiny. Jako správnou výchovu uvádí improvizaci, která je nutná dle dané situace. Ačkoli s postupy Dr. Prekopové nesouhlasí, uvádí zde, že pozitivním přínosem jejího učení je určitě to, že jsme více začali přemýšlet o výchově našich dětí (Vybíral, 2011). Připouští také, že pro zařazení mezi uznávané terapie je nutné další systematické zkoumání a analyzování této metody (Vybíral, 2010). Palková ve svém článku zpochybňuje, že by TPO souvisela s teorií citové vazby Johna Bowlbyho, jelikož skutečná proměna vazby v klasické terapii je otázkou dlouhodobého vztahu klienta a terapeuta, kteří společně pracují na klientových traumatických prožitcích. Naproti tomu TPO je terapií krátkodobou, tudíž nemůže vést k napravení citové vazby (Palková, 2009). Chaffin uvádí, že porucha vazby je jedna z nejméně prozkoumaných poruch a často může být chybně diagnostikována u dětí, které tuto poruchu vlastně nemají (Chaffin, 2006). Na riziko TPO odkazuje dále Palková: „Cesta k pozitivní změně v této terapii vede přes rezistenci vůči nadvládě dospělého, ventilaci vzteku ke zhroucení těchto obran a přijetí nového normálního citového pouta“ (Palková, 2009 s. 211).

Propagátorem metody TPO v ČR je především PhDr. Jaroslav Šturma, který spolupracoval s Dr. Prekopovou na rozšíření TPO v ČR a který spolu s Mgr. Milenou Mikulkovou a PhDr. Marcelou Pospíšilovou k pozitivnímu stanovisku k této metodě

obsáhleji vyjadřuje v článku „Terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekop: Očima zastánců“ v časopise Psychoterapie. Všichni tři se shodují, že tato terapie je vhodná pro zlepšení vztahů mezi nejbližšími. Efektivitu metody posuzují z vlastních zkušeností s touto metodou (Mikulková et al., 2009). Dále se k této metodě pozitivně vyjadřují vyškolení terapeuti této metody. Např. Mgr. Jitka Vávrová, vyškolená terapeutka TPO, ve svém článku uvádí, že tuto metodu využívá velmi málo, jelikož klienti raději volí jiné metody psychoterapie. S možností využití TPO jsou seznámeni, ale odmítají ji především z důvodu velké emocionální náročnosti. V některých případech ji i sama terapeutka nedoporučí. TPO považuje za terapii, jež má především pomáhat zlepšovat rodinné vztahy (Vávrová, 2011). Diskuze mezi laickou veřejností je na různých internetových stránkách velice rozšířena, ovšem příspěvky v těchto diskuzích nepovažuji za věrohodné a v práci je uvádět nebudu, ačkoli některé příspěvky jsou psány lidmi, kteří TPO podstoupili.

7 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, zda je TPO využívána v některém pobytovém zařízení s registrovanou sociální službou v Jihočeském kraji a jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách o této metodě.

Práce je rozdělena na dvě části, v teoretické jsem se snažila shrnout základní data o této metodě, současný stav v ČR a uvedla jsem vysvětlení pojmů, které s touto metodou úzce souvisejí. V praktické části uvádím shrnutí výsledků zjištěných vlastním výzkumem. Z těchto výsledků vyplývá, že 45 % respondentů zná metodu TPO a má o ní nějaké informace, ať z médií, knih nebo ze zařízení, ve kterých pracují. Značná část respondentů by se o této metodě chtěla dozvědět více. Přestože více jak 50 % respondentů uvádí, že by se TPO dala u některých jejich klientů využít, je tato metoda využívána v pobytových zařízeních velmi málo a také malá část respondentů uvádí, že by měli zájem v zařízení, kde pracují, TPO využít.

Dobrou zprávou v tomto případě je, že 10. 10. 2015 by se měl v Českých Budějovicích uskutečnit seminář PhDr. Jiriny Prekopové a MUDr. Taťjany Horké, ovšem přesné informace ještě nejsou k dispozici. Rozšíření informovanosti o tomto semináři pomocí letáčků či e-mailových pozvánek by mohlo být přínosem zejména pro nemalou část respondentů, kteří projeví zájem o získání dalších informací.

Já osobně shledávám problém v tom, že přestože rozpracování této metody se neustále zlepšuje, není podložena rozsáhlým výzkumem a potvrzením pozitivních účinků na klienty při dlouhodobém využití. Tato metoda se samozřejmě nedá využívat u všech klientů, ale vždy se s klienty pracuje tak, aby bylo nalezeno vhodné řešení jejich problémů, a metoda se volí individuálně podle toho, co kterému klientovi vyhovuje. Na prvním místě by měl být vždy klient a naší prací bychom mu měli pomoci, nikoli ublížit. A právě zneužití této metody může mít fatální důsledky.

V letošním roce došlo k zásadní změně, kdy PhDr. Prekopová jmenovala svou nástupkyni a pokračovatelku TPO. Stala se jí ředitelka a terapeutka institutu Jiriny Prekop v Mexiku paní Laura Ricon Gallardo. K tomuto rozhodnutí dospěla po prodělání

mozkové příhody v loňském roce, po které se ale naštěstí zotavila a již opět vede psychologické kurzy a dává rozhovory. Ten poslední vyšel v dubnu letošního roku v týdeníku Echo.

Jak se bude TPO rozvíjet pod vedením nové nástupkyně? Třeba se tato metoda dočká výzkumu, který prokáže účinnost této metody a poznatků PhDr. Prekopové. Nebo naopak bude prokázán negativní vliv na klienty a neúčinnost TPO. Ovšem byla by tato metoda využívána, kdyby skutečně neměla pozitivní vliv na klienty, kteří se ji rozhodli podstoupit? To vše ukáže čas.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) APLA. *Vynucená objetí aneb Oficiální stanovisko APLA k odvysílanému dokumentu Mámo, táto, obejmi mě* [online]. 2011 [cit. 2015-7-15]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/wpimages/other/doc37/TPO-APLA.pdf>.
- 2) BAUDYŠOVÁ, Z. *Reakce ředitelky Nadace Naše dítě Zuzany Baudyšové na stanovisko APLA k dokumentu Mámo, táto, obejmi mě* [online]. 2011 [cit. 2015-7-15]. Dostupné z: http://www.nasedite.cz/cs/novinky_v_nadaci/archiv_aktualit/nadacni_aktivity_v_roce_2001/391-reakce_reditelky_nadace_nase_dite_zuzany_baudysove_na_stanovisko_apla_k_dokumentu_mamo_tato_obejmu_te?emph=prekopov%C3%A1.
- 3) BEYERSTEIN, B. L. *Fringe Psychoterapies: The Public at Risk* (Keynote adress to the 2002 Annual Convention of the Canadian Psychological assicoition). 2002.
- 4) ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 37/2006. ISSN 1211-1244.
- 5) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 6) HARTL, P. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 7) HELLINGER, B. *Šťěstí, které zůstává. Kam vedou rodinné konstelace*. 2.vyd. Praha: Equilibrium, 2010, 72 s. ISBN 978-80-904294-5-1.
- 8) HELLINGER, B., TENHÖVEL, G. *Rodinné konstelace-objevená síla*. Praha: TRITON, 2004, 143 s. ISBN 80-7254-512-4.
- 9) CHAFFIN, M. et al. *Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder and attachment problems*. *Child Maltreatment*. Vol. 11, No. 1, 2006, pg. 76-89. Sage Publications.
- 10) JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007, 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- 11) KLIMEŠ, J. *Partneři a rozchody*. Praha: Portál, 2010, 240 s. ISBN 978-80-7367-745-9.

- 12) KOUCKÁ, P. *Jiřina Prekopová, Jaroslav Šturma – výchova láskou: rozhovor*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 184 s. ISBN 978-80-262-0077-2.
- 13) LILINFIELD, S.O. Psychological treatmentst that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2 (1), 2007, s. 53-70.
- 14) MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1.vyd. Praha: SPN, 1992, 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
- 15) MERCER, J. Violent Therapies. The Rationale behind a Potentially Harmful Child Psychotherapy. *The Scientific Review of Mental Health Practice, Vol 3, 2003, No 1*, 27-37.
- 16) MIKULKOVÁ, M., POSPÍŠILOVÁ, M., ŠTURMA, J. Terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekopové: očima zastánců. In: *Psychoterapie*. 2009, roč. 3, č. 3-4; s. 214-219. ISSN 1802-3983.
- 17) MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2008, 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
- 18) MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=5C4D4EC7EB7EBBD9D841F15853C08855.node1?SUBSESSION_ID=1439233889989_1.
- 19) PALKOVÁ, M. Potenciálně nebezpečné terapie. In: *Psychoterapie*. 2009, roč. 3, č. 3-4; s. 208-214. ISSN 1802-3983.
- 20) PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., LINHART, J., *Velký sociologický slovník, I. svazek*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-164-1.
- 21) PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., LINHART, J., *Velký sociologický slovník, II. svazek*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, s. 941-942. ISBN 80-7184-310-5.
- 22) PREKOP, J. *Jak být dobrým rodičem. Krůpěje výchovných moudrostí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, 83 s. ISBN 978-80-247-9063-3.
- 23) PREKOPOVÁ, J. *Jen v lásce přežijeme*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014, 152 s. ISBN 978-80-262-0589-0.
- 24) PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. 4.vyd. Praha: Portál, 2000, 156 s. ISBN 80-7178-485-0.

- 25) PREKOPOVÁ, J. *Nese mě řeka lásky*. Brno: Cesta, 2007, 213 s. ISBN 978-80-7295-092-8.
- 26) PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí* [online]. 2008 [cit. 2014-2-16] Dostupné z: <http://www.prekopova-pevneobjeti.cz/>.
- 27) PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě*. 2.vyd. Praha: Portál, 2013, 200 s. ISBN 978-80-262-0531-9.
- 28) PREKOPOVÁ, J., HELLINGER, B. *Kdybyste věděli, jak vás miluji: Jak lze pomoci problémovým dětem rodinnými konstelacemi a terapií pevným objetím*. Brno: Cesta, 2008, 319 s. ISBN 978-80-7295-105-5.
- 29) PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, Ch. *Neklidné dítě*. 2.vyd. Praha: Portál 2008, 160 s. ISBN 978-82-7367-351-2.
- 30) PREKOPOVÁ, J., ŠTURMA, J. *Pevné objetí (K prohlášení APLA)* [online]. 2011 [cit. 2015-7-13] Dostupné z: <http://www.prekopova-pevneobjeti.cz/LinkClick.aspx?fileticket=6gSYPRV3qc8%3d&tabid=70>.
- 31) PUNCH, A., KEITH. F. *Základy kvantitativního šetření – Příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2011, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- 32) SCHUCHARDT, E. *Warum gerade ich...? Leben lernen in Krisen*. 13. vyd. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & CO. KG, 2013, 360 s. ISBN 978-3-525-62421-0.
- 33) THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2012, 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8.
- 34) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- 35) VÁVROVÁ, J. *Mé zkušenosti s terapií pevným objetím*. [online]. 2011 [cit. 2015-7-8] Dostupné z: http://new_soft.kuda.us/index.php?option=com_content&view=article&id=41:mgr-jitka-vavrova-me-zkuenosti-s-terapii-pevnym-objetim&catid=3:aktualni-texty&Itemid=15.
- 36) VYBÍRAL, Z. *Bída pop-psychologie*. In: *Lidové noviny* [online]. 2010 [cit. 2015-7-13] Dostupné z: <http://psych.fss.muni.cz/vybiral/search.php?rsvelikost=uvod&rstext=all-phpRS-all&rstema=3&stromhlmenu=3>.

- 37) VYBÍRAL, Z. *Muži prý degenerují* [online]. 2011 [cit. 2015-7-13]. Dostupné z:
<http://psychologie.cz/muzi-pry-degeneruji/>.
- 38) VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, 744 s.
ISBN 978-80-7367-682-7.
- 39) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-
7178-740-X.
- 40) WELCH, M. G. *Holding Time: How to Eliminate Conflict, Temper Tantrums, and
Sibling Rivalry and Raise Happy, Loving, Successful Children*. New York: Simon
and Schuster, 1989, 254 s. ISBN 0-671-68878-2.

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Aby se lásce v rodině dařilo – deset přikázání

Příloha č. 2: Etický kodex TPO

Příloha č. 3: Dotazník k bakalářské práci

Příloha č. 1: Aby se lásce v rodině dařilo – deset přikázání

První přikázání

Měj neustále na mysli, že nejdůležitější potřebou, smyslem a štěstím každého člověka je láska. Hodnotu má ale pouze ta bezpodmínečná.

Druhé přikázání

Miluj sám sebe – přes všechny své slabosti a chyby.

Třetí přikázání

Miluj (nebo alespoň cti) své rodiče, i když byli vůči tobě nespravedliví a ublížili ti (nebo tak pořád ještě činí). To se ti podaří, budeš-li hledat staré rány ve svém dětství, na které se podíváš dospělými očima. Tak se staneš dospělým.

Čtvrté přikázání

Miluj své děti, i když tě zlobí nebo nejsou tak skvělé, jak by sis přál.

Páté přikázání

Miluj svého manžela, resp. svoji manželku a miluj jeho, resp. její rodiče takové, jací jsou. Cti je nehledě na všechny výhrady, neboť bez tvé tchyně a tchána by nebyla tvoje dnešní rodina.

Šesté přikázání

Přiznej každé osobě v systému své rodiny místo, které jí náleží podle pradávného, dodnes platného řádu (muž a žena zaujímají první místo, děti druhé; pořadí sourozenců se řídí posloupností, ve které se narodili).

Sedmé přikázání

Bezprostředně po porodu se má dítě přiložit na srdce matky. Kojenec má hlubokou potřebu empatické vazby se svou matkou, kterou může v prvních měsících svého

života budovat pouze svými smysly. Proto je pro něj tělesný kontakt zcela nezbytný; dítě musí mít stále znovu možnosti prožívat radost s objímání, i když už je dospělý. Zejména dítě – ať malé, či velké – v citové nouzi potřebuje fyzickou blízkost a teplo.

Osmé přikázání

Poskytni dítěti teplé hnízdo a nech je z něj vylézt, až přijde čas, kdy pocítí potřebu osamostatnit se. Podporuj také jeho zvědavost, svobodnou vůli a odolnost.

Deváté přikázání

Rodiče společně rozhodují o závazných pravidlech soužití platných v rodině. Sami jsou příkladem a tyto pravidla dodržují. Jasně vyjadřování (ano = ano, ne = ne) a důsledné jednání pomáhá dětem v poznání hranic a rozlišováním mezi dobrem a zlem.

Desáté přikázání

Vzdej se zcela tělesných trestů a nevyhrožuj odepřením lásky („time out“, ignorování atd.). Ruku nám vede zejména adrenalin v našem těle (instinkt útoku nebo útěku), a ne svědomí. Konflikt je třeba řešit pomocí emoční konfrontace tváří

Příloha č. 2: Etický kodex terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekopové

Důvodová zpráva

Terapie pevným objetím (dále TPO) patří podle našeho názoru mezi psychoterapeutické směry, které náležejí do oblasti humanistické a na tělesné prožívání orientované psychoterapie. Vychází z obrazu člověka jako celistvé jednoty tělesného a duševního prožívání, meziosobních vztahů a duchovního sebepřesahu, zasazeného do dynamiky směřování sahajícího od rodových kořenů přes jedinečný osobní příběh, mířícího průsečíkem přítomnosti k hledání a naplňování naděje a touhy po smyslu života i v budoucnosti, dokonce nad rámec osobně daného prostoru a času. Základní hnací silou tohoto životního pohybu – anebo jeho překážkou a deformující silou (není-li v dostatečné míře v životě jedince přítomná) - je bezpodmínečná láska a přijetí. Jejím zrcadlem v útlém věku je vývoj a utváření přilnutí mezi dítětem a jeho klíčovými osobami jakožto základ pro další sociální vztahy.

Považujeme-li TPO a komplex přístupů a metod s ní spjatých za psychoterapii, pak by měl terapeut pevným objetím mít kvalifikaci psychoterapeuta. Pro účely této úvahy (možná však s obecnějším dosahem) můžeme psychoterapii poskytovanou v rámci systému zdravotnických služeb nazvat psychoterapií klinickou. Můžeme konstatovat, že metody a přístupy, které charakterizujeme jako psychoterapeutické, se aplikují i mimo oblast zdravotnictví. Předpoklady pro činnost psychoterapeuta se získávají absolvováním zpravidla pětiletého sebezkušenostního výcviku (v rozsahu alespoň 500 hodin) a stanoveným počtem hodin absolvované supervize (bývá to kolem stovky hodin). Předpokladem je i předepsané studium teoretické, zpravidla v rozsahu magisterského studia pro oblast klinické psychoterapie v oboru medicíny anebo psychologie, pro oblast psychoterapie mimo zdravotnictví případně i v jiné z pomáhajících profesí (dnes se tak akceptuje mj. studium speciální pedagogiky, sociální práce, teologie). Ve zdravotnictví – při splnění výše zmíněných předpokladů – se získává kvalifikace psychoterapeuta složením specializační zkoušky z psychoterapie

(jakožto navazující na atestaci /zkoušku z funkční specializace/ z psychiatrie anebo z klinické psychologie).

Etický kodex terapeuta pevným objetím je tedy nutně etickým kodexem psychoterapeuta, který přirozeně – podle své základní profese – akceptuje i příslušný etický kodex této profese (např. psychologa či lékaře). Vzhledem k některým specifickým charakteristikám TPO zabývá se její etický kodex také výslovně těmito aspekty. Z těchto důvodů tvoří tedy první část Etického kodexu TPO Etický kodex České psychoterapeutické společnosti. Tento kodex je doplněn specifickými body, členěnými podle čtyř základních etických principů evropského Metakodexu psychologické etiky.

Princip respektu se podrobně zabývá otázkou souhlasu s TPO klienta, zejména dítěte a jeho rodičů, zvláště pak klienta, který pro svou vývojovou úroveň (malé dítě) či zdravotní nebo psychický stav není s to se odpovědně rozhodnout sám.

Princip kompetence se zabývá svrchu zmíněným problémem kompetence k provádění TPO. Pamatuje se tu i na to, že TPO jako přístup relativně nový a stále se rozvíjející klade nároky na průběžné odborné vzdělávání a supervizi terapeuta, na náročný a kritický přístup a potřebu výzkumného sledování a ověřování výsledků terapie.

Princip zodpovědnosti pak v nejlepším zájmu klienta žádá, aby nepohodlí či prožívané negativní emoce klienta byly v průběhu TPO minimalizovány a aby nad nimi v konečném vyústění terapeutického procesu jednoznačně převážily emoce pozitivní v podobě obnovené a plně rozvinuté bezpodmínečně lásky, nakoř je to jen možné. Terapeutická odpovědnost přikazuje rovněž zabezpečit klientovi kontinuální a následnou péči.

Princip integrity, který znamená více než jen hippokratovskou zásadu „neublížit“ – „non nocere“, nýbrž usiluje o prospěch a dobro klienta, vede v rámci kodexu i k reflexi tělesného kontaktu a doteku jakožto integrální součástí TPO, ovšem za předpokladu splnění jasně stanovených etických kritérií. Takto připraveni můžeme přistoupit k samotnému **Etickému kodexu TPO**:

Terapeuti pevným objetím podle Jiřiny Prekopové se ve své odborné činnosti řídí Etickým kodexem České psychoterapeutické společnosti, který zde citujeme: (Srv. http://old.lf3.cuni.cz/etika/eticky_kodex_psychoterapeutické_spolecnosti.pdf, viz též: Weiss, Petr a kol.: Etické otázky v psychologii. Portál, Praha, 2011, příloha 4, 321 - 335).

Etický kodex České psychoterapeutické společnosti (dle etické směrnice Evropské asociace pro psychoterapii)

PREAMBULE

1/ Všichni členové České psychoterapeutické společnosti (dále ČPS), její sekce a přidružené organizace přijímají, že praxe psychoterapeutického povolání vyžaduje odpovědnost vůči vlastní osobě s jejími úkoly v psychoterapii, i vůči klientům, kteří se svěřili profesionálním psychoterapeutům a vstoupili s nimi do specifického vztahu.

2/ ČPS je odpovědná za to, že se věnuje pozornost etickým otázkám. To se týká jejich členů, lektorů psychoterapeutického výcviku i jeho účastníků.

3/ Etický kodex slouží:

- k ochraně pacienta či klienta před neetickou aplikací psychoterapie ze strany všech členů a frekventantů výcviku,
- k založení standardů pro členy ČPS,
- jako základ pro řešení stížností.

1. Závaznost

Následující etické směrnice jsou závazné pro všechny členy ČPS, sekce a přidružené organizace. Jsou v souladu s etickými směrnicemi EAP.

2. Psychoterapeutické povolání

1/ Psychoterapeutické povolání je pokládáno za samostatnou vědeckou profesi v té míře, jak to dovoluje národní zdravotnická legislativa. Tato profese se zabývá diagnostikováním a komplexní, poznatelnou a plánovanou léčbou psychosociálně nebo psychosomaticky podmíněných poruch chování nebo stavů utrpení a používá k tomu vědeckých psychoterapeutických metod. Psychoterapeutický proces je založen na

interakci mezi jedním nebo více pacienty (klienty) a jedním nebo více psychoterapeuty, s cílem usnadnit změny a další vývoj.

2/ Charakteristikou psychoterapeutické profese je oddanost odpovědnému naplnění výše uvedených cílů.

3/ Od psychoterapeutů se požaduje, aby používali svou odbornost s vážností vůči důstojnosti a sebeúctě jednotlivce a v nejlepším zájmu pacientů či klientů.

Psychoterapeuti musí prohlásit, že jejich profesionální postavení odpovídá jejich profesionálnímu výcviku.

3. Profesionální kompetence a rozvoj

1/ Od psychoterapeutů se požaduje, aby vykonávali svou profesi kompetentním a etickým způsobem. Musí věnovat pozornost výzkumu a vývoji na vědeckém poli psychoterapie. K tomuto účelu je nezbytný průběžný odborný rozvoj.

2/ Psychoterapeuti by měli omezit svou praxi na takové oblasti a léčebné metody, v nichž se mohou vykázat dostatečnými a potvrzenými znalostmi a zkušenostmi.

4. Mlčenlivost

Psychoterapeuti stejně jako pomocný personál jsou vázáni principem mlčenlivosti o všech skutečnostech, které se dozvěděli v průběhu psychoterapeutického procesu. Totéž se týká supervize.

5. Rámec psychoterapie

1/ Na počátku psychoterapeutického léčení je psychoterapeut povinen seznámit pacienta či klienta s jeho právy se zvláštním zřetelem na následující:

- použitá psychoterapeutická metoda (je-li to přiměřené a vhodné s ohledem na proces psychoterapeutického léčení) a její podmínky (včetně způsobu ukončení léčby),
- rozsah a předpokládané trvání psychoterapeutického léčení,
- finanční podmínky léčení (přibližné poplatky, nároky plynoucí ze zdravotního pojištění, placení za zmeškaná sezení atd.),
- mlčenlivost,
- postup při uplatňování stížností.

2/ Pacient či klient musí mít příležitost se rozhodnout, zda hodlá do psychoterapie vstoupit, a pokud ano, s kým.

3/ Psychoterapeut je povinen jednat odpovědně, zvláště s ohledem na specifickou povahu psychoterapeutického vztahu, který je postaven na důvěře a na jisté míře závislosti. Zneužití a porušení důvěry je hodnoceno tak, že psychoterapeut zanedbal své profesionální povinnosti ve vztahu k pacientovi či klientovi, aby uspokojil své vlastní osobní zájmy, ať už sexuální, emoční, společenské nebo finanční.

4/ Jakákoliv forma zneužití je proviněním proti profesionálním psychoterapeutickým směrnicím. Odpovědnost za to leží výhradně na psychoterapeutovi. Selhání odpovědnosti v zacházení s důvěrou a závislostí v psychoterapeutickém vztahu je vážnou chybou léčení.

6. Objektivní a pravdivé informace

Informace podávané pacientovi či klientovi musí být faktické, objektivní a pravdivé. Jakákoliv vtíravá nebo zavádějící inzerce či reklama je nedovolená. Příkladem mohou být: nepodložené sliby uzdravení nebo citování mnoha různých typů psychoterapeutických metod (v nichž třeba výcvik začal, ale dosud nebyl ukončen), které budí dojem soubornějšího nebo širšího výcviku, než psychoterapeut opravdu má.

7. Profesionální vztahy s kolegy

Psychoterapeuti jsou, tam kde je to nutné, povinni spolupracovat interdisciplinárně se zástupci ostatních věd pro blaho pacienta či klienta.

8. Etické směrnice pro výcvik

Výše zmíněné etické směrnice se mají též vhodným způsobem uplatnit na vztahy v psychoterapeutickém výcviku.

9. Přínos pro zdravotnictví

Společenská odpovědnost psychoterapeutů vyžaduje, aby přispívali k udržení a vytvoření takových životních podmínek, které podporují, udržují a obnovují psychické zdraví a obecně zralost a rozvoj lidí.

10. Psychoterapeutický výzkum

V zájmu vědeckého a teoretického rozvoje psychoterapie a výzkumu jejích výsledků by se psychoterapeuti měli účastnit vhodných výzkumných projektů. Na psychoterapeutický výzkum i publikace se vztahují tyto etické směrnice, přičemž zájem pacientů a klientů je nejvyšší hodnotou.

11. Povinnosti odborné společnosti (ČPS)

1/ ČPS je zavázána vyžadovat od svých členů dodržování etických pravidel slučitelných se směrnicemi EAP.

2/ ČPS je zavázána vytvořit a podporovat přiměřené postupy pro stížnosti a odvolání při přestoupení etických směrnic.

PRAHA, ČERVEN 1998

Kamil Kalina, Jana Kocourková, Antonín Šimek

Stálá etická komise Evropské federace psychologických asociací vypracovala v r. 1995 Metakodex psychologické etiky, do podrobností rozpracovaný v knize dostupné i v češtině (Lindsay a kol.: Etika pro evropské psychology. Triton a Hogrefe – Testcentrum, Praha, 2010). Představuje kvintesenci etických principů, z nichž vycházejí etické kodexy v různých zemích a v různých oblastech psychologie, a je jakýmsi jejich společným jmenovatelem. Jsou to následující principy:

- princip respektu,
- princip kompetence,
- princip zodpovědnosti,
- princip integrity.

Pokud jde o terapii pevným objetím, vzhledem k jejím specifikům platí pro terapeuty pevným objetím v návaznosti na výše řečené ještě následující zásady, které utřídíme podle jednotlivých etických principů:

1. Princip respektu

Prvotním výrazem úcty ke klientovi a základním předpokladem terapie pevným objetím (dále TPO) je dobrovolný, informovaný a podle potřeby obnovovaný a konkretizovaný souhlas zúčastněných klientů s touto terapií. Před vyslovením (ne)souhlasu je klient dostatečně a konkrétně seznámen s průběhem, případnými možnými komplikacemi i cílem terapie včetně realistické představy o jejím trvání. Klient má právo svůj případně vyslovený souhlas odejmout a spolupráci s terapeutem svobodně ze svého rozhodnutí ukončit.

Při TPO rodičů s dětmi je třeba učinit vše pro to, aby dítě co možná plně porozumělo smyslu a formě TPO, aby pak - v rámci svých možností – mohlo vyslovit svůj souhlas a poskytnout svoji součinnost. Rodiče (resp. jeho zákonní zástupci) a terapeut respektují přitom dosaženou vývojovou úroveň dítěte. Pokud dítě – z hlediska vyspělosti svého poznání a schopnosti rozhodování – není pro svůj věk (bývá tomu tak u dětí mladších 4 roků), vývojovou úroveň anebo pro svůj psychický (zdravotní) stav schopné odpovědně se rozhodnout samo, jsou k tomuto rozhodnutí kompetentní náležitě informovaní rodiče (zákonní zástupci).

K TPO je zpravidla třeba souhlasu obou rodičů (zákonných zástupců), jsou-li prakticky dosažitelní. Souhlas druhého rodiče by měl vyžádat ten z rodičů, který o terapii pro své dítě žádá. Podmínkou TPO mezi rodičem a dítětem je úcta objímajícího rodiče k druhému rodiči. Při TPO mezi adoptivním rodičem anebo pěstounem/pěstunkou a dítětem je podmínkou úcta náhradního rodiče k biologickým rodičům dítěte.

2. Princip kompetence

a/ Kompetence k provádění TPO

Tento princip znamená, že terapeut si je vědom svých pozitivních možností, ale i mezí své odbornosti. Poskytuje jen ty služby a užívá jen ty metody, v jejichž poskytování je náležitě vzdělán teoreticky i prakticky a má s nimi dostatek zkušeností. Tento princip si žádá i osvojení dobrých znalostí z etiky a jejich integraci do profesionální praxe (etické po vědomí).

V případě TPO jakožto psychoterapeutické metody je nositelem kompetence k samostatnému provádění terapie pevným objetím jen úspěšný absolvent výcviku v terapii pevným objetím podle Jiřiny Prekopové (který se může prokázat příslušným osvědčením), pokud splňuje kritéria kladená na psychoterapeuta (úspěšné zakončení dlouhodobého sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku v akreditovaném programu psychoterapeutického vzdělávání, předepsaného teoretického vzdělání, např. v podobě, jakou nabízí systém SUR či Pražská psychoterapeutická fakulta, absolvování předepsaného počtu hodin supervize). Předpokladem k provádění terapie pevným objetím v rámci zdravotnictví (jakožto součásti psychoterapeutické péče) je úspěšné

absolvování funkční specializační zkoušky z psychoterapie podle příslušných ustanovení.

Držitelé osvědčení o úspěšném absolvování výcviku v terapii pevným objetím, garantovaným, Společností pro pevné objetí jako terapie a životní styl v Lindau, kteří nesplňují výše zmíněná kritéria pro samostatný výkon psychoterapie, mohou tuto formu péče vykonávat jen pod vedením a garancí terapeuta pevným objetím, který je plně kvalifikovaným psychoterapeutem. Tento psychoterapeut pak na terapeuta pevným objetím pro jednotlivého klienta může delegovat provedení terapeutického úkonu či péče z repertoáru TPO (např. usmíření s rodičem pod imaginací) anebo se terapeut pevným objetím podílí na psychoterapeutickém procesu jako psychoterapeutický asistent či člen terapeutického týmu. Zodpovědnost za celý psychoterapeutický proces má přitom psychoterapeut.

Terapeut pevným objetím postupuje při aplikaci TPO s obzvláštní obezřetností, neboť je si vědom, že TPO patří mezi přístupy a metody relativně nové a rozvíjející se. S tím souvisí i povinnost terapeuta průběžně se při své činnosti vzdělávat, být kriticky otevřený k novému vývoji a novým poznatkům a přenášet je do své praxe s tím, že účinky je třeba pečlivě a dlouhodobě sledovat a vyhodnocovat.

b/ Supervize

Terapeuti pevným objetím se průběžně podrobují supervizi v rozsahu alespoň 20 hodin ročně. Supervize může probíhat individuálně či ve skupině (týmově), až 10 hodin může mít charakter intervize (vzájemné kolegiální supervize). Nejméně polovina celkového počtu hodin supervize se děje pod vedením supervizora uznaného nositelem výcviku, do výše 10 hodin může supervize probíhat pod vedením supervizora, který má kvalifikaci pro supervizi v psychoterapii.

3. Princip zodpovědnosti

a/ Jednání v nejlepším zájmu klienta

V souvislosti se svou činností nese terapeut pevným objetím plnou odpovědnost vůči klientům, komunitě i společnosti. Etická odpovědnost za profesionální jednání a jeho důsledky je osobní. Terapeut jedná v nejlepším zájmu klienta. Podobně jako

v medicíně i v TPO platí Hippokratova zásada „Primum non nocere“ („Především neuškodit“).

Velmi pečlivě – v duchu plného respektu k právům klienta – zvažuje taková rozhodnutí a jednání, jež mohou – přímo či nepřímo – vést u klienta anebo u jeho blízkých (rodičů, partnerů atd.) v průběhu terapeutického procesu anebo v souvislosti s ním vést k zátěži, smutku, zármutku či emoční anebo tělesné nepohodě. Negativní emoce, pocity, zážitky a zkušenosti je zapotřebí - s respektem k výše řečenému – v průběhu TPO vyjádřit co možná plně – neverbálně i verbálně – v chráněném a bezpečném prostředí vytvářeném terapeutem. Je tu třeba bedlivě vyvažovat účinky a následky jednání a hledat pro klienta za dané situace tu nejlepší možnou variantu. Je na místě být si vědomi rozdílu mezi cestou a cílem, mezi intervencí a jejím vyústěním. Případné nepohodlí klienta je možné připustit „cestou“, za trvání procesu, nikdy však není cílem. TPO představuje dynamické dění, v jehož průběhu by klient měl projít procesem proměny a získat naději na pozitivní řešení.

b/ Cíle a smysl TPO

Cílem a smyslem procesu TPO je z hlediska odborného, lidského i etického obnova, podpora, prohloubení, proměna a pozitivní korekce vzájemného přijetí. Etickou maximou tu je bezpodmínečná láska, v případě dítěte bezpečné přilnutí. V procesu TPO je tedy třeba počítat – s respektem k možnostem účastníků – s dostatečným časovým prostorem, aby v průběhu vzájemné emoční konfrontace mezi objímajícím a objímaným si klient/i uvědomili v plnosti polaritu citového prožívání, aby došlo k co nejplnějšímu vyjádření emocí a proměně negativních emocí ve vzájemnou lásku, v duchu Pavlových slov: „Slunce ať nezapadá nad vaším hněvem!“ (Ef 4, 26)

c/ Kontinuita a následnost péče

Vzhledem k tomu, že TPO patří mezi krátkodobé formy intervence, terapeut pevným objetím je klientovi – v návaznosti na TPO – nápomocný při zabezpečení následné (dlouhodobé) péče podle jeho potřeb a přání a v souladu s reálnými možnostmi.

4. Princip integrity

Terapeut pevným objetím usiluje o svůj rozvoj odborný i lidský, pracuje na své identitě, se znalostí pozitivních možností i hranic a limitů své činnosti. Z etického hlediska směřuje k tomu, aby se stával stále víc integrovanou osobností v původním smyslu toho slova, kde latinské „integrita“ znamená „neporušenost“, či ve středověké latině morální čistotu. Jistá odpoutanost od sebe samého je tu předpokladem schopnosti sebereflexe a empatie. To pak představuje ideál, k němuž se terapeut v procesu osobního růstu a práce na sobě snaží přiblížit.

Tělesný kontakt a dotek

TPO přináší do psychoterapie téma tělesného kontaktu v podobě doteku či objetí. Je možné tak učinit jen za předpokladu, že platí výše vytyčený ideál lidské integrity, kdy náležitě vzdělaný (kompetentní) terapeut přistupuje ke klientovi s úctou a plnou odpovědností. V TPO chápeme a respektujeme člověka jako jedinečnou osobu v celku a jednotě tělesného, duševního, duchovního a sociálního života, prožívání a vztahů. Dotek a objetí jsou nedílnou součástí TPO. Slouží k prohloubení kontaktu se sebou samým a s objímaným partnerem a je nástrojem vzájemné empatie. V průběhu TPO přicházejí s oboustranným souhlasem do tělesného kontaktu oba subjekty pevného objetí. Jsou jimi zpravidla osoby, které k sobě podle přirozeného řádu náleží. V případě usmířovací terapie pod imaginací nebo není-li příslušná vztahová osoba k dispozici, volí si klient za objímatele osobu sobě blízkou. Sám terapeut pevným objetím smí v procesu TPO obejmout klienta s jeho souhlasem jen v případě krizové intervence. Je-li to možné, upřednostňujeme tu objetí osobou téhož rodu.

Terapeut se v průběhu TPO dotýká osob v procesu zúčastněných jen s jejich souhlasem a v míře nezbytné k náležitému navození a průběhu TPO.

(Poznámka: Výrazy v textu jako „terapeut“ či „absolvent“ či „psychoterapeut“ apod. v mužském rodě se samozřejmě vztahují i na ženy.)

Tato podoba Etického kodexu byla pod vedením dr. Jiřiny Prekopové projednána a upřesněna v létě 2012 na supervizích setkáních terapeutů pevným objetím. Byla schválena jako závazná pro všechny terapeuty pevným objetím podle Jiřiny Prekopové.

Příloha č. 3: Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jmenuji se Radka Procházková a jsem studentkou oboru Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci, jejíž tématem je Pevné objekty podle Prekopové v sociální práci. Dotazník je zcela anonymní, neuvádějte prosím nikde své jméno ani název zařízení. Dotazník bude využit pouze k účelům mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a objektivní vyplnění dotazníku.

1. Zaškrtněte, z níže uvedených, druh registrované sociální služby zařízení, ve kterém pracujete. (pokud má zařízení, v němž pracujete, více registrovaných služeb, zaškrtněte prosím všechny)

- a) Azylový dům
- b) Domov pro osoby se zdravotním postižením
- c) Domov pro seniory
- d) Domov se zvláštním režimem
- e) Dům na půl cesty
- f) Chráněné bydlení
- g) Odlehčovací služby
- h) Služby následné péče

- i) Sociální rehabilitace
- j) Terapeutická komunita
- k) Týdenní stacionář

2. Jak dlouho zařízení, ve kterém pracujete, funguje?

- a) Méně než 2 roky
- b) 2-5 let
- c) 5-10 let
- d) Více jak 10 let

3. Pro kolik klientů je Vaše zařízení určeno?

- a) Méně než 10
- b) 10 - 25
- c) 25 - 50
- d) 50 - 75
- e) 75 - 100
- f) Více než 100

4. Pro kterou cílovou skupinu je Vaše zařízení určeno? (označte všechny cílové skupiny, kterým je Vaše zařízení určeno)

- a) Děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy
- b) Etnické menšiny
- c) Oběti domácího násilí

- d) Oběti obchodu s lidmi
- e) Oběti trestné činnosti
- f) Osoby bez přístřeší
- g) Osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče
- h) Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
- i) Osoby s chronickým duševním onemocněním
- j) Osoby s chronickým onemocněním
- k) Osoby s jiným zdravotním postižením
- l) Osoby s kombinovaným postižením
- m) Osoby s mentálním postižením
- n) Osoby s tělesným postižením
- o) Osoby se sluchovým postižením
- p) Osoby se zdravotním postižením
- q) Osoby se zrakovým postižením
- r) Osoby v krizi
- s) Osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách
- t) Osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy
- u) Rodiny s dítětem/děťmi
- v) Senioři

5. Jaké je věkové rozmezí klientů ve Vašem zařízení? (označte všechny věkové kategorie, pro které je Vaše zařízení určeno)

- a) Děti kojeneckého věku (do 1 roku)
- b) Děti předškolního věku (1-6 let)
- c) Mladší děti (7-10 let)
- d) Starší děti (11-15 let)
- e) Dorost (16-18 let)
- f) Mladí dospělí (19-26 let)
- g) Dospělí (27-64 let)
- h) Mladší senioři (65-80 let)
- i) Starší senioři (nad 80 let věku)
- j) Bez omezení věku

6. Jaké je pohlaví klientů v zařízení, kde pracujete?

- a) Muži
- b) Ženy
- c) Pro muže i ženy

7. V zařízení pracují na pozici:

- a) Sociální pracovník/pracovnice
- b) Pracovník/pracovnice v sociálních službách

8. Mé nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) Základní
- b) Střední odborné s výučním listem
- c) Úplné střední všeobecné vzdělání
- d) Úplné střední odborné s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

9. V zařízení pracuji na uvedené pozici v otázce č. 7:

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 - 3 roky
- c) 3 - 5 let
- d) 5 - 10 let
- e) Více jak 10 let

10. S klienty jsem v kontaktu:

- a) Denně
- b) 1 - 2x týdně
- c) 1x za 14 dnů
- d) 1x za měsíc
- e) S klienty nejsem v kontaktu

11. S rodinou klientů jsem v kontaktu:

- a) Denně
- b) 1 – 2x týdně
- c) 1x za 14 dnů
- d) 1x za měsíc
- e) S rodinou klientů nejsem v kontaktu

12. Které potřeby jsou dle vašeho názoru pro klienty ve Vašem zařízení nejdůležitější? (označte čísla 1-9, kdy 1 je nejdůležitější potřeba, 9 nejméně důležitá potřeba)

Zdraví

Rodina

Láska

Přátelé, společenské aktivity

Psychická pohoda

Fyziologické potřeby

Potřeba bezpečí

Potřeba seberealizace

Potřeba úcty a sebeúcty

13. Je pro Vaše klienty důležitý fyzický kontakt?

- a) Ano

- b) Ne
- c) Nevím

14. Je pro Vaše klienty fyzický kontakt nežádoucí? Je jim nepříjemný?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Znáte Terapii pevným objetím podle Prekopové?

- a) Ano *(pokračujte následující otázkou)*
- b) Ne *(pokračujte otázkou č. 18)*

16. Kde jste se o této terapii dozvěděl/a?

- a) V zařízení, kde pracuji
- b) Při studiu
- c) Z médií (televize, internet, rozhlas)
- d) Z tisku (noviny, časopisy, odborné časopisy)
- e) Z knih a odborných publikací
- f) Od přátel, kolegů, v rodině
- g) Z jiných zdrojů, prosím uveďte:

.....

17. Využíváte tuto terapii v zařízení, kde pracujete?

- a) Ano
- b) Ne

c) Ne, ale rádi bychom ji využívali

18. Využíváte ve Vašem zařízení jiné metody při práci s klienty? Prosím uveďte jaké.

.....
.....
.....
.....

19. Myslíte si, že i ve Vašem zařízení u Vašich klientů by se tato metoda nechala využít?

- a) Ano, určitě
- b) Pouze u některých klientů
- c) Nevím
- d) Určitě ne

20. Pokud by měl některý klient nebo jeho rodina o tuto terapii zájem, víte, kam se obrátit?

.....

21. Setkal/a jste se již ve Vašem zařízení s klientem nebo jeho rodinou, která o tuto terapii projevila zájem?

- a) Ano
- b) Ne

22. Pokud byste měl/a možnost dozvědět se o této terapii více, např. na semináři nebo přednášce, zúčastnil/a byste se?

- a) Určitě ano

- b) Nevím
- c) Možná ano
- d) Určitě ne

Toto byla poslední otázka. Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku!