

Univerzita Hradec králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Mezioborová spolupráce v rámci péče o duševní zdraví dítěte
v dysfunkčním rodinném prostředí

bakalářská práce

Autor: Denisa Králová
Studijní program: B6761
Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Studijní obor: Sociální politika a sociální práce
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Denisa Králová

Studium: U15002

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Mezioborová spolupráce v rámci péče o duševní zdraví dítěte v dysfunkčním rodinném prostředí**

Název bakalářské práce AJ: Interdisciplinary cooperation within the framework of psychological care of children in family dysfunctional environment

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat vlivem rodiny na vývoj psychické odolnosti dítěte, dysfunkčním rodinným prostředím, a také mezioborovou spoluprací v rámci komplexní péče o dítě. V této práci použiji kvalitativní výzkumnou strategii, a jako metodu sběru dat rozhovor.

O. Matoušek a kol., Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003 O. Matoušek, Hana Pazlarová, Hodnocení ohroženého dítěte v rodině. Praha: Portál, 2010 Daniel Bartko, Moderní psychohygienu. Praha: Panorama, 1980

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovávala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny literatury

v Hradci Králové dne Denisa Králová.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce panu Mgr. Kapplovi za cenné rady, připomínky, ochotu a trpělivost při vedení mé práce.

Abstrakt

KRÁLOVÁ, Denisa. Mezioborová spolupráce v rámci péče o duševní zdraví dítěte z dysfunkční rodiny. Hradec Králové, 2018. s. 51, Bakalářská práce. Univerzita Hradec králové. Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl PhD.

Bakalářská práce se zabývá vlivem dysfunkčního prostředí na psychický vývoj dítěte a následnou multidisciplinární spolupráci při péči o jeho duševní zdraví. Jelikož celá práce je pojata především z pohledu sociální práce, přímou péčí o duševní zdraví dítěte, zmiňuji pouze v teoretické části. Dále v této části popisuji proces spolupráce a možné využívané postupy k jejímu uskutečnění.

Zatímco v empirické části se zaměřuji pouze na spolupráci oborů a to především z pohledu sociálního pracovníka, i když jsou zde samozřejmě zastoupeny i další klíčové obory. K získání potřebných informací jsem využila kvalitativní strategii a to polo strukturovaný rozhovor, který mi poskytlo dohromady 8 odborníků ze sociální, pedagogické a lékařské sféry.

Klíčová slova: duševní zdravý dítěte, dysfunkční rodina, mezioborová spolupráce, případová konference, kompetence

Abstrakt

KRÁLOVÁ, Denisa. Interdisciplinary cooperation within the framework of psychological care of children in family dysfunctional environment. Hradec Králové, 2018. s. 51 Bachelor Thesis. University of Hradec Králové. Faculty of philosophy, The constitutional of Social Work. The head of bachelor thesis: Mgr. Miroslav Kappl Ph. D.

The Bachelor thesis deals with effects of dysfunctional environment on child's mental condition followed by multidisciplinary collaboration during child healthcare. Since the entire study primarily reflects a social work point of view, the direct treatment of children mental health is mentioned in the theoretical part only. Besides this there is a description of co-working process and possible utilized ways for its implementation.

Notwithstanding the empirical part is focused mainly on collaboration of disciplines from social worker's point of view, there is a proportional representation of other key disciplines too. I have used a qualitative strategy in order to obtain essential information. That means a half-structured interview provided by eight professionals from social, pedagogical and medical domains.

Key words: a child mental-health, the dysfunctional family, a multidisciplinary collaboration, a case conferention, a competence.

Obsah

ÚVOD	9
1. Rodina	10
1.1 Pojetí rodiny	10
1.2 Základní funkce rodiny	10
1.3 Vliv rodiny na vývoj dítěte	11
1.4 Životní styl a výchova	11
1.4.1 Konzumní styl života	11
1.4.2 Alternativní styl života	12
1.5 Rozvrat rodiny/ nekompletní rodina	13
1.5.1 Absence matky	13
1.5.2 Absence otce	14
2. Základní úrovně celkové kvality rodinného soužití	15
2.1 Nevhodné zacházení	15
2.2 Hodnocení vývoje dítěte	17
2.2.1 Zdravotní stav dítěte a jeho tělesný vývoj	18
2.2.2 Psychický stav a vývoj rozumových schopností	18
2.2.3 Osobnostní vývoj	18
2.2.4 Sociální vývoj	18
3. Metoda případové konference při práci s rodinou	19
3.1 Struktura PK	20
4. Sociální práce s rodinou	22
4.1 Sanace rodiny	22
4.1.1 Odebrání dítěte	23
4.2 Oznamovací povinnost	24
4.3 Role pedagoga	25
4.4 Psychické problémy u dětí	25
4.4.1 Typické znaky počátku duševního onemocnění	25
4.4.2 Poruchy chování (dle UZIS, F-91)	26
4.5 Dětská psychoterapie	30
4.6 Rodinná psychoterapie	31
II Empirický výzkum	33
5. Výzkum	33
5.1 Prostředí sběru dat	33
5.2 Hlavní cíl	34

5.2.1	Dílčí cíle	34
5.3	Analýza a interpretace získaných informací	36
	Závěr	48
	Seznam použité literatury	50

ÚVOD

Každý jedinec je tvořen biologickou, ale také sociální složkou. Vlivem dědičnosti dostáváme určité genetické dispozice, charakteristické a povahové rysy nebo náchylnost, či odolnost k chorobám somatickým nebo psychickým. Dědičnost je u každého jedince jinak silná a zcela individuální, stále se jedná pouze o surový základ, ze kterého se vlivem prostředí tvaruje osobnost.

Prvním a nejdůležitějším prostředím pro každého z nás je rodina, ta v některých případech nenaplňuje, či zanedbává své funkce, a tak může negativně působit a ovlivňovat psychiku všech svých členů. Zejména pak dětí, kterým může dysfunkční prostředí způsobovat různou škálu duševních onemocnění, které mohou ovlivnit celý jejich budoucí život.

V mé bakalářské práci jsem zmapovala způsob spolupráce mezi obory, které souvisí s péčí o dítě a jeho duševním zdravím. Kdo jako první může upozornit, že s dítětem není něco v pořádku a jakým způsobem lze dále postupovat. Jak funguje multidisciplinární tým, v čem je důležitý a jakou úlohu v něm zastává sociální pracovník. Dále jsem se zaměřila na užitečnost případové konference. Kdo bývá hlavním iniciátorem, jak jsou rozděleny úkoly, a kompetence a jak se celá situace vyhodnocuje.

Cílem této bakalářské práce je pomocí výzkumného šetření zjistit jakou pozici zastává sociální pracovník v procesu péče o duševní zdraví dítěte z dysfunkční rodiny. Jelikož práce je zaměřena nejen na práci s dysfunkčním prostředím ve kterém dítě vyrůstá, ale i s dítětem samotným, bylo nezbytné pokrýt všechny oblasti spolupráce, které by s daným tématem mohly souviset.

I Teoretická část

1. Rodina

1.1 Pojetí rodiny

Z psychologického hlediska je rodina vnímána jako sociální skupina, která poskytuje svým členům mimo ochrany a zajištění životních potřeb také bezvýhradnou akceptaci a stabilní emocionální prostředí. (Bartko, 1980, s. 20)

V právním pojetí bych zmínila Zákon O Rodině č.94/1963Sb, jež stanovuje podmínky vzniku manželství, upravuje vztahy mezi manželi, a také mezi rodiči a dětmi. Dále s rodinou souvisí Zákon O Sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999Sb, Úmluva o právech dítěte a samozřejmě Listina základních lidských práv a svobod.

Sociologie vnímá rodinu jako nejdůležitější sociální skupinou pro rozvoj osobnosti. Dítě zde získává citové vazby, a také se učí budoucím vztahům. Stejně tak si jedinec osvojuje zvyky, morální hodnoty a kulturu, v níž žije.(maturitní otázky ZSV)

1.2 Základní funkce rodiny

Dle (Střelec, 1993, s. 71), je rodina povinna se starat o uspokojení základních potřeb dítěte a vytvořit mu příjemné zázemí, které bude podporovat jeho rozvoj. Funkce rodiny se vyvíjí v souvislosti se společenskými změnami a proměnou kulturních faktorů, které ovlivnily postavení rodiny ve společnosti. Rodina tyto funkce plní vůči sobě samé, ale také vůči společnosti.

Jedná se o funkce:

- Reprodukční (plození potomků, zajištění trvání společnosti)
- Ekonomická (hmotné zajištění členů rodiny, spotřební jednotka výrobního procesu)
- Socializační (sociální učení a zařazení potomků do společnosti)
- Emocionální (zajišťuje citové zázemí pro své členy)

1.3 Vliv rodiny na vývoj dítěte

(Bartko, 1980, s. 20) „Rodina je většinou první skupinou, se kterou se dítě setkává, a právě pro její intimitu a citovost má takový význam pro duševní vývoj jedince. Zde získává model svých budoucích vztahů k lidem, názorů chování atd.“

K základním předpokladům dobrého fungování rodiny patří citová vazba dítěte na rodiče. Právě ta mu umožní ztotožnit se s jejich sociálními postoji, tím co oni pokládají za správné, špatné, dovolené, či zakázané, dále poznává reálné hranice a učí se sebekontrolu. Dítě není jen pouhým pozorovatelem, svým chováním a jednáním vytváří odezvu u svého okolí. Dalším prvkem ovlivňujícím rodinnou atmosféru je vztah mezi rodiči. Dítě má obvykle rádo oba rodiče, pokud tedy v rodině panují hádky nebo napětí, může to u dítěte vyvolat vnitřní konflikt, ztrátu jistoty a své role v rodině a následně pocity méněcennosti, nervozitu a emocionální labilitu. (Bartko, 1980, s. 20-31)

1.4 Životní styl a výchova

Dobrý manželský vztah bychom mohli definovat jako harmonické soužití dvou lidí, kteří se mají rádi, navzájem se respektují, necítí se jeden druhému nadřazen a společně nalézají kompromisy.

V manželství se utvářejí různé styly rodinného života a soužití, jež pomáhají udržovat v rodině klid, harmonii a předcházet neshodám. Jako příklad bych uvedla dva naprosto opačné styly. (Dále dle Vymětal, 2004, str. 112-115)

1.4.1 Konzumní styl života

Je postaven na permanentním hromadění finančních prostředků a majetku. Rodiče se ocitají pod tlakem společnosti a především svého okolí a přejímají názor, že míra spokojenosti rodiny závisí na tom, co vlastní. Vztah mezi nimi bývá povrchní, a ačkoliv mají rádi své děti, nemají na ně čas díky neustále honbě za majetkem a vylepšováním statků. Dítě emocionálně strádá a může snadno přilnout k cizím osobám, které mu projeví náklonnost a poskytnou fyzický kontakt.

Dítě, které postrádá citové zázemí, vřelý domov postrádá životní jistoty, to v něm budí nedůvěru, učí se tlumit své citové projevy. V pozdějším životě si vytvoří emocionální bariéru vůči svému okolí a schovává své city pod jakousi „maskou“. Nebo se jedinec může stát značně bázlivým a úzkostným.

1.4.2 Alternativní styl života

Na rozdíl od konzumního stylu, alternativní rodiče se svými dětmi tráví dost času, zajímají se o ně, povzbuzují je a nekladou příliš důraz na výkon a soutěž. Tento způsob výchovy se pozitivně odráží na emocionální stabilitě dítěte, které není agresivní ani úzkostné, avšak také méně ctižádostivé.

Nejen nedostatek zájmů může negativně působit na vývoj dítěte, stejný účinek může mít přehnaná péče a starostlivost.

V rodinách, kdy spolu partneři zůstávají pouze kvůli dítěti, může u rodičů vznikat také:

Ambivalentní postoj, zahrnující jak pozitivní, tak i negativní stránku. Může se projevit například nepřiměřeným strachem o dítě, který pramení z vnitřního odmítání a pocitu viny a obav o ně. Rodič při komunikaci s dítětem používá mimiku a ton hlasu, který je v naprostém rozporu s tím co říká, a ačkoli ho v jednu chvíli zahrnuje láskou, později ho nepřiměřeně potrestá. To vše je pro dítě matoucí a neví na čem vlastně je (Vymětal, 2004, s. 116-117)

Emocionální nesoulad dítěte s rodičem zvláště pak s matkou může mít, dle (Pöthe, 2008, s. 15-16), negativní vliv na vývoj jeho osobnosti, a to ne od 3 let věku jak je mnohdy uváděno, ale už mezi 3 a 6 měsícem věku dítěte.

Matka by měla poskytovat dítěti mimo základní péče také jistý druh komunikace tzv. KONTEJNOVÁNÍ.

Dle britského psychoanalytika Wilfreda Biona probíhá mezi matkou a dítětem v raném věku neustálá výměna myšlenkových obsahů. Představy, myšlenky a pocity, které dětská mysl nemůže zpracovat, a proto je vysílá směrem k matce, která je v lepším případě zachytí a uloží do vnitřního psychického prostoru (kontejneru), kde jsou myšlenky přetvořeny na zpracovatelné pro dítě.

Někdy však matka tyto signály není schopná zachytit například ji okolí musí upozorňovat a pláč potomka, bagatelizuje potřeby dítěte a nebo jeho negativní naladění přijímat za své, což vede k prohloubení úzkosti obou dvou a v pozdějším věku jsou tyto děti náchylnější na vznik psychických poruch.

Další obrovským zdrojem neuróz a úzkostných stavů u dětí jsou:

Otevřené konflikty rodičů. I když se konflikt nemusí odehrávat přímo před dítětem, je do něho stejně postupem času zataženo. Děti, které vyrůstají v rodině, kde mezi rodiči panuje napětí a kde dochází k častým sporům, jsou citově labilní, nervózní, náchylní k žárlivosti a pláči. Těžko se adaptují, nedovedou navázat přátelství a nemají smysl pro spolupráci. Pokud se oba rodiče snaží získat přízeň dítěte. Rodič, který „vyhraje“ vytváří s dítětem **koalici** proti druhému rodiči a společně pak proti němu jedná. V dítěti toto utváří bytostní konflikt, jelikož je nuceno přejímat negativní postoj vůči rodiči, kterého má taky rádo, protože je mu podsouváno, že je to správné.

Nebo se potomek naučí na této situaci doslova „těžit“ a získávat různé výhody, přičemž dochází k deformaci jeho charakteru. (Vymětal, 2004, s. 118-119)

1.5 Rozvrat rodiny/ nekompletní rodina

Pro dítě je to velký psychický šok, ztráta jistot, která v něm může vyvolat nedostatek sebedůvěry a pocity méněcennosti. Přestává věřit rodičům i ostatními lidem. Nejvíce může rozvrat rodiny poznamenat vývoj v období předškolního věku, a také v období adolescence, kdy může ovlivnit jejich budoucí vztahy. (Bartko, 1980, s. 21)

1.5.1 Absence matky

Jak už jsem výše zmínila, mezi matkou a dítětem je velmi silné pouto od samého narození, dává mu najíst zahrnuje ho něhou, poskytuje pocit bezpečí zkrátka tento vztah je pro dítě základem důvěry k okolnímu světu.

Dítě, které vyrůstalo bez matky postrádá tyto citové vazby a upíná se na úplně cizí lidi, kteří ho pohladí nebo pochválí, chytá se každého za ruku a pociťuje velkou touhu se mazlit. Jedná se o tzv. Hlad po lásce.

Nedostatek hlazení a doteků v dětství si pak mají snahu vynahrazovat celý život, nadměrně se upínají na své partnery, vyžadují jejich pozornost a všechen jejich čas. Lásky nemají nikdy dost a žijí v neustálém strachu, že je partner opustí a budou sami.

1.5.2 Absence otce

Otec představuje pro dítě vzor síly, mužnosti, autority a disciplíny. Konkrétně u chlapců má tato osoba velký význam jako mužský vzor, kterému se budou chtít přiblížit, zatímco u dívek hraje roli při výběru budoucího partnera.

Absence otce může způsobit, že dítěti začne imponovat síla a odvaha například spolužáků, kteří se podílejí na šikaně nebo se chovají asociálně. Zmírnění negativních důsledků absence otce lze nahrazením jinou osobou např. (děda, strýc nebo i matka sama, která se může pokusit řešit některé věci jako otec. (Bartko, 1980, s. 22-23)

2. Základní úrovně celkové kvality rodinného soužití

Domov by mělo být příjemné místo, kam se dítě rádo vrací a nemá důvod ho opouštět. Pokud dochází k toulání, mohlo by to signalizovat například neuspokojení materiálních podmínek, týrání nedostatek péče, prázdnotu, nudu nebo počátek psychického onemocnění.

Z hlediska složení rodiny, její stability, sociálně-ekonomického statusu rodiny, osobností rodičů a zejména stavu vývoje dětí můžeme rozlišit. (Mlčák, 1996, s. 64)

EFUNKČNÍ RODINA – zajišťuje optimální psychický i fyzický vývoj dítěte.

PROBLÉMOVÁ RODINA – vykazuje poruchy základních funkcí, které ještě neohrožují existenci ani zdravý vývoj dítěte.

DYSFUNKČNÍ RODINA- objevují se vážnější poruchy některých nebo všech funkcí, které poškozují rodinu závažným způsobem jako celek a narušují vývoj dítěte.

AFUNKČNÍ RODINA – zde dochází k narušení všech funkcí, které dítěti závažným způsobem znemožňují vývoj a hrubě narušují existenci a smysl rodinného soužití. (Dunovský, 1986, s. 38)

2.1 Nevhodné zacházení

Nevhodně zachází s dítětem rodič, který mu neposkytuje základní péči, nebo mu úmyslně ubližuje. Druhy nevhodného zacházení mohou být. (Dle Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 137-138)

Fyzické týrání

Tedy přímé tělesné ubližování jako bití, pálení opaření atd. Na těle dítě jsou pozorovatelné modřiny a otisky prstů, řezné rány, spáleniny nebo zlomeniny.

Psychické týrání

Například vystavování dítěte traumatizujícím konfliktům v rodině, vyhrožování, nadávky, náhlá separace od jednoho z rodičů a vtahování dítěte do násilných sporů mezi dospělými.

Münchhasenův syndrom v zastoupení

Jedná se úmyslně vyvolané obtíže u dítěte pečující osobou (nejčastěji matkou), která následně vyhledává lékařskou pomoc a vyžaduje diagnózu. Znakem tohoto syndromu může být například, že porucha dítěte je neobvyklá nebo vzácná, symptomy mizí, nejsou-li rodiče přítomni nebo je rodič úzce připoután k dítěti a má medicínské znalosti.

Sexuální zneužívání

Pro zdroj vývoje dětské osobnosti je nutný nezatížený fyzický kontakt s rodiči, který mu dodává pocit bezpečí a spokojenosti. Pokud se rodič chová k dítěti při fyzickém kontaktu nevhodně, sexuálně, ztrácí roli rodiče v očích dítěte a vytváří v něm chaos a vnitřní rozpor. Tato zkušenost ovlivňuje celoživotní pocity jedince a vyvolává různé stupně poruch..(Röhr, 2014, s .22-24)

Emocionální zneužívání

Emocionální zneužívání může mít někdy stejný dopad jako sexuální zneužívání. Například Teror nemoci, kdy nemoc nejčastěji jednoho z rodičů silně prostupuje celou rodinou a dítě má potřebu tuto disharmonii vyvažovat. Vzdává se svého bezstarostného dětství a o svého rodiče pečuje. Stejně jako nemocný rodič ovlivňuje vývoj dítěte rodič závislý. Opět se jedná o prohození rolí dítěte a rodiče. (Röhr., 2014, s. 105-109) Jak už jsem zmiňovala v předchozích kapitolách, při rozvratu manželství může dítě sloužit jako partnerská náhražka, vyplňovat emocionální mezeru. Těsná vazba rodiče na dítě brání jeho samostatnosti a seberealizaci. Takový vztah je silně manipulativní podmíněn tvrzením, že vše co rodič dělá je pro dobro dítěte. (Röhr, 2014, s. 111-113)

Trauma

Vzniká působením nadměrného stresu, který aktivuje oba systémy zajišťující lidské přežití. Jedná se o systémy nižší úrovně (vegetativní reakce obrana nebo útok) a vyšší úrovně (vyhodnocující podněty na základě předchozí zkušenosti). U traumatizovaných jedinců převažuje vliv nižších systémů. (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 145-146) *(Matoušek, Pazlarová 2014, s. 146)“ Trauma mohou způsobit různé druhy situací, přičemž výše popsané fyziologické reakce budou podobné. Válka, přírodní katastrofy, nehoda a další mohou v životě dítěte způsobit trauma. Zde nás zajímá trauma způsobené nevhodným zacházením ze strany pečujících osob.“*

Kromě viditelných fyzických důkazů nevhodného zacházení, si lze povšimnout změny chování u dítěte. (prof. PhDr. Jiří Mareš, 14. 5. 2015, internetový článek)

- celková stísněnost a nezáměr o okolní dění, je nesoustředěné nebo neposedné
- zvýšená opatrnost v kontaktu s dospělými, je odtažitý, nechce být objímáno
úzkost a vyděšené reakce v přítomnosti konkrétních dospělých osob nebo v situaci, kdy dítě zůstane s dospělým samo.
- nezáměr o školní aktivity, zanedbávání docházky
- lhostejnost nebo naopak agresivita
- toulání, formy poruch příjmu potravy, sebepoškozování, útoky z domova, vandalismus
- špatný spánek

2.2 Hodnocení vývoje dítěte

Tradiční přístupy k hodnocení dítěte, jejichž kořeny můžeme najít v 19. Století vycházejí ze 3 vědních oborů dle (Matoušek, Pazlarová, 2014 s. 124-125)

- Lékařství, které se zaměřovalo na fyzické prospívání dítěte.
- Psychologie zkoumala duševní rozvoj vzhledem k věku.
- Pedagogika, jež posuzuje míru jeho vzdělavatelnosti.

Dle (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 127) Tyto tři obory však nemohly komplexně posoudit celkový stav dítěte, proto se zde objevila potřeba multidisciplinárního přístupu k hodnocení dítěte. Poznatky více uvedených oborů nám utvářejí celkový obraz situace. Mezi současné alternativní hodnotící metody patří TRANSDISCIPLINÁRNÍ HODNOCENÍ HROU, jehož se účastní psycholog, pediater- neurolog, speciální pedagog, logoped, sociální pracovník, případně oční lékař nebo foniatr. Rodiče jsou nebo nemusí být přítomni.

Dítě je hodnoceno na základě pozorování volné i řízené hry a každý s odborníků má svou roli jeden je aktérem a druhý pouze pozorovatelem. Tato metoda se zaměřuje na dynamické aspekty myšlení, na to jakým způsobem dítě získává informace, které podněty u něho vyvolávají reakce. Jaký typ hry dítě preferuje, jak vstupuje do interakce s okolím, jak reaguje na emoce druhých. Také se dá pozorovat reakce na krátkou separaci od rodičů a přizpůsobivost.

Dle (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 132-135) Výsledky vyšetření mohou identifikovat zvláštní potřeby dítěte nebo zpoždování vývoje a měly by sloužit pro posouzení situace z širšího hlediska profesionálem, který není specializován v ostatních oborech.

2.2.1 Zdravotní stav dítěte a jeho tělesný vývoj

Zdrojem informací jsou lékařské zprávy a zdravotní průkaz dítěte, který obsahuje komplexní informace o vývoji jejich zdravotního stavu od narození do plnoletosti. Kromě aktuálního zdravotního je důležitý celkový tělesný vývoj, vliv dědičnosti, či chronické onemocnění smyslové nebo tělesné)

2.2.2 Psychický stav a vývoj rozumových schopností

Zde je důležité soustředit se na aktuální duševní stav, a současně i na jeho vývoj, dále také možné psychické problémy v minulosti. Dále zda si dítě neprožilo nějaké trauma, jehož následky se můžou projevit po relativně dlouhé době. Projevy traumatizovaných dětí se mohou zdát okolí bizarní a opoziční.

2.2.3 Osobnostní vývoj

Toto hodnocení se zaobírá dvěma složkami temperamentem, jež ovlivňuje sílu a délku reakce dítěte na podněty a emocionalitou za což se považuje celková nálada, délka citových reakcí jejich intenzita a situační přiměřenost. Děti vyrůstající v nedostatečně funkční rodině si mohou osvojit některé kulturní či společenské nežádoucí postoje nebo se to odráží na jejich sebehodnocení. Nepřiměřeně nízké, či vysoké sebehodnocení bývá znakem psychické deprivace, či sub deprivace.

2.2.4 Sociální vývoj

Jak už jsem zmínila, v této oblasti hraje důležitou roli rodina, ve které se dítě učí primární citové vazby s rodiči nebo pečovateli. Narušení těchto vazeb vede k citové deprivaci.

3. Metoda případové konference při práci s rodinou

Dle (Věra Bechyňová, 2. 5. 2016, internetový článek)

Je plánované a koordinované společné setkání všech, kteří představují nebo mohou představovat podpůrnou síť pro dítě a jeho rodinu. Cílem je výměna informací, zhodnocení situace dítěte a jeho rodiny, hledání optimálního řešení a plánování společného postupu, který povede k naplňování potřeb dítěte. Výstupem je individuální plán péče.

Iniciátorem PK může být kdokoliv, kdo (pracovník, instituce, organizace, klient) má potřebu realizovat setkání a je schopen zformulovat jasný reálný cíl a smysl případové konference.

Svolavatelem by měl být pracovník OSPOD, jelikož právě u něho se kumulují veškeré informace o dítěti a rodině, a zároveň má pravomoc PK zorganizovat.

Pracovníci sociálně právní ochrany dětí rovněž provádějí sociální šetření, které předchází samotné PK. Každé oznámení musí být prošetřeno, pracovník si vyžádá lékařské zprávy a zprávy ze školy, dále provede návštěvu rodiny v místě bydliště a na závěr vytváří spisovou dokumentaci o anamnéze rodiny.

Dalšími členy PK jsou moderátor a koordinátor, přičemž Koordinátor dojednává termín, místo, zajišťuje pozvání všech účastníků, připravuje podklady, oslovuje moderátora a pořizuje zápis ze setkání. (Všechny tyto tři role na případové konferenci může zastávat pracovník OSPOD sám)

Celý průběh konference řídí moderátor, který dává prostor jednotlivým názorům, snaží se vést diskusi tak, aby nedošlo k hádce, zůstává objektivní.

Dalšími přizvanými jsou osoby, nebo organizace, které jsou v dané situaci potřebné k řešení situace dítěte například speciální pedagog, psycholog, psychiatr a v neposlední řadě také rodiče, ale to vždy záleží na situaci.

Díky případové konferenci se daří zapojovat děti, vnímat je jako středobod zájmu a celý proces přizpůsobit jejich potřebám. Děti dokáží dřív vyjádřit, co je trápí, než třeba rodič,

který má v sobě již zakódovaná určitá tabu, a přesto bývají dotazovány pouze povrchně nebo v nevhodných situacích a prostředí. V některých případech se PK mohou účastnit i samotné děti, ale musí být na tento proces včas upozorněny a náležitě připraveny. Někdy však nemusí být účast dítěte na PK vůbec dobrá a mohla by mu spíš ublížit, vždy záleží na případě.

Fyzická účast dítěte na PK není vůbec nutná, důležité je, aby celý proces byl soustředěn v jeho zájmu.

3.1 Struktura PK

Zahrnuje podle (Bechyňové, 2012. in Janebová) 9 fází:

1. Příprava PK

Formulování hlavního cíle a obsahu PK, vyhodnocení seznamu účastníku, volba místa a času PK, stanovení délky trvání, pozvání všech účastníků a zajištění moderátora a (zapisovatele), oslovení osoby, která připraví klienty na PK (nejčastěji klíčový pracovník rodiny), úprava prostoru a zasedacího pořádku

2. Úvod PK

Moderátor uvítá a ocení zúčastněné, představí sebe a svou roli, rekapituluje dojednaný cíl, vyjasní průběh a zásady PK, nechá účastníky, aby se představili, dojedná tvorbu a rozeslání zápisu.

3. Sdělení svolavatele k akutní situaci

Ten seznámí zúčastněné s případem, prací na něm i se svými hodnoceními.

4. Věcná, či řízená diskuse

Účastníci PK sdělují nové informace k situaci, na čem se pracuje a jak hodnotí současnou situaci.

5. Komplexní vyhodnocování

V této fázi jsou vyhodnocována rizika nebo formulovány potřeby klienta

6. Tvorba plánu

U jednotlivých rizik by měla tvorba plánu zahrnovat konkrétní kroky, jak budou rizika vyhodnocena. Plán by měl stanovit kdo, co udělá, jak, do kdy, kdy se bude vyhodnocovat, a co bude následovat, pokud se nebude dařit plán naplňovat.

7. Ověření plánu

Individuální plán vytvořený v rámci PK bude úspěšný, pouze pokud budou zachována určitá pravidla, a to:

- plánování vychází z potřeb rodiny, hlavně dítěte a vzniká za aktivní účasti rodiny
- plán je reálný, klade na rodinu a účastníky přiměřené nároky
- plán je flexibilní a průběžně se upravuje podle měnící se situace rodiny
- naplánovaná pomoc je skutečně realizována

8. Seznámení klienta s výstupy PK

Pokud není přítomen, mělo by být dojednáno, jakým způsobem bude seznámen s dojednanými výstupy.

9. Závěr PK

Probíhá závěrečná reflexe všech zúčastněných, moderátor poděkuje za účast a práci na PK a rozloučí se.

Délka PK může být různá. V případě úvodních konferencí a většího počtu účastníků je třeba počítat s časem až tři hodiny, zatímco u průběžných a závěrečných PK lze konferenci stihnout do dvou hodin.

4. Sociální práce s rodinou

Dle (Věra Bechyňová, 2. 5. 2016, internetový článek)
V rodinách kde je narušena výchova dítěte, by měl Orgán sociálně právní ochrany dětí (soc. pracovník, kurátor pro děti a mládež) ve spolupráci s dalšími neziskovými institucemi nabídnout nejprve poradenské služby ambulantního charakteru (rodinná terapie, psychologické poradenství, sociální služby pro sanaci rodiny), aby umístění dítěte mimo rodinu bylo až tím posledním řešením.

4.1 Sanace rodiny

Je úzká a kvalitně koordinovaná spolupráce odborníků ze sociálně právní ochrany, sociálních služeb a dalších institucí (mateřské školky, školy, pediatři) s rodinou a dítětem, které je ohroženo na sociálním, biologickém, anebo psychickém vývoji. Sanace může být jako prevence, kdy dochází k tzv. posilování rodičovských dovedností, nácvikům rodičovského chování, zplnomocňování dítěte, vše co by mohlo odvrátit hrozící odebrání. Anebo může sloužit jako nástroj bezpečného návratu, kdy dochází k realizaci změn a smysluplného kontaktu s rodinou během separace dítěte. Základním cílem je zlepšení situace dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině, kdy zájmy dítěte jsou vždy prioritou. (Věra Bechyňová, 2. 5 2016, internetový článek)

Znaky sanace

- realizuje ji multidisciplinární tým (MT) odborníků, který spolupracuje s dítětem a rodinou
- MT berou rodiče jako důležité partnery při řešení problému
- činnost MT je průběžně koordinována, optimálně sociální pracovníci sociálně právní ochrany dětí OSPOD
- pravidelně jsou realizovány případové konference, jako nástroj multidisciplinární

Pokud pracovník shledá, že vyčerpal veškeré možnosti při snaze, aby výchova nebyla ohrožena, ale jeho snaha nebyla účinná, může podat podnět k příslušícímu soudu (podle faktického pobytu dítěte)

4.1.1 Odebrání dítěte

V případech kdy je dítě opuštěné nebo je vážně ohroženo na životě (dlouhodobé zanedbávání, týrání, zneužívání, pobyt v nebytových a nehygienických podmínkách), je stát povinen zasáhnout. Zákon zde umožňuje provést velmi rychlou intervenci bez zdlouhavé práce s rodinou.

Dále se také může jednat o situace, kdy dítě svým způsobem života a jednáním samo ohrožuje svůj zdravý vývoj nebo život a rodiče už vyčerpaly veškeré své možnosti, jak na dítě pozitivně působit a odklonit možné ohrožení. Jedná se o případy, kdy dítě utíká z domova, zneužívá návykové látky, chodí za školu, dopouští se krádeží a vandalismu.

Výše zmíněné důvody mohou vést k umístění mimo rodinu a na základě návrhu orgánu sociálně právní ochrany dětí mu může být soudně nařízena výchova. Předtím je však soud povinen prozkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit v rámci náhradní rodinné péče.

Existuje několik právních norem, které umístění dítěte mimo rodinu upravují. Soud může dítě svěřit do péče jiné osoby (opatrovnictví, poručnictví, pěstounská péče, adopce) nebo může vydat předběžné opatření, na jehož základě je dítě po nezbytnou dobu umístěno do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (FOD Klokánek) nebo školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (diagnostický ústav pro děti do 6 let, či mládež), anebo do zdravotnických zařízení jako jsou kojenecké ústavy dětská centra pro děti do 3 let věku.

Ve vážných případech může soud navrhnout ústavní výchovu a nastává situace kdy je třeba rozhodnutí respektovat a začít realizovat. Je velmi důležitá spolupráce celého týmu, aby s dostatečným časovým předstihem informoval dítě a rodinu o následných krocích.

Dle novely zákona o sociálních službách mají rodiče ze zákona právo účastnit se alespoň jedné Případové konference minimálně té poslední a rozhodující. Následují dva možné průběhy spolupráce.

Rodiče dostávají odpovídající informace o daném zařízení a průběhu pobytu, kam ho doprovází (soc. pracovník, kurátor nebo rodič). Ten pokud jedná v souladu s nařízením soudu a respektuje ho, zmírňuje celkový dopad této situace na psychiku dítěte.

V druhém případě, kdy rodič nerespektuje nařízení soudu a nespolupracuje se sociálním pracovníkem, přichází na řadu **soudní vykonavatel**. Pro dítě je to samozřejmě více traumatizující, jelikož je odvedeno úplně cizí osobou. K odebrání by nemělo docházet v nevhodnou dobu například v nočních hodinách, pokud tedy nehrozí bezprostřední ohrožení na životě.

Odebráním dítěte ovšem sociální práce v rodině nekončí, naopak cílem všech aktérů týmu i rodiny by mělo být, aby doba, kdy je dítě umístěno mimo rodinu byla co nejkratší. (Mgr. David Beňák a Ph.Dr. Radomila Lorencová, 13.4.2012, video rozhovor).

4.2 Oznamovací povinnost

Legislativní rámec: Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník v paragrafech 364 až 368 stanovuje povinnosti, které má každá fyzická osoba v případě podněcování, schvalování, nadřezování, nepřekážení a neoznámení trestného činu. Paragrafy se vztahují na celou škálu trestných činů, oblast násilných činů páchaných na dětech a na týrání dítěte nevylučuje. (Mgr. David Beňák a Ph.Dr. Radomila Lorencová, 13. 4. 2012, video rozhovor).

Zákon o sociálně právní ochraně dětí (paragraf 7) dává možnost každému člověku, aby pracovníka či pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí upozornil, že má podezření, že se někde vyskytuje dítě, o které není dostatečně postaráno nebo se nechová v souladu s obvyklými normami. *(Každý má právo poukázat na chyby ve výchově někoho jiného)* Pokud se podezření neprokáže, osobě, která na rodinu upozornila, nehrozí sice žádný postih, ale přesto lze takovéto udání provést i anonymně. Každý podnět i ten anonymní musí být ze zákona prošetřeno pracovníky OSPOD, kteří prověřují pravdivost tvrzení u rodiny, sousedů, pedagogů, pediatra. Na rozdíl od občana který má právo oznámit podezření nevhodné zacházení, profese pracující s dětmi jako pedagogové, sociální pracovníci, pediatři, psychologové, mají povinnost oznámit a přerušit týrání, či zneužívání páchané na svěřené osobě. U dvou posledních zmíněných profesí, tedy pediatrů a psychiatrů, má tato oznamovací povinnost přednost před lékařským tajemstvím. (Mgr. David Beňák a Ph.Dr. Radomila Lorencová, 13. 4. 2012, video rozhovor).

4.3 Role pedagoga

Pedagog ať už v mateřské nebo základní škole, je nedílnou součástí systému ochrany dítěte. Tráví s dítětem téměř celý den, může ho pozorovat v různých situacích, při různých činnostech a při kontaktu s rodiči.

Jak už jsem výše zmínila, Pedagog má povinnost jakékoliv podezření na nevhodné zacházení a násilí páchaného na dítěti, Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ho chrání při jeho postupu na ochranu práv dítěte. Při podezření učitele nebo vychovatele, že by mohlo být ohroženo zdraví dítěte, by měl ideálně vyhledat dětského/školního psychologa, se kterým konzultovat celou situaci a následně informovat pracovníka OSPOD, v akutních případech Polici ČR.

4.4 Psychické problémy u dětí

Každé dítě je jedinečné, proto je velmi těžké nějak přesně určit druh chování, který by signalizoval duševní onemocnění. Největším odborníkem na dítě by měl být jeho rodič, který zná jeho obvyklé projevy, proto si může jako první všimnout určitých výkyvů, či neobvyklých reakcí oproti obvyklému chování. Samozřejmě dalším významným pozorovatelem je pedagog, který může rodiče popřípadě upozornit na neobvyklé chování ve škole. (Mgr. Bc. Vojtěch Heretin, 24. 3. 2017, internetový článek)

4.4.1 Typické znaky počátku duševního onemocnění

Dítě nemá chuť komunikovat, nezvykle se vyhýbá kontaktu s vrstevníky nebo rodinou.

Vyhýbá se rozhovorům na určité téma (kamarádi, škola, rodina).

Je smutné bez zájmu nebo naopak nezvykle aktivní a roztěkané.

Je u něho patrný výrazný strach z určité osoby, činnosti, či situace.

Špatně spí, má zlé sny, budí se dříve než obvykle a po probuzení je smutné a úzkostné.

Odmítá jíst, vyhýbá se společnému jídlu.

Pomočuje se.

Ubližuje okolí nebo samo sobě.

Přehnaně vyžaduje dodržování řádu a pořadí věcí.

Trápí se starostmi a obavami, které pro jeho věk nejsou typické.

Mnohé poruchy dětí mohou být reakcí na přehnané nároky okolí a ztrácejí se i bez léčby, a to upravením životních podmínek a prací s rodinou. Poruchy vzniklé v předškolním věku většinou v dospělosti mizí, tedy kromě organicky podmíněných

poruch nebo těžké časné deprivace a depresivních poruch. Mezi nejčastější v dětství vzniklé onemocnění patří **hyperkinetická porucha**, (UZIS ,F90)“*kdy má dítě tendenci odbíhat od jedné činnosti k druhé, aniž by byla jedna ukončena, spolu s dezorganizovanou špatně regulovatelnou a nadměrnou aktivitou. Hyperaktivní děti jsou často neukázněné, impulsivní a mají problém s disciplínou. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými.*“

Dále děti mohou trpět úzkostnými stavy a depresemi, jejichž průběh a příznaky jsou naprosto odlišné od deprese dospělých. Děti na depresi reagují somatizací často si stěžují na bolesti například břicha), dále poruchami chování a samozřejmě také smutkem a pláčem.

4.4.2 Poruchy chování (dle UZIS, F-91)

„Jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Toto chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější, než běžné dětské zlobení nebo rebelantství a mělo by trvat alespoň pul roku a déle. Příklady takového chování můžou být například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže atd.“

Smíšené poruchy chování a emocí (dle ÚZIS, F92)

„Jsou kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí. Dítě s depresivní poruchou prokazuje symptomy jako nadměrný smutek, nedostatek zájmu a radosti z běžné činnosti, pocity viny a beznaděje. Může být přítomna porucha spánku a chuti k jídlu“

Poruchy chování můžou být spojeny s fobií, depersonalizací, derealizací, obsesí, či kompulsí a hypochondrií.

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Separáční úzkostná poruch v dětství (dle ÚZIS, F93). „Jde o případ, kdy strach z odloučení tvoří ložisko úzkosti, a když se tato úzkost prvně objevuje v raném dětství. Na rozdíl od běžné separáční úzkosti její závažnost je statisticky neobvyklá (včetně přetrvávání nad hranici obvyklého věkového období) a je sdružena se zřetelným narušením sociálního fungování“

Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání

Tato skupina má společné abnormality sociálních funkcí, které začínají během vývojového období. V mnoha případech hraje klíčovou roli vážné poruchy a nedostatky zevního prostředí.(ÚZIS, F94)

Elektivní mutismus

„Stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtažitost, citlivost nebo odpor.“(F94)

Reaktivní porucha příchyllosti

„Porucha se objevuje v prvních 5 letech života a je charakterizována přetrvávajícími odlišnostmi v dětském vzorci sociálních vztahů, které jsou sdruženy s emočními poruchami. Projevuje se bázlivostí, nespavostí, agresí k druhým nebo sobě samému atd.) Tento syndrom se pravděpodobně vyskytuje jako následek výrazného nezájmu rodičů, zneužívání dítěte nebo špatného zacházení s ním.“(F94)

Syndrom ústavního dítěte (porucha des inhibovaných vztahů u dětí)

„ Může vzniknou v prvních 5 letech života u dětí, které neměli příležitost vytvořit pevné citové vazby. Jedná se například o jedince, kteří střídali dětské domovy, vychovatele, pěstouny.

Projevuje se povrchní přítulností a náklonností, vyžadováním pozornosti a nekritickým přátelským chováním. Problémy s vytvářením pevných citových vazeb mohou přetrvávat do dospělosti.“(F94)

Tiky

(Dle ÚZIS, F95) „je tik mimovolní, rychlý, opakující se, nerytmicky motorický pohyb. Je vůlí neovlivnitelný, ale může být potlačen po určité době a znovu se objeví při stresu a vymizí ve spánku. Motorické tiky (mrkání, pokyvování hlavou, trhání rameny a obličejové grimasy“

Afektivní poruchy v dětství a dospělosti

Diagnostikování těchto poruch u dětí je velice obtížné a poměrně vzácné. Jelikož dítě na rozdíl od dospělého nedokáže identifikovat a popsat svoje duševní pochody a psychický stav.

Deprese u dětí a dospívajících

Jak už jsem zmínila, deprese se u dětí projevuje jinak než u dospělých. U velmi malých dětí můžeme poznat příznaky deprese na základě a psychomotoriky, výrazu obličeje a změny nálad. U dětí školního věku, které jsou již schopny popsat svůj psychický stav, můžeme pozorovat tyto projevy (Mgr. Kateřina Krtičková, 28. 7. 2013, internetový článek)

Dítě ztrácí zájem o činnosti, které ho dřív bavili.

Má pokleslou náladu, je smutné a plačtivé.

Je podrážděné přecitlivělé, v napětí a projevují se u něho velké emoční výkyvy.

Dítě má potíže s pozorností, objevují se poruchy paměti.

Cítí se bez energie, má psychosomatické potíže.

Zhoršený prospěch a chování ve škole, chová se bezohledně a agresivně.

Dítě ztrácí sebeúctu a podceňuje se.

Trpí pocity ztráty lásky blízkých.

Prožívá pocity viny a je zvýšeně vztahovačné.

Dítě má pocit beznaděje, zaobírá se myšlenkami na smrt a sebevraždu, poškozují se.

Bipolárně afektivní porucha u dětí a dospívajících

(prof. MUDr. Ivana Drtílková, s. 151, *Pediatr pro praxi*, 3. 12 2011)

„Děti s bipolární poruchou představují mnoho diagnostických problémů. Nejobtížnějším problémem je odlišení preadolescentní mánie od ADHD.“
„Jedinec má zvýšené sebevědomí, sníženou potřebu spánku, zrychlené myšlení, narušenou pozornost, roztěkanost, zvýšenou aktivitu v sociální i sexuální oblasti a vyhledáváním požitků bez ohledu na následky nebo riziko ztrapnění. Ve školním věku mohou být epizody mánie a hypománie spojeny s e záškoláctvím, asociálním chováním, předčasným ukončením školy, nebo užíváním psychotických látek.
„ Těmto dětem bývají často nejprve diagnostikovány poruchy chování a ADHD, tento omyl a ukvapená volba terapie nebo medikace může negativně ovlivnit jejich stav“

U dospívajících je střídání manické a depresivní fáze podobné jako u dospělých, mohou se připojit halucinace a bludy. Během depresivní fáze hrozí riziko sebevraždy.

Sebevražedné tendence u dětí a dospívajících.

(MUDr. Jiří Koutek, doc. PhDr. Jana Kocourková, s. 39-41, *online časopis*)

„Důležitým specifikem suicidního jednání v tomto věku je vývojový aspekt. Je to dáno tím, že dítě a dospívající se vyvíjí, jeho osobnost se postupně formuluje, a tím se mění i výrazný koncept smrti. Přijetí smrti s je dlouhodobý proces, který se završuje mezi 9.-11. rokem věku, přesto však se suicidní pokusy objevují i v nižším věku. K adolescentnímu období patří specifické pří- stupy k otázce smrti. Adolescenti často o smrti přemýšlejí, zamýšlejí se, co bude po ní. Snadněji než ostatní jsou ochotni riskovat život“

Pokud rodič zaznamená u svého dítěte něco neobvyklého nebo je na to upozorněn (například pedagogem), měl by si nejprve s dítětem zkusit promluvit, zajímat se o něj, případně vyhledat odbornou pomoc. Například pediatr, který je schopen posoudit, zda bude potřeba psychologická, či psychiatrická pomoc a popřípadě rovnou někoho doporučit.

V případě sebevražedných sklónů a psychotických stavů je nutná okamžitá hospitalizace.

Zde bych asi zmínila roli zdravotně sociálního pracovníka, který pomáhá rodině se vypořádat s klíčovými okamžiky v jejich životě, které jsou vnímány jako nežádoucí. Právě například hospitalizace dítěte je velký emocionální zásah pro všechny členy rodiny a jen málokterá rodina dokáže tuto situaci ustát a řešit bez pomoci zvenčí.

4.5 Dětská psychoterapie

Dle (Lengmeier, 2000, s. 52-53) Průběh psychoterapie začíná navázáním dobrého terapeutického vztahu, kdy terapeut ukáže dítěti porozumění a účast v jeho nesnázích. Dále pak ulehčit dítěti od těžkostí, které prožívá a dokázat mu možnost společného překonání. Následně terapie dítěti poskytuje citové odreagování, dosažení vhledu do souvislostí obtíží, osvojení nových způsobů chování, motivaci a obnovení zdravého průběhu některých fyziologických funkcí.

Poté přichází fáze integrace, kdy jsou opět zatěžovány dosažené terapeutické změny u dítěte a jejich postupném uplatňování v běžném životě. Dítě by si mělo upevnit zážitky duševní nebo tělesné úlevy, účelné chování, úspěšné výkony a mělo by zvládnout situace, kde dříve selhávalo.

Po zakončení terapie přichází odpoutání dítěte od terapeuta a jeho pomoci, osamostatnění k dalšímu životu, již jen v podmínkách jeho prostředí. Terapeut stále však zůstává „po ruce“.

Součástí utváření terapeutického vztahu je obeznámení s prostředím, v němž dítě vyrůstá a vytváření terapeutického vztahu i s jeho rodinou. (Langmeier, 2000, s. 53) *„Postoje dospělých (popř. Institucí), kteří jsou iniciátory terapie nebo se i podílí na vzniku poruchy u dítěte, bývají často v rozporu s terapeutem. Zároveň však dítě většinou zůstává nadále „vydáno na pospas“ těmto dospělým. Je zde nebezpečí, že vyjevení odlišných, byť oprávněných názorů, terapeutem na to jakou pomoc dítě potřebuje, povede k tomu, že zúčastnění dospělí budou z různých důvodů (z prostého nesouhlasu, ze zklamání, ze vzniklého pocitu soupeření nebo žárlivosti, z obav o osud dítěte a z obav že budou za jeho potíže sami obviněni) psychoterapii sabotovat, zatímco úspěšná psychoterapie vyžaduje jejich spolupráci.“*

4.6 Rodinná psychoterapie

Dle (Lengmeir, 2000, s. 171-172) Je jedním z velmi využívaných terapií rodiny, mimo společná sezení je možná i individuální návštěva jednotlivých členů, a to například u adolescentů s hraničními stavy, kde by mohlo dojít ke zhroucení labilní rovnováhy při přímé konfrontaci se svými rodiči v otevřené diskusi o svých emočních problémech a vztazích.

Naopak velmi potřebná je v případech, kdy porucha zjevně souvisí s trvale konfliktním a napjatým rodinným prostředím, a to je u závažnějších poruch u dětí velmi časté.

Průběh a vedení rodinné terapie

Dle (Langmeir, 2000, s. 175-176) Obsah i časový průběh je značně rozdílný podle problému. Nejčastěji bývá rodinná terapie krátkodobého charakteru v podobě jednorázové intervence v 1-5 setkáních, ale také dlouhodobá, ale nebývá delší než 1-2 roky. Sezení probíhá jednou za týden nebo dva, v kritických situacích i vícekrát týdně. Na rozdíl od individuální, či skupinové terapie, v tomto případě terapeut upouští od obvyklého nedirektivního přístupu a aktivně zasahuje do rodinných interakcí.

Jelikož iniciativa pro rodinně zaměřenou léčbu většinou vychází od odborníka vyšetřujícího některého člena rodiny, musí si tento odborník svůj návrh obhájit a motivovat ostatní členy rodiny, kteří si léčbu „označeného“ pacienta představovali jinak. Při své práci se může setkat s odporem, který většinou plyne z časové náročnosti, pocitu vlastního zdraví, tudíž zbytečnosti terapie ale také z požadavku změny celé rodiny, díky kterému členové nabývají dojmu, že jsou obviněni z nemoci, či problémů identifikovaného pacienta.

Následná forma terapie se odvíjí od toho, zda se podaří členy motivovat ke spolupráci. Před zahájením je dobré vyžadovat definitivní závazek členů podílejících se na rodinné terapii o počtu sezení zpravidla (3-5) podle situace. Následuje volba cílů v oblasti rodinného soužití, kterých chtějí účastníci dosáhnout.

Řešení rodinných konfliktů (Langmeier, 2000, s. 177) *„Konflikt v rodině může být zjevný na první pohled, ale také skrytý. Prvním úkolem tedy bývá - vyjevit a objasnit skrytý konflikt v „ochranném“ ovzduší terapeutické situace*

- *Přimět rodinu aby jej uznala, přijala a přispěla svým úsilím k jeho přímému řešení tam, kde vzniká*

- *Poskytnout členům podporu a vedení, aby získaly odvahu vystavit se doposud obávané konfrontaci svých vzájemných požadavků*

- *Upevnit terapeuticky navozené konstruktivnější postoje a způsoby řešení konflikt vhodnými způsoby učení v terapeutických i běžných setkáních*

- *Naučit rodinu samotnému vyhledávání a využívání pro ni vhodných postupů k tomuto cíli tak, aby do budoucna přestala být závislá na vedení terapeuta.“*
Dle (Langmeier, 2000, s. 178-179) Následné změny v životě rodiny se týkají většinou následujících oblastí

- Rozdělení pozic, rolí a moci v rodině
- Změna v uplatňování určitých pravidel a hodnot
- Změna v užívání nepřiměřených způsobů vzájemného styku (nedostatečná, nejasná nebo rozporná komunikace citů, přání a chování)
- Termín ukončení terapie je volen přiměřeně dosaženým výsledkům, přesto však je rodina na ukončení soustavně a včasně připravována.
- Ukončení neúspěšné terapie proběhne buď spontánním odstoupením rodiny od spolupráce nebo rozhodnutím odborníka, který určí, že rodině by spíš prospělo něco jiného.

Shrnutí

V teoretické části, jsem se zabývala především rodinou, jejími funkcemi a jejím vlivem na psychickou odolnost dítěte. Dále jsem představila různé aspekty, které by mohly ohrožovat psychický vývoj dítěte, od těch „méně drastických“ výchovných prohřešků, až po závažnější formy špatného zacházení. Dále jsem jen okrajově zmínila práci s dysfunkční rodinou, které se budu věnovat více v empirické části. Na závěr jsem přidala výčet některých duševních onemocnění, způsobených právě dysfunkčním rodinným prostředím a způsob terapie s duševně nemocnými dětmi.

II Empirický výzkum

5. Výzkum

Cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jakým způsobem spolupracují obory, které zastávají důležitou roli při péči o duševní zdraví dětí z dysfunkčních rodin a jakou úlohu v tomto procesu zastává sociální pracovník. Některé odborníky, kteří s péčí o duševní zdraví úzce souvisí, se mi nepodařilo získat. Myslím si, že pohled například dětského psychiatra, by v této práci měl být zastoupen.

Zvolila jsem si kvalitativní výzkumnou strategii, jelikož se snažím zjistit, jakou mají dotazovaní zkušenost z praxe a jaký je jejich osobní názor, kvantitativní strategie nebyla možná.

Jako techniku sběru dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor, od kterého očekávám kvalitnější odpovědi a více informací. Při sběru dat jsem využila kódování.

Rizika výzkumu

Jako etická rizika výzkumu, bych zmínila, že není snadné nenechat se strhnout poutavým vyprávěním jednoho pracovníka, jelikož některé rozhovory byli méně plodné než jiné, měla jsem občas tendenci orientovat výzkum pouze na odpovědi právě těch zdařilejších rozhovorů.

5.1 Prostředí sběru dat

Rozhovory probíhaly ve velmi různorodém prostředí, vzhledem k tématu, a proto i znění některých otázek muselo být přizpůsobeno dotazovanému odborníkovi.

NOMIA Hradec Králové

Psychologická poradna, která se zaměřuje na rozvodové a porozvodové konflikty s násilím ve vztazích, na pomoc obětem domácího násilí a trestné činnosti, týraným a zneužívaným a zanedbávaným dětem a pracuje rovněž i s pachateli trestné činnosti. Rozhovor mi poskytla, sociální pracovnice poradny a DKC. (S1)

ABATAB Pardubice

Jedná se o službu pro rodiny s dětmi řešící různé náročné situace, které sami nezvládnou a potřebují pomoc nebo radu, např. řešení vztahů v rodině, nastavení komunikace, výchovné problémy dětí, finanční problémy, nezvládnutí péče o děti, neshody mezi rodiči a dětmi, zajištění základních potřeb rodiny.

Rozhovor mi poskytla vedoucí služby.(S2)

ODDĚLENÍ SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ Městský úřad Kolín
Zde jsem vedla rozhovor s kurátorkou dětí.(O1)

DĚTSKÝ DOMOV A ŠKOLA BÝCHORY

Zde mi poskytla rozhovor psycholog a psychoterapeut.(PT)

ZÁKLADNÍ A MATEŘSKÁ ŠKOLA SKUHROV NAD BĚLOU

Zde mi poskytla odpovědi výchovná poradkyně, bohužel komunikace probíhala pouze e-mailovou nebo telefonickou formou. (V)

PEDAGOGICKO PSYCHOLOGICKÁ PORADNA Hradec Králové

Zde mi poskytla rozhovor metodik prevence a psycholog, (P1) dále byla u rozhovoru přítomna ředitelka PPP a SPC, která občas přidala doplňující informace.(P2)

ODDĚLENÍ SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ Městský úřad Rychnov nad
kněžnou

Rozhovor mi poskytl kurátor dětí.(O2)

5.2 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v mezioborové spolupráci o duševní zdraví dítěte z dysfunkční rodiny.

5.2.1 Dílčí cíle

DC1: Zjistit, kdo a jakým způsobem vybírá odborníky z jiných oborů, kteří jsou přizváni k řešení dané situace a jakým momentem vzniká spolupráce mezi nimi.

DC2: Zjistit jak jsou vymezeny kompetence mezi obory, a do jaké míry funguje spolupráce a komunikace mezi nimi.

DC3: Kdo má v kompetenci průběžné a celkové vyhodnocování případu a ukončování spolupráce.

Transformační tabulka kroků

Hlavní cíl	Díličí výzkumné cíle (DC)	Tazatelské otázky (TO)
Zjistit jaká je role sociálního pracovníka při mezioborové spolupráci v rámci péče o duševní zdraví dítěte v dysfunkční rodině.	DC1: Zjistit, kdo a jakým způsobem vybírá odborníky z jiných oborů, kteří jsou přizváni k řešení dané situace a jakým momentem vzniká spolupráce mezi nimi.	<p>Co je pro Vás podnětem k přizvání dalších odborníků?</p> <p>Jakým momentem vzniká spolupráce?</p> <p>(Byl/byla jste někdy přizvána k PK, která by se zabývala daným tématem? A pokud ANO kdo Vás požádal o spolupráci?)</p>
	DC2: Zjistit jak jsou vymezeny kompetence mezi obory a do jaké míry funguje spolupráce a komunikace mezi nimi	<p>Jakou máte zkušenost s terapií dítěte, jehož onemocnění je vlivem dysfunkční rodiny?</p> <p>Byl/byla jste někdy součástí multidisciplinárního týmu zabývajícího se tímto tématem?</p> <p>Účastnila/la jste se někdy PK zabývající se tímto tématem?</p> <p>Máte nějakou zkušenost s řešením situace dítěte, které trpí nebo by mohlo trpět duševním onemocněním vlivem dysfunkčního prostředí, ve kterém vyrůstá?</p>
		<p>Jak daleko sahají Vaše kompetence při práci s jinými odborníky?</p> <p>Jakým způsobem probíhá komunikace při mezioborové spolupráci?</p> <p>Jaké vnímáte nedostatky při mezioborové spolupráci?</p>

	DC3: Zjistit jakým způsobem se vyhodnocuje a ukončuje spolupráce.	<ul style="list-style-type: none"> •Kdo má v kompetenci průběžné a celkové vyhodnocování případu a ukončování spolupráce? •Kdy končí Vaše působení při mezioborové spolupráci?
--	---	--

5.3 Analýza a interpretace získaných informací

Hlavní cíl

Zjistit jaká je role sociálního pracovníka při mezioborové spolupráci v rámci péče o duševní draví dítěte v dysfunkční rodině.

Díličí cíle (DC), které jsem sledovala tazatelskými otázkami (TO)

DC:1

Zjistit, kdo a jakým způsobem vybírá odborníky z jiných oborů, kteří jsou přizváni k řešení dané situace a jakým momentem vzniká spolupráce mezi nimi.

TO:1 Co je pro vás podnětem pro přizvání odborníků z jiných oborů? (Tato otázka byla položena pouze pracovníkům OSPOD)

„ Jednoznačně až selhávání dítěte například zanedbávání školní docházky, kriminální činnost, zanedbávání a zneužíváním, týráním, a nebo je to dítě, které se jen nedokáže vyrovnat z rozvodem rodičů.“ (O2)

V těchto případech je zapotřebí názoru dalších oborů, kteří však nejsou přizváni k jednání, ale rodina dostane nabídku odborníků, kteří by byli pro dítě vhodní, a následně k nim dochází.

„Nefunguje to tak, že bychom se sešli u kulatého stolu, psychiatr k nám vůbec nepřijde a psycholog pouze v nejzávažnějších případech například když je nějaká případová konference“(O2)

„My už víme, že k nám dětské psychiatry nepřijdou, my je stejně pozveme, aby to v tom spise bylo, ale oni nedorazí.“(O1)

Z obou těchto rozhovorů a i těch, které budou následovat, jsem nabyla dojmu, že k přímé spolupráci mezi psychology ale především s dětskými psychiatry a sociální sférou dochází minimálně a většina komunikace probíhá prostřednictvím posudků, která mohou obsahovat lékařovo doporučení, ale nikoliv však způsob práce s dítětem nebo s jeho rodinným prostředím, které je zjevně příčinou.

O mnoho užší spolupráce probíhá s pedagogy a výchovnými poradci, kdy je iniciativa společně něco projednat oboustranná. Pedagog stráví s dítětem poměrně dost času, a proto může rozpoznat změny v jeho chování a další projevy poukazující na dysfunkční rodinné prostředí.

TO:2 Jakým momentem pro vás vzniká spolupráce?

Zůstaneme-li u spolupráce sociálních pracovníků a pedagogů, zde spolupráce vzniká vždy nějakou zakázkou ať už ze strany školy nebo sociálně právní ochrany dětí, která dále spolupracuje s návaznými službami, ale nejedná se primárně o duševní zdraví dítěte.

Nejprve začnu odpověďmi ze sektoru sociální práce.

„ V největší míře jsou nám sem klienti posíláni pracovníky OSPOD, občas nás kontaktuje pediatr, který má klienty, jež mají nějaké problémy nebo sami rodiče a základní školy ale nejčastěji nás kontaktuje OSPOD.“
(Sociální pracovnice psychologické poradny dále jako S1)

„ Co se týče mezioborové spolupráce dané problematiky, my nijak velkou pravomoc nemáme. Můžeme dát podnět k PK, ale většinou jsme na ně přizváni pracovníky OSPOD a fungujeme jako opora pro tu rodinu. (sociální pracovnice služby pro rodinu ABATAB , dále jako S2)

Vznik interdisciplinární spolupráce ve sféře sociální práce je běžný a logický. Nejčastější navázání spolupráce je ze strany pracovníků OSPOD u nichž se kumulují veškeré informace o rodině a také mají větší pravomoc nežli pracovníci například sociálních služeb a neziskových organizací.

Dále ostatní spolupracující odborníci odpovídali na otázku takto.

„Co se týče mezioborové spolupráce zabývající se tímto tématem, přímou zkušenost nemám spíše zprostředkovaně, když chodím do škol, kde dělám preventivní programy pro třídu, kdy mě například osloví paní učitelka, že má podezření a popíše určitou situaci rodiny, která je nějakým způsobem dysfunkční. Například rozvodové konflikty, hádky v rodině, čímž je následně ovlivněno chování dítěte.“ (Metodik prevence a psycholog PPP, dále jako P1)

Psycholožka udává, že v tomto případě řeší s paní učitelkou, jak ona může jednat s rodiči, jak je nasměrovat pokud by to chtěli řešit, a že při nespolupráci je dobré kontaktovat OSPOD a informovat se jestli je daná věc už podnětem k nějakému šetření. Psycholožka dále upřesňuje, že má samozřejmě zkušenost s prací s dětmi s dysfunkčních rodin, však není to tak, že by to byla její primární oblast. Zmiňuje také o spolupráci s funkčními rodinami, kde je podezření na nějakou vývojovou vadu. Zde její práce s rodinou spočívá spíše ve smyslu jak přistupovat k dítěti, nežli měnit kontext rodiny jako systému.

„S mezioborovou spoluprací zabývající se daným tématem mám zkušenost, jednalo se o případ, kdy jsme vycházeli z informací kolegyně z 1. Stupně, které s daným žákem pracují a rozhodli jsme se kontaktovat OSPOD“ (Výchovná poradkyně ZŠ a MŠ, dále jako V)

„V rámci mé práce spolupracuji především s pedagogy a vychovateli zařízení, kde máme společné pedagogické porady, kdy se bavíme o tom, co by dítěti prospělo. Tam se samozřejmě snažím doporučit, co je podle mého názoru pro dítě vhodné.“ (Psycholog a psychoterapeut DDŠ, dále jako PT)

Ohledně spolupráce se sociální sférou, uvádí psycholožka, že se jedná převážně o zprávy a posudky a k přímému kontaktu dochází pouze na případových konferencích. Což potvrzuje odpovědi pracovníků OSPOD v první otázce.

Z rozhovorů je patrné, že propojenost mezi obory při péči o duševní zdraví dítěte je nezbytná a tudíž zde funguje i mezioborová spolupráce, těžší je však definovat moment jejího vzniku. Psychologové a pedagogové spolupracují v rámci různých zařízení,

středisek a poraden, do čehož samozřejmě vstupuje také sociální práce, ale nemusí to být ve stejný moment a ani se nemusí jednat o stejnou zakázku.

TO:3 Byl/byla jste někdy přizvána k případové konferenci zabývající se tímto tématem?

Tato otázka zněla samozřejmě jinak pro pracovníky OSPOD, kteří PK svolávají. Začnu tedy jimi. Na otázku svolání PK, která by se týkala daného tématu, jsem dostala následující odpovědi.

(O2)“ My pořádáme případové konference ze zákona především v rámci ústavní výchovy. Zpravidla by tam měli být rodiče, (dítě pokud je to možné), pedagog, psycholog a nějaká návazná služba, která s rodinou spolupracuje. Avšak rozhodnutí, které by bylo pro dítě nejlepší, ovšem není závazné pro soud, který může rozhodnout úplně jinak“

(O1)“ Případová konference se svolává jen tehdy, kdy je to v zákoně uvedeno tedy před nařízením ústavní výchovy, před zrušením ústavní výchovy, prodloužením ústavní výchovy, náhradní péče atd.“

„Dále pak když potřebujeme, aby se nám ten případ někam pohnul, když se to nedaří dojednat jednotlivě, dělalo se to vždycky, ale neříkalo se tomu případová konference“

Další dotazovaní byli k PK přizváni nebo projevíli iniciativu na jejím uskutečnění.

(S1) „ Většinou se podílíme na případových konferencích, protože sem ty klienty posílá OSPOD, tak si následně vyžádá spolupráci, ale i my můžeme dát impuls, pokud si myslíme, že je zapotřebí případová nebo expertní konference“

(S2)“ Jak už jsem výše zmínila, na konference jsme většinou zváni pracovníky OSPOD, jelikož s rodinou úzce spolupracujeme, můžeme monitorovat situaci v průběhu hlášených i nehlášených návštěv“

(P1) „Na Případových konferencích jsem byla, ale týkalo se to spíše školského prostředí. Hlavní iniciátor byl OSPOD, takže si mě tam pozvali, co by pro ně poradna mohla udělat. Jednalo se ale spíše o agresivní děti co napadali spolužáky nebo učitele.“

I když problém dítěte se situací v rodině zjevně souvisel, nebyla to ta primární zakázka. Až při spolupráci s návaznou službou se ukázalo, že rodina je dysfunkční a odmítá terapii a jakoukoliv spolupráci.“

(PT) *„Případových konferencí, které by se zabývali tímto tématem se účastním pouze v případě se jedná o zrušení ústavní výchovy, nebo propuštění do rodiny „na podmínku“*

V průběhu rozhovorů, jsem zaznamenala, že co se týče pracovišť v Hradci Králové, je pojem případová konference tzv. zaběhnutý a o jeho významu nepochybují ani pracovníci z jiných oborů. Zatímco v ostatních případech dotazovaní spíše nechápavě tápali, tedy samozřejmě mimo těch, kteří působí v sociální sféře. Při bližším vysvětlení a ujasnění si pojmu, jsem vlastně dospěla k názoru, že skoro každý dotázaný se účastnil konference zabývající se daným tématem, jen se to tak nenazývalo, ani struktura zúčastněných neodpovídala PK definované v teoretické části mé práce, avšak princip a účel byl stejný.

Shrnutí: Přizvání odborníků z jiných oborů a pořádání případových konferencí je podmíněno zákonem o sociálně právní ochraně dětí, tudíž to příliš nezáleží na úsudku konkrétní osoby nebo oddělení. Z odpovědí je patrné, že spolupráce mezi všemi zainteresovanými obory spočívá spíše v předávání informací, nežli na přímé spolupráci. Užší spolupráci může vidět mezi sociální a pedagogickou sférou, tato spolupráce ale nesouvisí přímo s ochranou duševního zdraví dítěte. Tím se zabývá psycholog (psychiatr), ten ovšem spolupracuje především s pedagogy a vychovateli, kteří mohou nejlépe pozorovat změny v chování dítěte a případně společně prokonzultovat důvod této změny a následnou péči.

Dle mého názoru je nejspíš jediným opravdu mezioborovým momentem spolupráce pouze případová konference, tedy dostaví-li se všichni požádaní.

DC: 2

Zjistit jak jsou vymezeny kompetence mezi obory a do jaké míry funguje spolupráce a komunikace mezi nimi

TO:1 Jak daleko sahají vaše kompetence při spolupráci s jinými odborníky?

Přizvání odborníků z jiných oborů a svolávání případových konferencí mají v kompetenci pouze pracovníci OSPOD, a to v souladu se zákonným ustanovením. Jakýkoliv jiný odborník může dát podnět pro svolání, ale jak z výzkumu vyplívá, nedochází k tomu příliš často.

Pracovníci OSPOD si také mohou ze zákona vyžádat zprávy a posudky o dítěti a rodině, a je to do jisté míry omezeno různorodou legislativou oborů.

Co se týče přímo péče o duševní zdraví dítěte a práce s ním, tato oblast je v kompetenci psychologů a psychiatrů, kteří v rámci stejného oboru mohou sdílet podrobnější informace, ale pouze v oblasti toho jak s dítětem dále pracovat nikoliv jak pracovat s dysfunkčním rodinným prostředím, které je ale bezpochyby příčinou duševního onemocnění dítěte.

Jsou zde patrné různé proudy spolupráce, které se kombinují dle toho zda řeší duševní stav dítěte nebo dysfunkční prostředí jež je strůjcem onemocnění, ale během rozhovorů jsem nenarazila na situaci kdy by se tyto dvě věci řešili současně.

TO:2 Jak hodnotíte fungování mezioborové spolupráce, komunikaci a způsob předávání informací?

Všichni dotazovaní při položení této otázky zmínili odpověď typu „ *To záleží na tom kdo tam je*“ nebo „ *Všechno je to o lidech*“ Úspěšná spolupráce mezi obory je někdy dost omezen, či znemožněna legislativou, ale tam kde nebrání zákon, může bránit lidský element. Ohledně fungování spolupráce dotazovaní odpovídali takto:

(O2) *“Mezioborová spolupráce funguje v momentě, kdy jsme všichni profíci“*

(O1) *“Nejlépe funguje spolupráce v rámci sociální sféry, to znamená SVP, terénní a návazné služby. Pokud školy chtějí něco, co je v jejich zájmu, tak přijdou i na tu PK, ale jindy nejsou tak aktivní a víceméně se my i SVP podřizujeme jejich rozvrhu.“*

(S1) Pracovnice hodnotí fungování spolupráce v Hradci velmi pozitivně, zmiňuje výborné zasíťování a komunikaci mezi službami. *„ Já to hodnotím tak, že ta spolupráce je tady na nejvyšší úrovni“*

(S2) Ohledně fungování spolupráce pracovnice zmiňuje nedostatky Oddělení sociálně právní ochrany dětí v Pardubicích, a vzápětí porovnává s Hradcem Králové, kde sledává výrazně lepší přístup.

(PT) *„Samozřejmě jako psycholog musím komunikovat se sociálními pracovníky, s pracovníky OSPOD a kolegy v práci, ale je to velmi omezené, především etickým kodexem, co se týče mlčenlivosti.“*

(P1) *„ S pracovníky OSPOD tady v Hradci máme výbornou spolupráci a pokud se jedná o nějaký dostatečný podnět, tak pracovnice ochotně nadiktují, jak se to má správně sepsat, včetně speciální formule, podle které je škola zpětně informována o tom jak se s dítětem pracuje. Ale třeba Bydžovsko a Chlumec, tam už nemají takhle dobré zkušenosti.“*

V souvislosti s OSPOD psychologka zmiňuje speciální tým ohrožených dětí TOD, který se zaměřuje především na děti s dysfunkčních rodin, děti ohrožené syndromem CAN nebo domácím násilím jako takovým a na ně se mohou obracet lidé, kteří mají jisté podezření.

(V) Odpovídá velmi stroze: *„ S pracovníky OSPOD mám kladnou zkušenost“*

Co se týče komunikace a předávání informací odpovídali odborníci následovně:

(O1) Vyzdvihuje a znovu připomíná dobrou komunikaci s psychology a psychoterapeuty ze střediska výchovné péče a s pedagogicko-psychologickou poradnou, ale zmiňuje se o poradnách v jiných regionech, kde v rámci poradny probíhají i rodinné terapie a soustavně s dítětem pracují. Načež podotýká *„ Tady tomu tak ale není, tady*

dítě jednou za dva roky vyšetří, pošlou pokyny jak se má s dítětem pracovat a všechno je to pak na těch učitelích“

(S1) *„Naše centrum má sice psychology a psychoterapeuty, za kterými rodina dochází, ale my jako sociální pracovníce do té psychoterapie vůbec nevidíme“*

(S2) Uvádí, že v rámci jejich služby klient podepisuje smlouvu, kde souhlasí se sdílením informací s jinými odborníky: *„My jsme vázáni mlčenlivostí, samozřejmě OSPOD si od nás může vyžádat zprávy, ale kopii vždy musí dostat klient, aby byl o všem informován“*

Jako další zmiňuje předávání informací se školou, školkou, psychology, psychoterapeuty a dětskými psychiatry, kde neshledává žádnou chybu komunikace.

(P1) Co se týká hodnocení fungování spolupráce mezi obory, psycholožka znovu opakuje, že Hradec je výborně zasíťovaný, všechny dostupné služby jsou zmapovány a jsou i v interaktivní podobě, jež je výbornou pomůckou pro orientaci pro pracovníky z jiných oborů. Psycholožka hodnotí komunikaci a předávání informací mezi sociálními pracovníky a pedagogy jako naprosto bezproblémové.

(P2) V této části vstupuje do rozhovoru také ředitelka poradny, která zmiňuje projekt jakého si MEZIOBOROVÉHO KONZÍLIA, který by měl být zaměřen právě na mezioborovou spolupráci. *„Zde by se měli scházet odborníci, kteří mají s dítětem co dočinění. Idea je, že by se zde sešli odborníci z různých oblastí (medicíny, sociální práce a oblasti školství), a podle toho co dítě potřebuje, by se společně rozhodlo, který obor má zelenou, a který bude muset počkat. Jde o to, aby se ta podpora nastavila co nejefektivněji pro dítě.“*

Musím podotknout, že po skončení výzkumu jsem začala být vůči tomuto plánu téměř dokonalé mezioborové spolupráce poměrně skeptická a nejsem si moc jistá, zda je to realizovatelné, pokud ano tak opět jenom v Hradci Králové.

(PT) *„Osobně bych řekla, že z druhých stran se ke mně dostávají informace velice dobře, sociální pracovníci mě informují víceméně o všem, co se doma děje, jak probíhal víkend, žádosti o přemístění, o přijetí atd., Potom samozřejmě taky psychiatr, který*

dojíždí do těchto typů zařízení a přece jen v rámci oboru mohu sdělit trochu více informací, ohledně psychického stavu dítěte“

Dále psychologka uvádí, že ona má přístup skoro ke všem informacím a vzápětí uznává, že na opačnou stranu jo to v podstatně menší míře. Což zapadá do kontextu odpovědí pracovníků OSPOD.

TO:3 Jaké vnímáte nedostatky při mezioborové spolupráci zabývající se daným tématem.

Tak nejdříve bych zmínila odpovědi pracovníků OSPOD

(O1)“ *Ohledně nedostatků v komunikaci bych znovu zmínila ty dětské psychiatry, oni jsou přehlčeni, je jich málo a mají toho moc.“*

(O2)“ *Hlavním problémem jsou naprosto protichůdné pokyny, které přichází z ministerstev. Jak my můžeme spolupracovat, když ministerstvo vnitra, školství, práce a sociálních věcí spolu nespolupracují. Jak my máme spolupracovat?“*

Dále ostatní obory

(V) „*Osobně mi chybí zpětná vazba od pracovníků OSPOD. Vím, že jsou informace, které nám, ze zákona nemohou být poskytnuty, ale z vlastní zkušenosti by prospěla zpětná vazba škole tak, abychom mohli ve prospěch dítěte více pracovat.“*

(P1) „*Spolupráce s dětskými psychiatry není příliš úspěšná, oni jsou přehlčeni, nemají vůbec čas a to mluvím o těch, co jsou ochotni komunikovat, ale pak jsou tu také ti, kteří ani komunikovat nechtějí.“*

(PT) „*Jak už jsem uvedla, z mého pohledu neshledávám, žádné nedostatky, ke mě se dostane většina informací. Osobně bych řekla, že psycholog je namočenější ve všem, ale oficiálně nikde“*

Shrnutí: Myslím si, že z rozhovorů je zřejmé, že komunikace a předávání informací mezi odborníky v Hradci Králové skoro bezproblémové, tedy s výjimkou spolupráce s dětskými psychiatry, kterou kritizovala většina dotazovaných nehledě na lokalitu. Však vzápětí je většina dotazovaných měla snahu omlouvat a uznávat, že dětských psychiatrů je málo a jsou přehlceni případy. Většina nedostatků, které dotázaní zmínily při mezioborové spolupráci, se týkaly profesionality a především ochoty jiných odborníků. A vracíme se opět k frázi, která při rozhovorech několikrát zazněla „Všechno je to o lidech“

DC:3

Zjistit jakým způsobem se vyhodnocuje a ukončuje spolupráce.

Ukončování mezioborové spolupráce má v kompetenci OSPOD, a dochází k tomu tehdy, kdy je naplněna určitá zakázka.

TO:1 Kdo má v kompetenci vyhodnocování případu (průběžné, celkové) a ukončování spolupráce?

(O2) „Pokud je dítě vedeno v rámci zákona o sociálněprávní ochraně dětí, ukončujeme spolupráci my a to tehdy, kdy je vyřešen jeden určitý problém dítěte. Není vyřešeno jeho duševní zdraví. „

(O1) Ohledně ukončování spolupráce kurátorka říká: „Samozřejmě by měla být závěrečná PK, někdy i je ale někdy se to vypouští“. Mezioborová spolupráce končí ve chvíli, kdy odmítnou rodiče spolupracovat, dítě odmítne někam docházet nebo se ta situace opravdu zlepšila.“

„Je pravda, že my často ukončujeme mezioborovou spolupráci na základě domluvy s rodiči a ostatními zainteresovanými odborníky, ale neprobíhá to nijak formálně, můžeme se dohodnout telefonicky, nebo formou běžného jednání.“

Jelikož přímá mezioborová spolupráce v rámci péče o duševní stav dítěte v dysfunkční rodině se uskuteční pouze na případové konferenci, ukončit spolupráci toho typu má

v kompetenci pouze OSPOD. To ovšem neznamená, že užší spolupráci v rámci jen některých oborů nepokračuje dál.

TO:2 Kdy končí vaše působení při mezioborové spolupráci?

(S1) Pracovnice uvádí, že její spolupráce končí naplněním individuálního plánu. „V rámci zařízení probíhá průběžné vyhodnocování a ukončování, s tím, že OSPOD si vyžádá zprávy například, jestli rodiče dochází zkrátka, zda to probíhá jak má.“

(S2), „My v rámci služby můžeme ukončit spolupráci s klientem ze tří důvodů, a to výpovědí ze strany klienta, porušení smlouvy nebo naplněním cílů. Celkové ukončení případu má v kompetenci OSPOD“

(P1) V poslední části rozhovoru psychologka potvrzuje, že vyhodnocování případu a ukončování spolupráce (co se týče rodiny) má v kompetenci OSPOD.

„My píšeme zprávy ze svého vyšetření a pozorování, které jim na jejich žádost můžeme případně poskytnout a zrovna tak je to i u pedagogů a pracovníci OSPOD to pak dávají dohromady a dělají závěr.“

Zde opět vstupuje do rozhovoru (P2), která upřesňuje. „že primárně je posudek určen zákonnému zástupci a OSPOD si může písemně vyžádat doporučení, který poradna vystavuje pro potřebu školy. Pouze pokud je žadatelem o poradenskou službu OSPOD, pak je výstup poslán primárně jim. Poradna je ze zákona povinna poskytnout informaci na vyžádání OSPOD, ale ne celou zprávu, kterou si vyžádal zákonný zástupce.“

(P1) Co se týče ukončení mezioborové spolupráce, psychologka zmiňuje, že její působení končí například s koncem PK, kdy už se jí daný problém netýká, a nebo je požádána o vypracování nějakého krizového plánu práce s dítětem pro školu a jsou splněny všechny body a požadavky.

Dále psychologka uvádí: „Moje spolupráce se sociální sférou končí v případě kdy vyjádřím svůj názor, na to co by bylo pro dítě nejlepší ať už písemně nebo na případové konferenci“ „

A co se týče spolupráce s pedagogy v rámci zařízení, moje práce končí až odchodem dítěte“

(V) „Spolupráce v našem případě zůstává otevřená, dokud žák neopustí naši školu, celkový případ vyhodnocuje OSPOD, ale jak jsem uvedla výše, ocenila bych lepší informovanost o postupu v dané situaci.“

(PT)“ Ukončení mezioborové spolupráce má v kompetenci OSPOD. Ohledně vyhodnocování, my můžeme poskytnout závěrečnou zprávu, ale klient s tím je srozuměn. Klient ke mně chodí, svěřuje se, a já nejsem kompetentní vzhledem k terapeutickému vztahu ho nějak hodnotit“ Jelikož psychologka s dítětem pracuje, jejich sezení, jsou vázána mlčenlivostí, nemůže poskytovat kompletní posudky dítěte. „Jinak moje spolupráce s pedagogy v rámci zařízení končí až odchodem dítěte.“

Shrnutí: Odpovědi opět potvrzují, že nic jako komplexní mezioborová spolupráce o duševní zdraví dítěte v dysfunkční rodině není zatím proveditelné, tudíž ani ukončení takovéto spolupráce nemůže být jasně definováno. Obecně by se dalo říct, že spolupráci mezi obory ukončují pracovníci OSPOD, ale opět v souladu se zákonem, většinou po splnění nějaké zakázky. Ostatní obory, které jsou nějak zainteresovány do případu se mohou postupně zapojovat, a také odstupovat od spolupráce dle situace, a to vždy v souladu s interními nařízeními jejich působiště.

Závěr

Nejprve bych chtěla zmínit, že během mého výzkumu jsem zjistila, že spolupráce mezi obory probíhá, ale komplexní péče o duševní zdraví dítěte v dysfunkční rodině jako taková neexistuje. Tudíž role sociálního pracovníka v procesu spolupráce není nijak vymezena, jedná se o standardní náplň sociální práce a to předávání informací, komunikace, provádění dějem nějaké životní situace, za jejíž výsledek není odpovědný.

Duševním zdravím dítěte se zabývá pouze úzká skupina z oblasti medicíny a řeší vždy jen konkrétní případ nikoliv obecnou rovinu, zatímco dysfunkční rodinné prostředí, které negativně působí na duševní stav dítěte, to se dostává do povědomí sociální práce až ve chvíli, kdy to ukládá zákon o sociálně právní ochraně dětí paragraf 6. Dále v případě když se dítě někomu svěří nebo někdo poukáže na situaci. V případě, že někdo upozorní na nevhodné zacházení s dítětem, jeho tvrzení musí být průkazné, a také negativní vliv na dítě musí být zjevný. Stále tak je spousta dětí, které vyrůstají v dysfunkční rodině a nikdo o jejich duševní stav nepečuje. Jelikož výchova a vývoj dítěte je primárně povinností rodičů a dokud míra negativního vlivu na dítě nedosáhne určitých extrémů, není péče o duševní zdraví dítěte nikde definována.

Idea mezioborové spolupráce je nastavena dobře a Hradec Králové se jí zdá se přibližuje, jelikož je výborně zasítován, všechny služby jsou zmapovány a ochotně navazují spolupráci. Tím však nechci říct, že důvod, proč v jiných městech nemusí probíhat tak dobrá spolupráce je neochota či nezájem pracovníků. Spíše nedostatečné zasítování a absence klíčových služeb a organizací. Pracovník tedy může do jisté míry ovlivnit průběh děje svým nasazením o řešení situace, stále je tu však mnoho nařízení a zákonů, které mu svazují ruce. A to se netýká jen sociální práce, ať už ministerstvo zdravotnictví, školství nebo práce a sociálních věcí, ti všichni vydávají naprosto odlišné někdy až protichůdné pokyny, ohledně kompetencí a způsobu řešení probíraného tématu a tudíž ani odborníci v těchto třech odvětvích nemohou spolupracovat, jak by bylo žádoucí a jak by chtěli.

Celkově bych výzkum zhodnotila pozitivně, jednotlivé rozhovory zapadají do kontextu, odpovědi jsou shodné, a jelikož dotazované osoby, byly z jiných měst a okresů, mám i možnost porovnání. Ačkoliv otázky mohly být někdy zavádějící a musela jsem je

přizpůsobovat různým oborům, řekla bych, že v průběhu se vše vyjasnilo a získala jsem potřebné informace.

Na závěr bych se jen zmínila o získávání odborníků pro svůj výzkum, které tedy nebylo vůbec jednoduché, jelikož nepůsobím v sociální sféře a nemám tedy mnoho kontaktů. Zde se mi ale potvrdilo, že kontakty a vztahy, které jsme si během studia utvořili, jsou velmi cenné a většinu dotazovaných osob mi zprostředkovali moje zkušenější spolužačky.

Seznam použité literatury

BARTKO, Daniel. Moderní psychohygienu. Praha: Panorama, 1980
ISBN: 80-2150-10-22

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003
ISBN: 97-8807178-548-4

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny.
Praha: Portál, 2014 SBN:978-80-262-6522-7

PÖTHER, Peter. Emoční poruchy v dětství a dospívání, psychoanalytický přístup. Praha:
Grada, 2008 ISBN:978-80-247-2131-6

ROHR, Heinz-Peter. Zneužití: léčba následků sexuálního, či emočního zneužití. Praha:
Portál, 2014 ISBN: 978-80-262-0601-9

MLČÁK, Zdeněk. Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny. Ostrava:
Ostravská univerzita, 1996 ISBN: 807-0424-524

DUNOVSKÝ, Jiří. Dítě a poruchy rodiny. Praha: Avicenum, 1986
ISBN: 08-040-86

VYMĚTAL, Jan. Úzkost a strach u dětí. Praha: Portál, 2004
ISBN: 80-7178-830-9

STŘELEČEK, Stanislav a kol. Kapitoly z rodinné výchovy. Praha: Fortuna, 1993
ISBN:80-85298-84-8

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. Dětská psychoterapie. Praha:
Portál, 2000 ISBN:80-7178-381-1

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie
duševních poruch. Praha: Grada, 2015 ISBN: 978-80-247-4826-9

Internetové

Věra Bechyňová, Dis, 2016. Sociální práce s rodinou aneb sanace rodiny, Šance dětem (online), 2. 5. 2016

<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/problemy-v-rodine/socialni-prace-s-rodinou-aneb-sanace-rodiny.shtml>

Mgr. David Beňák a Ph.Dr Radomila Lorencová, 2016. Odebrání dítěte, Šance dětem (video rozhovor), 13. 4. 2012, aktualizováno 5. 9. 2016

<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/dite-mimo-vlastni-rodinu/odebrani-ditete.shtml>

Mgr. Bc. Vojtěch Heretin, 2017. Emoční potřeby dítěte a důsledky jejich deprivace (online), 24. 3. 2017, aktualizováno 30. 1. 2018

<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/emocni-potreby-ditete-a-dusledky-jejich-deprivace.shtml>

Mgr. Kateřina Krtíčková, 2013. Deprese u dětí, Šance dětem (online), 28. 7. 2013, aktualizováno 17. 8. 2016

<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/deprese-u-deti.shtml>

MUDr. Jiří Koutek a doc. Ph.Dr Jana Kocourková, 2014. Pediatr pro praxi, Riziko suicidního chování v dětském a adolescentním věku (online), Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF Praha. s. 39-41, 15. 2. 2014

<https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>

prof. MUDr. Ivana Drtílková, 2011. Pediatr pro praxi, Bypolární porucha osobnosti (online), Psychiatrická klinika FN Brno a LF Masarykova univerzita, 3. 12 2011

<https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201301-0009-Diagnostika-a-lecba-deti-s-ADHD-a-komorbidni-uzkosti.php>