



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

PSYCHODIAGNOSTIKA A PORADENSTVÍ

**studijní opora k předmětu
pro studenty kombinované formy studia
oboru Sociální komunikace v neziskovém sektoru**

Doporučený semestr:	pátý
Prerekvizita:	není
Navazující předmět:	není
Ukončení předmětu:	zkouška
Garant předmětu:	PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

1. ÚVOD

Rozlišování je základem vědecké práce.

Cílem předmětu je seznámení studentů s psychodiagnostikou jako disciplíny zabývající se zjišťováním duševních vlastností a stavů jedince v danosti normy i patologického obrazu. Teoretická a metodologická východiska v rozpoznávání a určování psychologických charakteristik, v nichž se jednotlivci odlišují, či která vystihují aktuální psychický stav, naladění člověka.

Vstup do terminologie, kompetence a způsobů hodnocení. Nahlédnutí do kontextu psychodiagnostiky. Etymologický význam slova diagnóza je vědět (diagnósis, roz-poznávat). (Termín psychodiagnostika se v americké psychologii používá jenom v oblasti zdravotnictví. W. Stern navrhl původně termín psychognostika.)

Jedná se proto o proces poznávání. Jakýkoliv typ diagnózy je pouze způsob, jak uspořádat data (Minuchin). Diagnóza může být viděna jako proces spřádání několika úrovní abstrakce. Začínáme pozorovanými daty, pak na abstraktnější úrovni vytváříme různé mapy či popisy situace, a na ještě abstraktnější úrovni uspořádáme tato data určitým způsobem. Nezapomínejme, že informace je zpráva o rozdílu, či výsledek rozlišení a že jen kontext dává smysl jednotlivým faktům.

Tradiční klinická diagnóza je svázána s procesem připisování označení jedinci, aby vyznačila určitou patologii a zařadila projevené příznaky.

Cílem psychodiagnostiky je přispět jednak k rozpoznání, o jakou psychickou poruchu u klienta/pacienta se jedná, a jednak poznání různých charakteristik osobnosti, současného psychického stavu.

Diagnostika jako převážně aplikovaná disciplína pro zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, případně dalších charakteristik individua. Je úzce spjata s psychologií osobnosti, zejména s její důležitou částí: diferenciální psychologií, tj. naukou o individuálních rozdílech mezi lidmi, o vlastnostech, jejich vývoji a trvání (tj. statická struktura osobnosti). Kernbergův vývojový model (neurotická – hraniční – psychotická organizace osobnosti)

Nahlédnutí na diagnostické metody, zásady práce s diagnostickými metodami a diagnostickou činností, meze jejich využití v praxi. Oprávněnost práce s psychodiagnostickými testy. Vyšetření jedince a manipulace se závěry, souhlas klienta, zákon na ochranu osobních dat.

Studenti se budou prakticky zabývat pouze testy, které jsou veřejně k dispozici a dostupné pro ty, kteří nejsou psychology. Například MBTI, LBT, Baumtest, Styly konfliktů, Asertivita, Analýza stylů řízení apod. Psychometrické vlastnosti a klasifikace psychodiagnostických metod. Klinické a testové metody, matching.

Matching je pojem, který se používá v souvislosti s potřebou komplexního pohledu na klienta. Při volbě nejvhodnější formě pomoci se bere v úvahu nejen diagnostická kategorie, ale i řada dalších okolností (v zahraniční literatuře se vžil právě tento pojem: "matching"). Lze říci, že při matchingu, hledání nejvhodnější intervence vůči klientovi, bereme v úvahu mnohem širší spektrum informací než pouze diagnostické. Tj. vedle psychologické charakteristiky také sociální situovanost, fungující či nefungující síť sociálních vazeb, vztahů, trestní stíhání, pohlaví, věk, motivace, tělesné zdraví apod.

Dále se budeme zabývat diagnostikou jako standardizací léčebných postupů, diagnostika jako prostředek komunikace mezi pracovišti, efektivita a také nejčastější chyby při diagnostice. Problémové osobní typy a zvládání jejich chování, strategie a prevence konfliktů. Důsledky psychické zátěže (krátkodobé i dlouhodobé), stres, psychosociální důsledky stresu. Reaktivita organismu: stres, coping, vulnerabilita, problematika „bezmocnosti“ aj.

Seznámení s metodami rodinné diagnostiky, typologií problémových rodiny, poruch rodinného bydlení. Uvedení do poradenské psychologie, studenti se seznámí s postupy a terapií partnerského, manželského a rodinného poradenství včetně kontraindikací v případě sanace rodinných a partnerských konfliktů. Rozlišení poradenských institucí (státní, občanské, soukromé).

Možnosti sociální diagnózy, jejímž výsledkem je stanovování dohledů, předběžných opatření, rozpoznávání podmínek sociálních poměrů orientujících se na rozhodování v procesu řízení sociálních procesů. Zjišťování podmínek a situací v nich že nacházejí sledované osoby či skupiny s cílem řešit jejich sociální problémy.

Studenti získají přehled o současných poradenských institucích (státních, občanských a privátních) a službách, které poskytují. Vhled do celkové poradenské sociální sítě v ČR.

OBSAH

1. Úvod	2
2. Studijní témata	5
3. Obligatorní a doporučená literatura	6
4. Témata 1 - 11	8 – 17
5. Příloha – studijní propedeutické texty	18
5.1 Poznávání (kognice)	18
5.2 Klinické metody	19
5.3 Sociální systém rodina: geneze patologie	22

2. STUDIJNÍ TÉMATA

- 1.** Základní uvedení do terminologie, kompetence a způsobů hodnocení, kontext psychodiagnostiky. Představení psychodiagnostiky jako disciplíny zabývající se zjišťováním duševních vlastností a stavů jedince v danosti normy i patologického obrazu. MKN 10
- 2.** Teoretická a metodologická východiska v rozpoznávání a určování psychologických charakteristik, v nichž se jednotlivci odlišují, či která vystihují aktuální psychický stav, naladění člověka.
- 3.** Diagnostická metoda, zásady práce s diagnostickými metodami, diagnostická činnost, meze jejich použití v praxi, vlastnosti testů. Psychometrické vlastnosti a klasifikace psychodiagnostických metod. Klinické a testové metody, matching. Diagnostika jako standardizace léčebných postupů, diagnostika jako prostředek komunikace mezi pracovišti, efektivita a nejčastější chyby při diagnostice.
- 4.** klinické metody (Pozorování – Rozhovor – Anamnéza – Analýza spontánních produktů)
- 5.** testové metody
- 6.** Rodinná diagnostika, typologie problémových rodin, poruchy rodinného bydlení.
- 7.** Sociální diagnostika
- 8.** Poradenství, terapie a psychoterapie – rozlišení postupů. Systemický přístup v poradenství. Charakteristiky poradenského a terapeutického postupu.
- 9.** Postup při poradě, individuální a párové poradenství, rodinná terapie. Přístup ke klientovi v poradenských institucích. Nejčastější chyby při jednání s klientem, nebo klienty v poradenském procesu.
- 10.** Přehled poradenských institucí v ČR, druhy služeb poskytované klientům.

3. OBLIGATORNÍ A DOPORUČENÁ LITERATURA

Obligaturní literatura:

Gabura., J. Poradenský proces, Praha 1995

Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství, Praha 1992

Bierach,J.A.: Poznej člověka na první pohled, Alternativa Praha 1995

Bierach,J.A.: Za maskou je člověk – jak prohlédnout přetvářku, Alternativa Praha 1995

Simon,F.,B., Stierlin,H.: Slovník rodinné terapie, Konfrontace, Hradec Králové 1995

Schlippe, A.v., Systemická terapie a poradenství, Brno 2006

Čakrt, M. Kdo jsem já, kdo jste vy?, Praha 1996

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Plzák,M., Poruchy manželského soužití: úvod do matrimoniopatologie, Praha 1988

Sobotková,I., Psychologie rodiny, Praha 2007

Doporučená literatura:

Thiel, E. Řeč lidského těla, Bratislava 1993

Schmidbauer, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí, Praha 2000

Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha 1998

Watzlawick,P.: Jak skutečná je skutečnost? Konfrontace, Hradec Králové 1998

Vybíral, Z.: Psychologie lidské komunikace, Praha 2000

Vybíral, Z.: Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci, Portál, Praha 2003

Watzlavick, P.: Úvod do neštěstí, Konfrontace , Hradec Králové 1994

Watzlavick,P.: Všechno zlé je k něčemu dobré, Hradec Králové 1995

Křivohlavý, J.: Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha 1988

Watzlavick, P.: Úvod do neštěstí, Konfrontace , Hradec Králové 1994

Watzlavick,P.: Všechno zlé je k něčemu dobré, Hradec Králové 1995

Goleman, D, Emoční inteligence, Praha 1997

V.Lamser, Životní běh a sociální situace člověka. Úvod do sociální diagnostiky,
MPSV Praha 1972

Watzlawick,P.: Jak skutečná je skutečnost? Konfrontace Hradec králové 1998

Vybíral, Z.: Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci, Portál, Praha 2003

Goleman, D, Emoční inteligence, Praha 1997

Pease,A.: Řeč těla, Praha 2001

V.Lamser, Životní běh a sociální situace člověka. Úvod do sociální diagnostiky,
Praha 1972

Podmínkou ukončení je:

1. vypracování seminární práce
 2. studium a znalost obligatorní literatury
- Způsob kontroly:* individuální kontrola písemného vypracování seminární práce, splnění testu

Téma č. 1: Základní uvedení do terminologie, kompetence a způsobů hodnocení, kontext psychodiagnostiky. Představení psychodiagnostiky jako disciplíny zabývající se zjišťováním duševních vlastností a stavů jedince v danosti normy i patologického obrazu. MKN 10.

Vzdělávací cíl:

Seznámit studenty se základy diagnostiky, stanovení norem pro posuzování, kontext psychodiagnostiky.

Díčí témata:

- vymezení psychodiagnostiky
- norma a patologie
- terminologie
- Přístupy ke stanovení normality (ideální, funkční, klinické, statistické)
- základní metody diagnostiky
- MKN 10

Klíčová slova:

MKN, normalita, diagnostika, metoda, norma, patologie

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Téma č. 2: Teoretická a metodologická východiska v rozpoznávání a určování psychologických charakteristik, v nichž se jednotlivci odlišují, či která vystihují aktuální psychický stav, naladění člověka.

Vzdělávací cíl:

Student dokáže rozlišovat jednotlivé druhy psychologických charakteristik osobnosti, typologie osobnosti

Dílčí témata:

- Typologie (biotypologie): vztahy mezi jednotlivými vlastnostmi konstituce a třídící konstituce na jednotlivé typy člověka.
- teorie založené na typologickém popisu osobnosti. Hippokrates, CG.Jung, Kretschmer, Scheldon, Rees-Eysenck aj.
- vlastnosti
- rysy
- stavy osobnosti
- zkušenostní obsahy
- procesy a činnosti
- nejčastější klinické poruchy

Klíčová slova:

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Bierach,J.A.: Poznej člověka na první pohled, Alternativa Praha 1995

Bierach,J.A.: Za maskou je člověk – jak prohlédnout přetvářku, Alternativa Praha 1995

Simon,F.,B., Stierlin,H.: Slovník rodinné terapie, Konfrontace, Hradec Králové 1995

Téma č. 3: Formy diagnostické metody, zásady práce s diagnostickými metodami, diagnostickou činností, meze jejich použití v praxi, vlastnosti testů. Psychometrické vlastnosti a klasifikace psychodiagnostických metod. Klinické a testové metody, matching

Vzdělávací cíl:

Student rozliší základní diagnostické metody a jejich využívání.

Psychodiagnostika nestojí jen na testech, nýbrž naopak převážně na „kvalitativních“, méně formálních metodách. Nejdůležitější psychodiagnostickou, tzv. nestandardní metodou je rozhovor (interview) a pozorování.

Dílní témata:

- Diagnostická metoda
- zásady práce s diagnostickými metodami
- diagnostická činnost, meze jejich použití v praxi
- Psychometrické vlastnosti a klasifikace psychodiagnostických metod.
- Klinické a testové metody, matching
- vlastnosti testů, *efektivita a nejčastější chyby při diagnostice.*

Klíčová slova:

Klinické, metoda, diagnostika, matching, test

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Bierach, J.A.: Poznej člověka na první pohled, Alternativa Praha 1995

Bierach, J.A.: Za maskou je člověk – jak prohlédnout přetvářku, Alternativa Praha 1995

Simon, F., B., Stierlin, H.: Slovník rodinné terapie, Konfrontace, Hradec Králové 1995

Téma č. 4: Klinické metody: Pozorování – Rozhovor – Anamnéza – Analýza spontánních produktů

Vzdělávací cíl:

Uvedené metody jsou pojímány jako starší a zdánlivě jako jednoduché metody v poznávání druhých lidí. Každý člověk užívá laickou zjednodušenou verzi s cílem dokázat se vyznat v lidech a jejich jednání. Ovšem získané údaje jsou velmi kvalitativní, tj. jsou výrazně subjektivní, nejsou kvantifikovatelné a pouze obtížně se dají reprodukovat. Přínos je značný, ale obtížné je zachovat jistou distanci a přitom zachovat důvěru a přitom neztratit orientaci v získávaných informacích.

V zásadě používání dvou typů metod a to metody klinické a metody testové. Obvykle se ale ještě přiřazují metody přístrojové

Dílčí témata (podrobnější klasický popis viz v příloze 5.2.):

- **Pozorování:** celkově, zjev, motorika, řeč, emotivita
- **Rozhovor:** *Diagnostický interview, Techniky vedení rozhovoru*
- **Anamnéza** (anamnésis rozpominání): *(Psychologická anamnéza, Osobní anamnéza, Emocionální a intelektuální vývoj, Vývoj sociálních vztahů, Erotickosexuální vývoj, Profesní vývoj, Proměny postojů k hodnotám, Vývoj abnormních, hraničních a patických jevů, Seznámení s postupy při rodinné anamnéze (rodinná diagnostika)*
- **Analýza spontánních produktů:** jedná se o spontánní kresby, malby, texty, malby či básně, případně jiná amatérské tvorba z nejrůznějších oblastí.

Klíčová slova:

Pozorování – Rozhovor – Anamnéza – Analýza spontánních produktů

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Bierach, J.A.: Poznej člověka na první pohled, Alternativa Praha 1995

Bierach, J.A.: Za maskou je člověk – jak prohlédnout přetvářku, Alternativa Praha 1995

Simon, F., B., Stierlin, H.: Slovník rodinné terapie, Konfrontace, Hradec Králové 1995

Téma č. 5: Testové metody (testy výkonové a osobnosti)

Test je vlastně zkouška, kdy měříme výkon při řešení zadaného úkolu. Jedná se o standardizovaný soubor otázek či úloh, kde se uplatňuje standardizovaný postup. Při zjišťování odpovědí, jednotlivých reakcí klienta, jeho výkonů a jejich hodnocení. Výsledky lze srovnávat, porovnávat a podle jejich umístění i následně hodnotit. Na těchto získaných datech lze následně predikovat případný další vývoj zachyceného jevu. Vyhodnocování některých typů testů je poměrně mechanické a mohou je vykonávat zaškolené osoby, jiné testy mohou vyhodnocovat pouze vyškolení psychologové (psychiatři). Interpretace výsledků vyžaduje značnou erudici.

Vzdělávací cíl:

schopnost nahlédnout problematiku testování, terminologii a oprávnění pracovat s testy.

Dílčí témata:

- Testy výkonové (testy inteligence, testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí a testy vědomostní).
- Testy osobnosti: (projektivní, objektivní, dotazníky a posuzovací stupnice).
- Přehled testů (testovací baterie).

Klíčová slova:

Testy osobnosti, testy výkonové, testovací baterie

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Téma č. 6: Rodinná diagnostika, typologie problémových rodin, poruchy rodinného bydlení. Byt jako monitor mezilidských vztahů.

Vzdělávací cíl:

nahlédnout na problémy dysfunkčních rodin, jejich problematiku, klasifikaci včetně diagnostiky. (Viz příloha 5.3.)

Dílčí témata:

- Systémový přístup k rodině
- Data o rodině
- Fáze životního cyklu
- Diagnostika a klasifikace dysfunkčních rodin
- Perverzní trojúhelník
- Klasifikace variant typů dysfunkčních rodiny (poruchy rodinného systému)
- Úrovně rodinné kompetence

Klíčová slova:

Monitor, rodina, diagnostika, kompetence, klasifikace, data,

Literatura:

Svoboda, M. Metody psychologické diagnostiky dospělých, Praha Capa a.s. 1992

Svoboda, M, Psychodiagnostika dospělých, Praha 2010

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících, Praha Portál 2001

Téma č. 7

Sociální diagnostika se zaměřuje především na sféru sociální péče (metody sociální diagnostiky jsou součástí metodiky sociální pedagogiky a sociální péče). Smyslem sociální diagnostiky je rozpoznávání podstaty sledovaného jevu (jevů) a identifikace ve smyslu sociálního problému. Jde o zachycení sociální situace člověka, životního cyklu jedince, dyády nebo rodiny. Znalost rodinného kodexu. Rodinná tajemství. Součástí sociální diagnózy je sociální anamnéza. Klíčovými slovy je zejména situovanost člověka, rituály, jednání, životní cyklus, životní změny, sociální role a status, generační problematika a dále potřeby člověka, hodnoty a zájmy, volný čas.

Vzdělávací cíl:

student dokáže rozlišit základní

Dílčí témata:

- **Individuální případy** (osoby závislé, bezdomovci, postpenitencionární péče, emigranti, nezaměstnaní apod.). Základem je biografická metoda, metody životního příběhu či rozborů osobních dokumentů, deníků apod. Informace od druhých osob (lékař, vychovatel, rodiče, úřady práce, sociální odbory, učitelé apod.)

Dále se jedná o přímé (pedagogické) pozorování při činnostech, zejména zájmově rekreační, volného času, vztahů k přírodě, lidem či hodnotám. Využívat lze diagnostiku standardizovanou (didaktické testy), nebo nestandardizovanou (simulace zátěžových situací, úkoly apod.). Rozborů ústních, písemných projevů, časové snímky.

- **Skupinová diagnostika** (ústavní zařízení, rodiny, skupiny apod.) Zde se využívají metody sociometrie, sociometrické testy orientující se na volby uvnitř skupin, výběry a odmítnutí, postojové stupnice, grafické škály. Rozborů různých činností, aktivit (pracovní, kulturní, tělovýchovné, soutěže či využívání volného času).

- **Sociální diagnostika** (společnosti) využívá metody sociologických šetření, výzkumy, výzkumy veřejného mínění, statistické údaje, demografická data apod.

Výzkumy veřejného mínění, definování veřejného mínění, výzkumný proces apod.

- **Výsledkem sociální diagnózy** je stanovování dohledů, předběžných opatření, rozpoznávání podmínek sociálních poměrů orientujících se na rozhodování v procesu řízení sociálních procesů. Zjišťování podmínek a situací v nich že nacházejí sledované osoby či skupiny s cílem řešit jejich sociální problémy.

Klíčová slova:

Literatura:

V. Lamser, Životní běh a sociální situace člověka. Úvod do sociální diagnostiky, MPSV Praha 1972

Téma č. 8: Poradenství, terapie a psychoterapie – rozlišení postupů. Systemický přístup v poradenství. Charakteristiky poradenského a terapeutického postupu. Seznámení s formami diagnostiky včetně příkladů rodinné diagnostiky (včetně strukturované typologie problémových rodin).

Vzdělávací cíl:

Odpověď na otázku jakým způsobem můžeme rozpoznat zdroj poruchy – analýza rodinného systému.

Díličí témata:

- poradenství, terapie a psychoterapie – rozlišení postupů
- charakteristiky poradenského a terapeutického postupu
- systemický přístup v poradenství.
- rodinná diagnostika
- rozpoznávání zdroje poruchy
- analýza rodinného systému

Klíčová slova:

Poradenství, systemický, typologie, poruchy, rodina, rodinný systém

Literatura:

Gabura., J. Poradenský proces, Praha 1995

Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství, Praha 1992

Schlippe, A. V., Systemická terapie a poradenství, Brno 2006

Plzák, M., Poruchy manželského soužití: úvod do matrimoniopatologie, Praha 1988

Téma č. 9: Postup při poradě, individuální a párové poradenství, rodinná terapie. Přístup ke klientovi v poradenských institucích. Nejčastější chyby při jednání s klientem, nebo klienty v poradenském procesu.

Vzdělávací cíl:

Student dokáže rozlišit jednotlivé poradenské kroky, možnosti a meze poradenství, vztah terapeut – klient, zakázka.

Dílčí témata:

- porada (poradenství)
- individuální terapie
- párová, skupinová terapie
- rodinná terapie, porozvodová terapie
- zásady poradenství
- chyby při jednání s klientem (klienty)
- poradenský proces

Klíčová slova:

proces, poradna, terapie, rodinná terapie, individuální terapie, porozvodová terapie, klient

Literatura:

Gabura., J. Poradenský proces, Praha 1995

Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství, Praha 1992

Schlippe, A.v., Systemická terapie a poradenství, Brno 2006

Plzák,M., Poruchy manželského soužití: úvod do matrimoniopatologie, Praha 1988

Téma č. 10: Přehled poradenských institucí v ČR, druhy služeb poskytované klientům.

Vzdělávací cíl:

Student bude schopen vymezit a rozlišit jednotlivé poradenské instituce a jejich možnosti

Díličí témata:

- smysl a cíl poradenství
- poradenská síť (poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy)
- druhy poradenské pomoci, zásady v poradenství
- vztah terapeut a klient
- podmínky poradenských kroků
- občanské a církevní poradny
- privátní poradenství

Klíčová slova:

Poradenství, občanské, síť poradenství, terapeut, klient

Literatura:

Schlippe, A. V., Systemická terapie a poradenství, Brno 2006

Gabura., J. Poradenský proces, Praha 1995

Plzák, M., Poruchy manželského soužití: úvod do matrimoniopatologie, Praha 1988

5. Příloha – studijní propedeutické texty

5.1. Poznávání (kognice)

Z hlediska poznávání (kognitivity) jsou pro nás existenčně důležité tři zásadní skutečnosti:

Za prvé: nezískáváme poznatky pouze jen empiricky, ale i racionálně – usuzováním, což je pro poznávací proces dalece překračující empirické posuzování.

Za druhé: zdrojem informací, které určují naše chování, míru vědomostí, jsou díky řečové komunikaci, v převážné míře informace neautentické, sdělované. To, co každý z Vás o světě ví, je jen z velmi malé části z vlastní empirie. Na rozdíl od míry pravdivosti empirických informací míra pravdivosti sdělovaných informací může být velmi nízká. Komunikace s druhými je dalším pramenem kognice.

Za třetí: člověk vybudoval nadindividuální (společenský) kognitivní systém, kterému říkáme věda. Tato instituce s prakticky neomezenou paměťovou kapacitou („knihovny“, vědecké instituce) urychluje nesmírně proces poznávání a zejména poskytuje aparát na verifikaci poznatků, tj. umožňuje upřesňovat subjektivní pravdu jednotlivých osob k pravdě objektivní.

5.2. Klinické metody

(Pozorování – Rozhovor – Anamnéza – Analýza spontánních produktů)

Uvedené metody jsou pojímány jako starší a zdánlivě jako jednoduché metody v poznávání druhých lidí. Každý člověk užívá laickou zjednodušenou verzi s cílem dokázat se vyznat v lidech a jejich jednání. Ovšem získané údaje jsou velmi kvalitativní, tj. jsou výrazně subjektivní, nejsou kvantifikovatelné a pouze obtížně se dají reprodukovat. Přínos je značný, ale obtížné je zachovat jistou distanci a přitom zachovat důvěru a přitom neztratit orientaci v získávaných informacích.

Pozorování je v podstatě sledování člověka v určité situaci. Pokud se jedná o psychologické vyšetření, dává se pozor na klientovy mimiky, způsob řeči, gestikulace, slovní zásobu a j. Důležité je mít dostatečnou slovní zásobu pro potřebu rozlišování při popisu pozorovaného chování, komunikaci.

Celkově: estetický vzhled, upravenost, simplex, kultivovanost, solidnost

Zjev: postava: astenik, atletik, pyknik, obézní, vzrůst, maskulinita – feminita, disproporční vady. Stigmata. Upravenost: čistota, účes, kosmetika, oděv, ozdoby

Motorika: držení, pantomimika, mimika, nepravidelnost, stylizace, neklid, tiky, teatrálnost.

Řeč: tempo, kvantum, slovník (mluva nás prozrazuje z jaké jsme sociokulturní vrstvy), skladba, výslovnost, hlas.

Emotivita: euforie, smutek, deprese, vzrušení - klid, moróznost, podrážděnost, apatie, starost, úzkostnost, rezignace, zoufalství, veg. projevy, kolísání, ovlivnitelnost, oploštělost.

Chování k examinátorovi: kontakt, sdílenost, závislost – nezávislost, hostilita – afilience, tréma, svěřování, společenská forma chování.

Chování při testech: kontakt, zájem, ambice, obavy, únik, frustrace, kapitulace, vytrvalost, pečlivost.

Při registraci jednání se proto zaměřujeme (shrnutí) zejména na:

projevující se mimiku, pohyby celého těla, chůze, koordinace pohybů, gesta rukou a paží, řeč, projevy emocí (zblednutí, zčervenání, intenzita emocí), dále na

projevující se sociální chování, vztah k objektům (jak zachází s předměty v souvislosti s vyšetřením), vztah k sobě (úroveň sebevědomí, sebehodnocení).

Nezapomínejme, že při (nejen) pozorování druhého člověka promítáme své dosavadní zkušenosti (vědomé i nevědomé) do jeho hodnocení! Cokoliv napíšeme o druhém, píšeme také o sobě. Každá tužka má dva konce: jedním píšeme o druhých a druhý konec ukazuje na nás!

Rozhovor lze dělit : psychodiagnostický rozhovor lze dělit na diagnostický, terapeutický, anamnestický, poradenský a výběrový. V klinické praxi, po navázání kontaktu a několika obecných tématech, která mají navodit uvolněnější klima, se většinou používá takzvaný řízený rozhovor. To znamená, že je veden s předem určenou osnovou a zaměřen k určitému cíli.

Diagnostický interview: neřízený, řízený. Řízený rozhovor má více variant: standardizovaný rozhovor, částečně standardizovaný rozhovor, volný rozhovor.

Techniky vedení rozhovoru: otázky přímé, nepřímé (ptáme se opisem), projektivní otázky (projikování svých postojů do jiných osob). Dokázat rozlišit v hovoru dvě roviny : lingvistickou a paralingvistickou (, skryté postoje projevující se intonací, svrchními tóny, například větu: " Jsem rád, že vás vidím!" můžeme napsat jednoznačně, ale tónem můžeme vyjádřit zcela jiné sdělení, od radosti po jízlivost).

Anamnéza (*anamnesis rozpomínání*) je zjišťování údajů z minulosti jedince, které mají podstatný vliv k rozpoznání jeho osobnosti, vztahovým rovinám v nichž vyrůstal, žil a žije.

Psychologická anamnéza má za cíl zjišťovat proto takové údaje o klientovi, které mohou osvětlit vývoj jeho osobnosti a zachycení všech (zjistitelných) faktorů, podílejících se na vzniku jeho současného stavu. Údaje získané anamnestickým rozhovorem se označují jako "subjektivní" anamnéza. Pokud máme zájem získat „objektivní“ anamnestická data, jedná se o údaje získané z jiných zdrojů, než od klienta samotného (rodina, přátelé, zaměstnavatel, sociální pracovníci a pod.) I zde se ale musí informace také rozlišovat na základě vazeb uvedených osob ke klientovi.

Osobní anamnéza: podle pramenů informací se rozlišuje autoanamnéza (zdrojem podávaných informací je klient sám) a heteroanamnézu (informace získaná od jiných osob)

Psychologická anamnéza se zaměřuje na tyto sféry: orientační rodina, manželská, nemanželská rodiny, neúplná rodiny, rozvedená rodina, rekonstruovaná rodina, nesezdané soužití, svobodné mateřství, počet a pořadí sourozenců, vztahy mezi sourozenci, výchovné a emocionální klima v rodině, ekonomická situovanost rodiny, zaměstnanost, nezaměstnanost jednotlivých členů rodiny. Vzdělání. Národnost.

Emocionální a intelektuální vývoj: citové vazby v dětství, odpoutávání se od rodičů, prospěch ve škole, návštěvy škol, typy studia, volba povolání.

Vývoj sociálních vztahů: vrstevnické skupiny, spolužáci, kamarádi, vztahy mezi nadřízeností a podřízeností, vztahy k členům vlastní rodiny.

Erotickosexuální vývoj: první sexuální zkušenosti, výběr partnera, psychosexuální problémy, zvládnutí partnerských konfliktů. Vztah k dětem, otázky jeho současné rodiny, či partnerského soužití, promiskuita.

Profesní vývoj: spokojenost či nespokojenost se zaměstnáním – odlišit od povolání, zaměstnanost – nezaměstnanost, konflikty na pracovišti, pracovní fluktuace, profesní plány do budoucna.

Proměny postojů k hodnotám: hodnotová orientace, volný čas, hobby, postoje ke kultuře, politice a pod.

Vývoj abnormních, hraničních a patických jevů: případný abusus (závislosti) abnormní projevy, etiopatogeneze.

Seznámení s postupy při rodinné anamnéze (rodinná diagnostika): rozhovor s jedním klientem, společný rozhovor s přítomnou dvojicí, trojicí.

Analyza spontánních produktů: jedná se o spontánní kresby, malby, texty, malby či básně, případně jiná amatérská tvorba z nejrůznějších oblastí. V této souvislosti také zmiňme vlastní rukopis.

5.3. Sociální systém rodina : geneze patologie

1. Rodina v době změny
2. Systémový přístup k rodině
3. Data o rodině
4. Fáze životního cyklu
5. Diagnostika a klasifikace dysfunkčních rodin
6. Perverzní trojúhelník
7. Klasifikace variant typů dysfunkčních rodiny (poruchy rodinného systému)
8. Úrovně rodinné kompetence

1. Rodina v době změny

Nezbytnost existence lidské rodiny je odvozena ze dvou základních potřeb, přežití a vývoje. K zajištění uvedených potřeb se musí rodina vyrovnat s dvěma základními charakteristikami každého člověka: nedokonalostí jedince a skutečností, že mezi lidmi jsou rozdíly, to je princip komplementarity rodinných vztahů. Pozornost rodině bude v textu proto věnována z úhlu matrimoniopatologie, orientovanosti na problémy poruch rodinného soužití.

Pocity beznaděje, se kterými pohlížíme na změny v současné rodině, řekl již před 30 lety S.Minuchin¹, jsou výsledkem nesprávného zorného úhlu . Vydělíme-li

¹ Minuchin,S., Structural family therapy, The American Family, 1980 , IV,No.3

rodinu z její socio-ekologické niky, vnímáme změny jako důkazy nebezpečného trendu, popírajícího životnost rodiny. Ale pokud se podíváme na rodinu jako subsystém společnosti, vidíme, že tyto změny jsou nutnými adaptacemi, aby rodina mohla dále přežít jako životaschopná instituce ve složitosti moderní doby. Rodina se musí neustále adaptovat, aby odpovídala požadavkům měnícím se vývojovým potřebám svých členů, krize je tedy normou v pravém slova smyslu.

Nízká sňatečnost a s ní nízká porodnost je spjatá s vrcholnou tržní společností, která je společností bezdětnou, protože jednoznačně vyžaduje jedince, kteří nemají žádné závazky a proto jsou schopni a ochotní flexibilně reagovat na měnící se podmínky trhu. Chápání tradiční usazenosti rodiny se proměňuje v potřebu neusazenosti, novodobé nomádství, což současná mnohoúrovňová krize ve společnosti jen urychluje v projevech současného individualismu. Klasická rodina se stává pouze jednou z alternativ. Nejedná se proto pouze o ekonomickou krizi, ale o zásadní kulturní změnu. Přitom je tento proces změny někdy adaptivního rázu, jindy má destruktivní, přežití rodiny ohrožující podobu. V proměňujícím se světě se proměňují formy i funkce rodiny, protože rodina je živá, neustále vyvíjející se sociální instituce

Vznikají tak alternativní rodinné formy soužití, které jsou podmíněny jejich změnou statusu ve společnosti, jde o varianty:

- A.** *Volné soužití (kohabitace)*
- B.** *Vícenásobné (sériové) vztahy (životní vzorce následných vztahů)*
- C.** *Rodiny odloučené a v rozvodových řízeních*
- D.** *Rodiny s jedním rodičem (úmrť, rozvod, narození mimo manželství)*
- E.** *Binukleární rodiny (rozvedený, odloučený pár, kde druhý biologický rodič je zainteresovaný, společná odpovědnost o dítě i když v rozdílných domácnostech)*
- F.** *Opakovaná manželství*
- G.** *Nevlastní rodiny (nejméně jeden z rodičů má dítě z předcházejícího vztahu)*

H. Homosexuální, lesbické rodiny (dítě z předchozího heterosexuálního vztahu, adoptované dítě)

Mladí lidé jsou dnes hodně zklamáni, domnívají se, že mají velmi malou naději zůstat naživu ve světě, který vybudovali dospělí, napsala M. Meadová². A tvrdí, že tato zmíněná generace se stala první generací, která byla vychována masovými komunikačními prostředky, nikoliv rodiči. Tj. dnešní generace prarodičů . Odklon dětí a dospívajících od rodičovské autority má již svou historii, nejedná se proto o žádnou novou proměnu.

Představa jistoty manželství rodičů na celý život se stává minulostí. Meadová dokonce tvrdí, že čím déle lidé budou žít, čím rozmanitější budou mít zkušenosti, tím menší je pravděpodobnost, že manželství potrvá celý život. Rozvod je realita tohoto světa - světa, kde lidé žijí hodně dlouho, hodně se mění, střídají zaměstnání a přitom se vyvíjí jejich osobnost i zájmy. Kdysi byla nejstrašnější smrt, dnes je to rozvod. Máme více rozvodů, ale přesto rozvody nerozbily o nic více rodin, než před 100 lety smrt.

„Normální“ rodina je dnes v menšině , než rodiny, které například žijí ve volném soužití, binukleární rodiny, opakovaná manželství, tvrdí W.Zapf³. Tato pluralizace životních forem vede k nejistotě , neznáme je, a tak ti, kterých se týká, musí sami hledat varianty řešení bez možnosti převzetí daných forem životních stylů. Jedná se tak o rozvolněnou síť diferentních a kontroverzních variabilit životních stylů.

O krizi partnerského, rodinného soužití v rodině hovoříme tehdy, když dosavadní způsoby obvyklých interakcí, soustava všech vžitých pravidel a vzájemných očekávání přestávají vyhovovat, tj. dochází k projevům dysfunkce při plnění úkolů rodiny, partnerství a paralelně je tento stav subjektivně prožíván jako nevyhovující. Souběžným atributem rodinné, partnerské krize je tendence

² Mead, M., Sex and Family, Life Atlantic, Amsterdam 1967

³ Zapf, W., Die Pluralisierung der Lebensstile, In: Industrialisierung und Sicherheit, München 1987

ke změně, krize není pouze něčím negativním , ale i určitou nadějí na pozitivní změnu.

Jak se projevují a vyvíjejí změny? Vysvětlení symptomů z úhlu rodinného systému je velký počet, přibližně tolik, kolik existuje ve světě škol klinické teorie a praxe. Přesto se zdá, že lze uvést několik hypotéz, které vyvozují, že nejlepším predikátorem celkové životní spokojenosti je kvalita centrálního vztahu jedince, to, že kvalitní, stabilní vztah zabezpečuje před genetickou vulnerabilitou k somatickým a psychiatrickým poruchám , uvádí například J.M.Lewis⁴. Vlivem Minuchinovy strukturální rodinné terapie lze považovat za „ patologickou rodinu“ takovou, která tváří tvář zátěži zvýší rigidnost svých transakčních vzorců a hranic a vyhýbá se, či odmítá jakékoliv přezkoumání alternativ. Rodiny, jejichž adaptační mechanismy i mechanismy zvládání (coping) jsou zcela vyčerpané.

2. Systémový přístup k rodině

Hovořit o „ normální rodině“ je výraz generalizace , řečnický obrat, protože taková rodina je možná ještě složitěji definovatelná než „normální osobnost“. Analyzujeme-li rodinu , máme tendenci neobvyklé vzorce chování a jednání členů rodiny a jejich vzájemné interakce nahlížet jako patogenní. Uvedenou tendenci umocňují vlastní prožitkové zkušenosti ze svých orientačních rodin, osobní hodnotové zaměření , aktuální vztahové zakotvení a získané odborné znalosti. Snaha nacházet kauzální souvislosti problémů nás ovšem jen svádí k nesmírně obtížnému prokazování mezi problémy, které jsou řešeny v celém systému rodiny a tím, co můžeme nacházet u jednotlivých členů rodiny.

Jenže tím se dostáváme do velmi složité situace, protože při zkoumání geneze patologie v rodině jsme postaveni před zásadní odpovědí na otázku, zda prvotní příčinou současných dysfunkčních vztahů byla konkrétní patogenní

⁴ Lewis,J.M., For the Berger o worse: interpersonal relationship and individua outcome, American Journal Psychiatry, 155, 1998

osobnost, nebo patologní interakce v celém rodinném systému. Křivka kauzálního zdůvodňování je nekonečná.

Každá přirozená lidská skupina a tedy i rodina, v průběhu času metamorfózuje v jedinečný systém, řízený jen pro tento systém platnými pravidly. Každé chování představuje komunikaci, vyvolávající odpověď.

Když vycházíme ze systémové teorie, tak platí, že v každém živém systému vůči sobě působí dvě základní funkce, tendence ke změně a tendence k homeostáze. V patologických systémech se stupňuje tendence opakovat naučené rituály, pravidla a procesy řešení ve službě rodinné homeostázy.

Chování a komunikace v těchto rodinách jsou orientovány k zachování daných pravidel, tj. zachování existujících patologických transakcí.

Systém, který se brání změně, se stává rigidní, dysfunkční.

Uvedený přístup k řešení rodinných procesů nás nutně přivedl k odlišné epistemologii, mechanicko-kauzální model je odmítnutý a nahrazen systémovým přístupem. Chování člena rodiny, například jednoho identifikovaného pacienta již není považováno za příčinu chování všech ostatních členů rodiny, nýbrž celá rodina je chápána jako systém, kde každý člen rodiny v interakcích ovlivňuje ostatní členy rodiny a ostatními je ovlivňován. Systémový přístup je spjatý se změnou v myšlení a také se změnou používaných slov. Uvedená epistemologie neuvažuje v klasických vzorcích myšlení lineárně kauzálního modelu, neklade otázky typu „proč“, nýbrž se ptá „jak“ a sloveso „být“ nahrazuje slovesem „jevit se“ (například místo „klient je depresivní“, říkáme, že „klient se jeví depresivně“). Tradiční klinická diagnóza je svázána s procesem připisování označení jedinci, aby vyznačila určitou patologii a zařadila projevované příznaky.

Chceme-li pochopit systém, nemůžeme k němu přistupovat lineárně. Lineární hierarchický pohled znemožňuje vidět celý systém (F.Varela, 1982). V jádru jsou všechny metafory, odvozené z fyzikálního světa vlivů, sil, energie, zásadně neakceptovatelné k vysvětlení dějů a procesů v biologickém světě informací.

Uvedli jsme, že nezbytnost existence lidské rodiny je odvozena ze dvou základních potřeb : přežití a vývoje. K zabezpečení těchto potřeb se musí systém rodiny vyrovnat s dvěma základními charakteristikami člověka a tím je naše nedokonalost a rozdílnost. Slovy J. Švejcara (1986) , „děti potřebují rodiče a rodiče potřebují děti“ , mateřství a otcovství je příležitostí k změně.

Rozdílnost je podstatou člověka, jsou to faktory, které jsou nezbytnou podmínkou vzájemné závislosti i vzájemnosti. Soběstačnost jedince je nemožná, existují jen relativní stupně autonomie. Uvedená rozdílnost je pramenem jednoty z níž vychází rozdílnost a opět nová jednota, což se neustále opakuje.

K zajištění přežití a růstu musí rodina neustále produktivně nakládat s kvalitami nedokonalosti a rozdílnosti. Jde o princip komplementarity rodinných vztahů, slučování a vydělování členů rodiny. Vzájemnost, účastenství a vzájemná spolupráce všech členů rodiny připravuje cestu ke změně a růstu, ke kultivaci jedince a uspokojování lidských cílů .

Komplementarita a konflikt potřeb jsou podvojně procesy, jeden bez druhého nemůže být : konflikt může být katalyzační nebo paralyzační, tj. může integrovat nebo dezintegrovat člověka. Trestí všech lidských konfliktů jsou konflikty v rodině (Ackerman,N.W. 1966).

Rodinná terapie dysfunkčních, patologických rodinných systémů je odvozena z kombinace teorií všeobecných systémů (von Bertalanffy 1972), kybernetické epistemologie , radikálního i sociálního konstruktivismu a výsledků interpersonální psychiatrie. Von Bertalanffy vycházel z náhledu, že mechanistická a redukcionistická tradice ve vědě je nedostatečná k tomu, aby dokázala vysvětlit chování živých organismů , neboť tento přístup vycházel z lineární série postupných rovnic *příčina – následek* . Odmítnutí tohoto náhledu vedlo von Bertalanffyho k formulování všeobecných principů, které využil k vysvětlení biologických procesů obsahující značnou komplexitu, složitost a úroveň organizace. Přístup systémový zdůrazňuje vztah mezi částmi komplexního celku a kontext, v němž se tato události objevují, jako izolaci těchto událostí z jejich kontextu.

Podmínkou existence živého organismu je regulace své výměny se systémem i mimo něj , a tím je nutnost vlastních hranic. Hranic organizovaného rodinného

systemu mezi ním a okolím, společností. Tyto hranice jsou skryté nebo existují jasná pravidla která určují průchodnost informací.

Podmínkou funkční rodiny je nutnost existence jasných hranic, to platí rovněž pro subsystémy v rámci rodiny. Například podmínkou funkčnosti rodiny je dodržování mezigeneračních hranic, jinak dochází ke vzniku *patologického trojúhelníku* (J.Haley 1967) o němž bude zmíněno níže.

Přístup k rodině, manželství, z hlediska obecné teorie systémů, vedl k různým variantám , zejména :

A. *Systémové pojetí* funkčních vztahů v rodině T.Parsonse (1971) . Uvedené pojetí věnuje pozornost vzájemné sepnutosti různých struktur a struktury funkcí. Dává možnost porozumět rovněž vývojovým aspektům například zrání dítěte v rodině a jeho poruchám.

B. *Pojetí M. Bowena* (1966) , které vychází z rodiny jako celku , ale kladoucí hlavní důraz na vztah mezi emocionální a intelektuální stránkou rodinných příslušníků

C. *Pojetí S.Minuchina* (1980), operující se strukturou manželství a jeho zařazení do suprastruktury rodiny. Tato teorie věnuje pozornost i subsystémům – rodičům, dětem, dryádám v rodině apod. Má zvláště velkou citlivost k chování rodiny jako celku v zátěžových situacích. Jde o popis rodiny na kontinuu od pozice nezáčastněné (event. s nevhodnými, rigidními hranicemi) až k rodině „zapletené“ (nevhodně propustné s nejasnými hranicemi). Rodiny, které se nacházejí uprostřed kontinua s jasnými hranicemi, jsou považovány za nejfunkčnější.

D. *Důraz na vývojový aspekt rodinného systému* v pojetí R.Hilla ,orientovanost na časovou dimenzi rodiny, rodinného života , případně rodinné historie. V rámci struktury rodiny je dostatek místa pro začlenění rolí, norem, pozic apod. Vyčlenění stádií vývoje rodiny.

E. Systémová terapie (milánská škola) vycházející z prací G.Batesona (1981) a P. Watzlawicka (1999), akcentující komunikační teorii rodiny jako systému vnitřně propojeného a propojovaného chodem informacemi. Toto pojetí klade důraz na pragmatickou stránku rodinné komunikace. Věnuje pozornost ujasnění vztahů a komunikačních sdělení. Zvláště přínosný se ukázal koncept dvojí vazby.

Ekosystémové chápání rodinných systémů hierarchie přirozených systémů (biopsychosociálního modelu) si můžeme ukázat na následujícím rozvržení, kde jedna vrstva vychází z jiné vrstvy a současně odkazuje na další:

BIOSFÉRA

SPOLEČNOST, NÁROD

KULTURA, SUBKULTURA

KOMUNITA

RODINA

DYÁDA (DVĚ OSOBY)

OSOBA (chování a jednání)

NERVOVÝ SYSTÉM

ORGÁNY / SYSTÉMY ORGÁNŮ

TKANIVA

BUŇKY

ORGANELY

MOLEKULY

ATOMY

SUBATOMICKÉ ČÁSTI

Nebo názorně jako **kontinuum přirozených systémů**, které si můžeme představit jako prostupnou pyramidu , kde biosféra rámuje všechny ostatní roviny a ve středu se nachází molekuly (pokud si namalujeme kružnice k jednotlivým vrstvám a molekuly budou středem):

BIOSFÉRA

SPOLEČNOST, NÁROD

KULTURA - SUBULTURA

KOMUNITA

RODINA

DYÁDA

OSOBA

NERVOVÝ SYSTÉM

TKANIVA

BUŇKY

ORGANELY

MOLEKULY

Každá úroveň v hierarchii vyjadřuje organický dynamický celek, každý systém je ve stejném okamžiku součástí vyššího systému, tj. v kontinuu systémů je každá dílčí jednotka současně celkem i částí. Vyjadřování se o systému svědčí o stabilní konfiguraci , která udržuje koordinaci jednotlivých komponentů v konkrétním čase a prostoru i vnitřní dynamické sociální síti, tj. nic neexistuje v izolaci.

Chceme-li pochopit rodinu, nepochopíme ji z ní samé, ale z kontextu, v němž rodina žije. Jen kontext dává smysl, umožní nahlédnout problémy rodiny v souvislosti s problémy společnosti.

3. Data o rodině

Když studujeme rodiny a omezujeme se pouze na pozorovatelné události, máme k dispozici pouze jen chování rodinných členů, jak reagují jeden na druhého, jejich tělesné pohyby, vokální intonace, slova, činy. Pokud rozšíříme svá „fakta“ tak, že zahrnují rovněž nepozorovatelné události, pak sledujeme emoce, očekávání, postoje a myšlenkové pochody participujících členů rodiny. Je obtížné jednoznačně určit, která data jsou nejprůměřenější. Kromě toho se nacházíme před problémem, že naše „fakta“ jsou determinována způsoby, jimiž je shromažďujeme.

Obecně existují tři obecné metody sběru dat:

1. Používání výpovědí o sobě rodinných členů, to, jak hovoří o svých rodinách, které lze získat dotazníkem nebo vyptáváním.
2. Sledování všech členů rodiny skupinově, abychom je mohli sledovat v akci, přičemž data spočívají v pozorováních prováděných pozorovateli, kteří se snaží dosáhnout shody, pokud jde o to, co vidí, že se děje.
3. Umístění rodiny do komunikačních sítí, kde je jejich chování nahráváno pomocí techniky.

V případě diagnostikování dysfunkčních rodin můžeme rozlišit existující pramen poruch trojím způsobem:

A. Pozorovat probíhající rodinné interakce . Jde o sledování digitálního i analogové chování , zjevné i latentní projevy, aktivita, pasivita a z něj vyvozovat distribuci moci v rodině, koalice v rodinném systému, emotivitu a to jak se s ní zachází, vzájemnou rivalitu a závislosti.

B. Pozorováním a porovnáváním rodinné interakce v odlišných konstelacích. Sledovat rodinnou komunikaci, interakce za přítomnosti identifikovaného klienta a bez něj, sledování samostatně rodičovskou dyádu apod.

C. Vyslechnutí historie rodinného problému o nějž můžeme požádat každého člena rodiny odděleně.

Je zřejmé, že návštěva v rodině přinese velké množství relevantních informací nejen o interpersonálních vztazích, rodinném klimatu, ale také i o teritoriálním chování celé rodiny. Na základě získaných dat můžeme vyvozovat na přítomnost poruchy dvojím způsobem, buď se porucha nachází v některém subsystému rodiny, nebo pokrývá celou rodinu. V případě rodiny uvažujeme v třígeneračním modelu děti – rodiče – prarodiče, event. skupinu příbuzných , která žije společně.

Jedinci i rodiny mají vždy určité systémy přesvědčení, které determinují jejich pocity i každodenní chování a jednání. Zmíněné postoje jsou většinou přímo nevyjadřované , protože jsou skryty pod hladinou rodinné interakce. Tyto skryté struktury jsou označovány jako „rodinné mýty“ , které se velmi často stávají výraznou příčinou rodinných potíží.

4. Fáze životního cyklu

Je zásluhou P.Watzlawicka (1999) a jeho spolupracovníků , kteří ve slavné monografii o komunikaci na rozdíl od tehdejší psychiatrie, která viděla poruchu vždy primárně v jednotlivci a změny v rodinném systému vždy jako sekundární, indukované, vyvozovali, že se jedná o povahu her bez konce , u nichž nemá smyslu zjišťovat, kdo začal. Zásadní determinantou není jednotlivec , ale celý

system. Je zřejmé, že ale šlo o změnu náhledu, ovšem v praxi musíme vždy rozlišovat, nekotvit pouze v uvedeném dichotomickém postoji.

Navíc se každá rodina vždy nachází v určité fázi životního cyklu, jde o odmítnutí statického pohledu na neměnné role rodiny a její vztah k širším sociálním strukturám. Z hlediska vývojového cyklu rodiny je ovšem požadavek udržení rovnováhy absurdní. Rodina prochází řadou vývojových stádií, které se výrazně liší nejen počtem přítomných členů, ale i měnícími se potřebami. Struktura rolí a styl komunikace, které byly odpovídající v jedné fázi vývoje rodiny adekvátní, se mohou stát dysfunkčními v další fázi vývoje. V případě systémového pojetí můžeme říci, že rodinný systém nedisponuje pouze jen stabilizujícími mechanismy, kterými jsou negativní zpětné vazby, ale i mechanismy umožňující změnu, růst, kterými jsou zpětné vazby pozitivní. Proto je pojem homeostáza, který stál u všech původních koncepcí rodiny byl nahrazen dvojicí pojmů morfostáze a morfogeneze. Myšlenku vývojového cyklu rodiny nejpřesněji formuloval J.Haley (1980). Symptom není pouhým výrazem individua, nezávisle na jeho sociální situaci, ani výrazem mezilidských vztahů, v nichž má plnit funkci praktického manévru, ale objevuje se vždy při komplikaci nebo narušení/přerušení životního cyklu rodiny. Je to signál, že daný rodinný systém má potíže při zvládnutí požadavků některého stádia svého vývoje.

Fáze rodinného života jsou ohraničeny významnými změnami struktury rodiny (porod dítěte, sňatek, rozchod/rozvod, nemoc, smrt apod.), které vyvolávají nové interakční vzorce chování. Není-li rodina ochotna, či schopna tuto změnu podstoupit, stává se uvedená životní událost tíživou rodinnou krizí s alternativou přechodu do dysfunkční situovanosti rodiny. Přehlížení, nebo naopak zdůrazňování těžkostí plynoucích z přechodu jedné fáze do druhé může vést ke vzniku „problému“, a to počátkem eskalace manželského/partnerského konfliktu a konče psychickým onemocněním některého člena rodiny.

Období přechodu jsou obvykle doprovázeny ceremoniály a rituály, které se mohou navenek zdát nadbytečnými, ale pro většinu lidí jsou „demarkačními liniemi“ stádií, dovolující změnu k novým vztahům. Nikoliv náhodou jsou v každé kultuře právě ceremoniály považovány za nejstabilnější činitele sociálního života. Vstup do další fáze (S.Minuchin, 1980) komplikuje dále fakt, že změny, neobyčejně náročné a ztěžující, jsou ve společnosti obvykle demonstrovány jako události

jednoznačně radostné a nekomplikované (sňatek, narození dítěte, začátek školní docházky, odchod z rodiny apod.) . Z hlediska zátěže se pro někoho jedná o radostnou událost, pro někoho kulturní šok, jedná se vždy o určitou míru krizové situace. Rodiny s nedostatečnou resiliencí nezvládají změnu životního cyklu , projevují se u nich různé dysfunkční procesy mnohdy vedoucí k rozpadu rodiny či projevením se určitého symptomu.

Rigidní rodinné systémy nacházejí východisko v neměnnosti navyklých rituálů, což ještě více zhoršuje stabilitu rodiny. Navyklé životní rituály jsou udržovány bez ohledu na již změněné vnější sociální proměny, osobnostní vyžívání mladších členů rodiny, případně akceptování odchodu dospělých dětí z rodiny. Proto se také stává výraznou zátěžovou situací narození dítěte, kdy se z partnerské/manželské dyády stává tříčlenná rodina vyžadující nutné přestrukturování dosavadních rolí. Zejména u mladších párů , zejména ve věku 17 – 21 let záleží na osobnostní, psychologické vyzrálosti, biologické, ekonomické , tj. být schopen uživit svoji rodinu a sociální vyzrálosti, předpokládající ukončenost vzdělání). Kumulace rolí způsobená nečekaným rodičovstvím extrémně zatěžuje dobrou prognózu vztahu do budoucnosti.

S myšlenkou cykličnosti rodinného vývoje souvisí třígenerační teorie vzniku duševní poruchy. Nezvládnuté úkoly některé fáze rodinného života (obvykle při výběru partnera) se mohou přenášet do další generace.

S vícegenerčním pojetím životního cyklu rodiny souvisí i otázka příbuzenských vztahů, které tvoří nejbližší sociální síť. J.Haley (1980) vyslovil dokonce názor, že člověk se nestal člověkem proto, že vykonává práci, nebo snad díky velkému mozku, ale proto, že jako jediný živočich žije uprostřed komplikovaných příbuzenských vztahů , které nutně vyžadují hlubší zpracování reality (myšlení) a vyšší formy komunikace (řeč).

Přechod jednotlivých nukleárních rodin do další fáze svého vývoje totiž uvádí do pohybu celou příbuzenskou soustavu (z dětí se stávají rodiče a manželé, z matek tchyně a později babičky, z otců tcháni a později dědečkové, ze sourozenců švagři a později strýcové a tety apod.) a dochází tak k značnému pnutí v navyklých způsobech interpersonálních vztahů. Potřeby vývoje a růstu jednotlivých rodiny musí čelit nejen vnitřním, ale i vnějším resistencím, které mají zakonzervovat stávající vazby.

Například E.Erikson (1968) při posuzování adolescentů uvádí, že mnozí adolescenti se stali periferními jedinci, kteří se nikdy neoddělili z vlastních orientačních rodin a nedostali se k výběru partnera a budování „hnízda“. Uvedené očekávání vyvolává pnutí, rodiče se mohou obávat řešení vlastního partnerského konfliktu po odchodu dítěte z rodiny, k němuž ovšem nemusí dojít, pokud dítě onemocní. Jejich složitě maskovaný boj uvádí dítě do zmatku, které řeší tím, že nabídne sobě i rodičům „nemoc“, či volí únik formou drog (být doma a přitom nebýt doma). Rodiče tak nadále považují dítě za ohnisko jejich zájmu, odkládají řešení svého problému a zjišťují, že nemohou existovat bez „nemoci“ dítěte. Dochází tak k paradoxu: buď se udrží rodina za cenu „nemoci“ dítěte, nebo se uzdraví „nemocné“ dítě a rozpadne se rodina. Z tohoto důvodu tak ztroskotává nemálo terapeutických zásahů z důvodu vnitřních bojkotů jednoho z rodičů.

Smysl má pouze soustředit se na celou rodinnou situaci a umožnit změnu v rodině.

V strukturálním přístupu S. Minuchina (1980) se může stát patologickou ta rodina, která tváří tvář zátěži zvýší rigidnost svých transakčního vzorců chování a vytrvale odmítá možnost nabízených alternativ.

V případě mezigeneračních konfliktů mezi rodiči a jejich dětmi lze pracovní kategorizovat několik základních typů :

- A.** Konflikty pramenící z nepřiměřené fixace jednoho z partnerů na své rodiče, tj. neschopnost oddělit kompetence obou rodin.
- B.** Nadměrná fixace rodičů na jejich již dospělé dítě, snaha udržet „dítě“ v závislosti a jejich partnera či partnerku pojímat jako další dítě v rodině. Tj. patologické chování usilující zachovat mocenské postavení orientační rodiny.
- C.** Výrazná intolerance jednoho z partnerů vůči rodičům druhého partnera. Pramenem mohou být dysfunkční vztahy jednoho z partnerů se svojí rodinou, které vedou ke snaze blokovat dobré, funkční rodinné vztahy u druhého partnera jako snahy po výrazné závislosti na jeho osobě.

D. Projevy patologie u některých členů – účastníků rodinných konfliktů (involuční procesy, poruchy osobnosti, alkoholismus apod.

5. Diagnostika a klasifikace dysfunkčních rodin

V případě diagnostiky dysfunkční rodiny je nutno nahlédnout na jednotlivé členy rodinného systému v různých konstelacích.⁵

A. Jednotlivý rodič, matka nebo otec .

U jednoho z rodičů se může projevit povahová anomálie , například akcentovaná osobnost, vývojové krize řešené závislostí, mimomanželským vztahem, existenční, pracovní zátěže nebo nemoc apod. Tj. jednalo by se o individuální problém.

B. Dále se jedná již o dyádu otec matka (v případě bezdětného vztahu manžel – manželka event. partner / partnerka).

Zde se může projevit fakt, že jeden z partnerů je primárním nositelem poruchy a indukuje ji u disponovaného partnera. Možnost přenosu symptomů z jednoho na druhého partnera (například úzkostností, kterými partner před manželství či seznámení s partnerem netrpěl).

Velmi častým problémem je nevhodná, patická volba partnera , která se projeví v patologii na obou stranách. Dokonce lze říci, že nevhodná volba partnera je základní příčinou dysfunkčního vztahu, rozpadu manželství či partnerství. Druhou příčinou je neschopnost vzájemné komunikace.

⁵ Funkčností rodin se u nás nejvýrazněji věnuje O.Matoušek (1997) , J.Dunovský (1986), který zpracoval dotazník DFR, posuzující funkčnost rodiny na základě osmi kritérií (složení rodiny, socioekonomická situace, odvozená z věku, rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání, bydlení a příjmu rodiny) či J.Špitz , J.Kovařík aj.

Dalším problémem je nevhodná volba partnera v důsledku existující konstelace, kdy jeden z partnerů si volí za partnera či partnerku osobu, u něž se již manifestovala jistá porucha, ale s naivním optimismem se domnívala, že jej dokáže změnit, spasit. Jde o neschopnost zvolit si rovnoprávného partnera.

C. Subsystem prarodič – otec - matka

Jde o problém fixace jednoho z partnerů na jeho rodiče, zejména pokud tento problémový vztah již existoval před uzavřením manželství. Partner se stává nárazníkem mezi svým partnerem a svými rodiči. Muž či žena tvoří nárazník, snaží se pouze jen uhýbat, potlačovat invektivy z obou stran, spor bývá těžko řešitelný, zejména pokud se narodí dítě, protože rodinný problém se rozšíří i na něj. Jde často o jednoho z rozvedených rodičů, který je fixován na své (jedináček) dítě. Pokud partner žil dlouho se svým rodičem, nedokáže vymezit nové hranice v případě uzavření manželství.

D. Subsystem , který zahrnuje první i druhou generaci – dědeček – babička – otec – matka

Jde o obdobnou situovanost rodinného systému jako v předešlém případě, ovšem dochází k indukci z rodičovské dyády do dyády prarodičovské, případně může být vtaženo dítě do dysfunkční rodinné konstelace. Matka může konflikt mezi dítětem a jeho otcem přenést na prarodičovskou dyádu, aby vytvořila koalici. Koalice v rodině je vždy dysfunkční. Vstup prarodičů do konfliktu s jejich dcerou může vést k rozpadu rodiny.

E. Jednotlivé dítě

Rovněž dítě může být nositelem problémů v rodinném systému. Například rizikový temperament, špatná adaptace v sociálních rolích, somatické či duševní poruchy. Indukcí tak může být přenesena na jednoho či oba rodiče, sourozence. Případně může být dítě traumatizováno úmrtím či rozvodem rodičů a následnou změnou konstelace rodinného systému.

F. Sourozenci dítě – dítě

V dyádě dítě – dítě (vlastní či komplikovanější vlastní versus nevlastní sourozenec v případech opakovaných manželstvích) vznikají problémy zejména u dvojčat, vzájemná fixace , sourozenecká rivalita, která může vyvolat závažný problém. V případě odchodu jednoho z dvojčat (manželství, studium) druhé se dekompenzuje

G. Dyáda rodič – dítě

Je často postižena zejména mechanismy indukce , reaktivování spícího problému u rodiče (agresivita, sexualita, nebo konflikt mezi dospívající dcerou a matkou apod.). Zejména v případě rozvodu rodičů dítě zůstává s jedním z rodičů a je nuceno zaujímat souhlasné postoje (v nižším věku) v souladu s rodičem u něž zůstalo. Rozvedený rodič plánuje další vztah a dítě paticky žárlí, ostře se staví proti novému manželství. Všichni jsme totiž disponováni k dyadickým vztahům , tři osoby znamenají, že jedna z nich bude marginalizovanější , zvláště v opakovaných manželstvích.

H. Triáda otec – matka - dítě

Uvedené triády jsou spjaté se vznikem koalic, zejména v případě rozvodů vznikají latentní i manifestní koalice jednoho z rodičů s jedním dítětem, kterému svěří své úmysly a sleduje jako cíl postavit jej vůči svému druhému rodiči. Dítě si brzy uvědomí roli v níž se ocitá v důsledku rozpadu rodiny, není nikdy pasivní obětí rodičovského konfliktu, ale je vždy aktivním účastníkem.

6. Patologický systém : perverzní trojúhelník

V souvislosti s rodinnou diagnostikou je nutné se také zmínit o tzv „ perverzním trojúhelníku“ jak jej formuloval J.Haley (1967) . Pokud vezmeme trojúhelník

jako jednotku studia v rodinném systému či jiném sociálním systému (např. zaměstnanecké vztahy) lze postavit otázku, jaký typ trojúhelníkového uspořádání vytvoří to, co J. Haley nazval patologický systém, „perverzní trojúhelník“. „Patologický“ znamená systém, který směřuje k násilí či rozkladu, dysfunkci mezi členy rodiny, profesních vztahových rovin. V podmínkách rodiny je patologický systém takový, který rezoltuje do stálého konfliktu, do rozvodu či nějakého symptomatického distresu u členů rodiny nebo jejich jednotlivých členů.

J. Haley uvádí následující charakteristiky:

A. Lidé, kteří na sebe vzájemně reagují v tomto trojúhelníku, nejsou stejného stavu, nýbrž jeden z nich je jiné generace než zbývající dva. Generací se rozumí odlišné postavení v mocenské hierarchii, jak je tomu v generaci rodiče a dítěte, nebo zaměstnanecké hierarchii zaměstnanec a zaměstnanec.

B. V procesu jejich vzájemné interakce osoba jedné generace vytváří koalici s osobou jiné generace proti svému druhovi/partnerovi. Koalice znamená řízení akcí namířených vůči třetí osobě, na rozdíl od aliance, v níž se mohou dvě osoby dát dohromady pro společný zájem nezávislý na třetí osobě.

C. Koalice mezi dvěma osobami je popírána, tj. existuje chování, které indukuje koalici, která bude, v případě označení popřena jako koalice. Jinak řečeno, chování na jedné úrovni, které indikuje, že zde existuje koalice, je kvalifikováno metakomunikačním chováním indukujícím, že takové chování není.

Lze říci, že v podstatě je perverzní trojúhelník trojúhelníkem, ve kterém je separace mezi jednotlivými generacemi přestoupena skrytým způsobem. Pokud se tak děje jako repetitivní vzorec chování, systém bude patologický. V momentě kde se straní jednomu proti druhému, přičemž se současně popírá, že se tomu tak děje, systém se stává patologický, dysfunkční. Pokud použijeme trojúhelník jako jednotku pro studium, tak v případě rodiny s oběma rodiči, dvěma dětmi a

čtyřmi prarodiči vytváří tato skupina osmi osob 56 trojúhelníků, každá osoba v této rodině je zapojena v 21 rodinných trojúhelnících současně.

7. Klasifikace variant typů dysfunkčních rodiny (poruchy rodinného systému)

A. Asymetrická rodina typu a.

(otec, matka a jedno dítě v koalici vůči druhému dítěti/dětem)

B. Asymetrická rodina typu b.

(otec nebo matka v koalici se všemi dětmi vůči druhému rodiči)

B. Generační propast

(silná vazba mezi otcem a matkou – dítě/děti jsou výrazně marginalizovány)

C. Neangažovaná rodina

(rodina s lhostejnými vztahy, bez vazeb a rodinné koheze)

D. Neintegrovaná rodina

(chaotické vztahy, konflikty , absence koheze, nepřátelství v rodině, žádný z členů rodiny nemá odpovědnost, distribuce moci rozmělněná)

E. Schizmatická rodina

(dvě koalice, jedno dítě s otcem, druhé dítě s matkou, nebo otec v koalici s dcerou a matka se synem)

F. Rodina s nejasnými mezigeneračními hranicemi

(děti jsou manipulovány do neodpovídajících rolí a rovněž rodiče se stylizují dočasně do „kamarádských rolí“, snaha smývat věkové hranice , stylizovat se do mladších rolí. Nezvládání akceptace svého věku zejména u mužů a žen ve fázi přechodu. Nejsou jasné kompetence, je ohrožena individuální integrita).

G. Externě integrovaná rodina

(nevyzrálí rodiče, kteří jsou závislí na sociální i ekonomické podpoře svých orientačních rodin i sociálních služeb, zejména se jedná o mladé rodiny/manželství). Sociální vyzrálost nesouvisí s dosaženým vzděláním. Závislost dětí na rodičích. Bez vnější opory nedokáže tato rodina udržet stabilní vztahy .

H. Sociálně uzavřená rodina

(nadměrná koheze v rodin, přerušovány kontakty s vnějším světem z důvodů rizik společnosti, odmítání zásahů zvenčí, rizikové klima zejména pro děti)

CH. Represivní rodina

(úzkostně neurotická rodina, perfekcionistická, rodina která odmítá ventilaci negativních pocitů, takže mohou být transformovány do různých symptomů somatických či duševních. Zablokované emoce se stávají největším problémem)

I. Rodiny s preferovaným subsystémem

(preferovaný subsystém se stává centrem rodiny, může být preferovaný subsystém například otec – matka - prarodič – děti – jedno dítě apod. Z bezmoci preferovaného subsystému se může stát moc (např. dominance nemocného)

J. Kosá rodina

(Rodina ovládána nějakým subsystémem, který zahrnuje více jak jednu generaci (například hysterická matka a hysterická babička)

K. Pseudodemokratická rodina

(Vztahy mezi rodiči a dětmi jsou na stejné úrovni, absence generačních hranic, ztráta rodičovské autority)

8. Úrovně rodinné kompetence

Lze rovněž vyčlenit diferenciačně typologii rodin na škále kontinua a na různých úrovních rodinné kompetence. Následující Lewisova typologie rodinných vztahů zahrnuje široké kontinuum rodinné kompetence od optimálního bezproblémového fungování rodiny až po typologii rodiny dysfunkční. J.M.Lewis (1978) rozlišuje rodiny z úhlu kompetence na:

A. Optimálně integrovanou a funkční rodinu

B. Funkční, ale zranitelnou rodinu

C. Mírně dysfunkční rodinu

D. Výrazně dysfunkční rodinu

Ad A. Optimálně integrovaná a funkční rodina

Pro tuto rodinu jsou charakteristické projevy jako především jasné sociální vzorce rodičovského vedení. I když může rodinu vést kterýkoliv z rodičů, je vždy zjevné kdo rodinu vede a situace v rodině je vždy ovlivněna tím , kdo vede. Navzdory jasné rodičovské autoritě oba rodiče neužívají autoritativních technik v interakci a při výchově dětí. Protichůdné názory jsou v rodině respektovány, vše může být v rodině vyjádřeno. Tyto rodiny vykazují vysokou míru rodinné koheze se zaměřením na individualitu jejich členů. Oba rodiče i děti vyjadřují své pocity, názory v rodině otevřeně a neexistují rozpory v tom, co si rodinný člen myslí, co říká a jak jedná. Vše může být v rodině vyjadřováno, vše může být vysloveno.

Ad B. Funkční, ale zranitelná rodina

Tyto rodiny se v některých charakteristikách shodují s optimálně integrovanými rodinami, ale v některých rysech se překrývají s charakteristikami dysfunkčních rodin. Je zde jasná distribuce moci a tato moc je v rukou rodičů, ale v rodině se vždy vyskytuje jeden dominantní partner. Přesto oba rodiče vykazují vysokou úroveň instrumentální kompetence, ale afektivní aspekty rodičovského vztahu

jsou problematické. Manželé udržují vyšší míru emocionálního odstupu . Manželky jsou v rodině submisivnější, vyjadřují vyšší míru zklamání a sociální zranitelnosti (více si stěžují, mají sklon k obezitě). Navzdory určité zranitelnosti je interpersonální komunikace jasná a členové akceptují odpovědnost za své chování a jednání. Sporadicky se vyskytují v rodině konfliktní situace, empatie členů rodiny je omezena a nedosahuje intenzity optimálně integrovaných rodin.

Ad C. Mírně dysfunkční rodina

Tato velká skupina dysfunkčních rodin je charakterizována dvěma základními rysy:

1. Stabilně dominantně-submisivní rozdělení rolí v rodině. Tato distribuce rolí je druhým partnerem i dětmi akceptována. Členové rodiny vyjadřují své emoce méně otevřeně a většinu svých názorů se snaží utajovat. Ve sféře osobní odpovědnosti mají zvýšenou tendenci k obviňování ostatních, v sociální oblasti jsou často nepřístupní. Konfliktní situace mají intenzivní charakter, jsou zjevné a obtížně utajitelné. V rodině je málo vzájemného jednání a daleko častěji se uplatňuje hrubá síla. Základní rodinná atmosféra je charakterizována pocity disharmonie, zlosti, pokoření až deprese. Empatie obvykle členům rodiny výrazně chybí, konfliktní situace jsou zjevné a neutajitelné.

2. Druhým rysem dysfunkčních rodin je častý , nekonečně se vleklý kompetenční spor mezi rodiči , stejně tak i o to, kdo z rodiny je schopen zastávat dominantní roli. Neřešené konflikty nabývají na intenzitě, jednotliví členové rodiny se obviňují z neakceptování osobní odpovědnosti, atakují jeden druhého. Rodiny jsou charakterizovány zvýšenou mírou nepřístupnosti, v rodinných vztazích dominuje zjevná a poměrně intenzivní hostilita mezi jednotlivými členy. V těchto rodinách se jedná spíše o vleklý kompetenční spor mezi rodiči. Neřešené konflikty získávají na intenzitě, dochází k vzájemnému obviňování. Empatie je v těchto rodinách jen zcela vyjímečná.

Ad D. Výrazně dysfunkční rodina

Rodinná struktura tohoto typu rodiny je značně chaotická, rodina postrádá vedení, dominantně-submisivní distribuce moci zde není uplatňována. Partnerská koalice rodičů je velmi slabá a existují patrné destruktivní mezigenerační koalice mezi jedním z rodičů a dětmi. Individuální hranice jsou setřeny a značně nejasné, podobně je obtížné zjistit, kdo si co myslí. Dominantním rysem rodinné komunikace je amorfnost sociálních vztahů. Rodinná autonomie je minimální a většina členů rodiny je orientována na jiné sociální vztahy mimo rodinu.

Charakteristické vzorce chování, které ovlivňují celkovou rodinnou atmosféru, nemohou být pochopeny pouze studiem jednotlivých členů rodiny, nebo subsystémů, ale vždy komplexním studiem rodiny jako sociálního celku. Převládajícím rodinným způsobem jednání je beznaděj až extrémní cynismus protkaný mnoha interpersonálními konflikty.

Literatura

Ackerman, N.W., *Treating the Troubled Family*, Basic Books, Inc., Publisher, New York 1966

von Bertalanffy L., *General Systems Theory*, New York, George Braziller 1968

Bateson, G., *Okologie des Geistes*, Frankfurt, Suhrkamp 1981

von Bertalanffy, L., *Člověk, robot, myšlení*, Praha, Svoboda 1972

Boven, M., *The Use of Family Theory in Clinical Practice*, In: *Comprehensive Psychiatry*, 1966, 7, 345 – 374

Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, Avicenum, Praha 1995

Erikson, E.H., *Youth and Crisis*, 1968

Haley, J., *Towards a Theory of Pathological Systems*, In: *Family Therapy and Disturbed Families*, Palo Alto 1967

Haley, J., *Ablosungsprobleme Jugendlicher*, Munchen 1981

Lewis ,J.M., (1978) The Adolescent and Health Family. Adolescent Psychiatry. Annales of the American Society for Adolescent Psychiatry, Vol.6, Herman C. Einstein, Peter L. Giovacchini (Ed.). University of Chicago Press. Chicago, London 1978

Maturana,H., Varela, F., Autopoietische Systeme: eine Bestimmung der lebendigen Organisation, In: Maturana,H., Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig 1982

Minuchin,S., Structural Family Therapy, The American Family, 1980 , IV,No.3

Matoušek,O. , Metody a řízení sociální práce, Praha, Portál 2008

Matoušek,O., Rodina jako instituce a vztahová síť, Praha 2003

Parsons,T., Společnosti : vývojové a srovnávací hodnocení, Praha, Svoboda 1971

Sobotková,I., Psychologie rodiny, Praha, Portál 2007

Švejcar,J., Přednáška v MPP NVP, Praha 1986

Hill,R., Modern Systems Theory and the Family, A Confrontation, Soc. Sci., Information ,10 , 1971

Watzlawick, P.,: Pragmatika lidské komunikace, Konfrontace, Hradec Králové 1999

Zapf,W., Die Pluralisierung der Lebensstile, In: Industrialisierung und Sicherheit, Munchen 1987