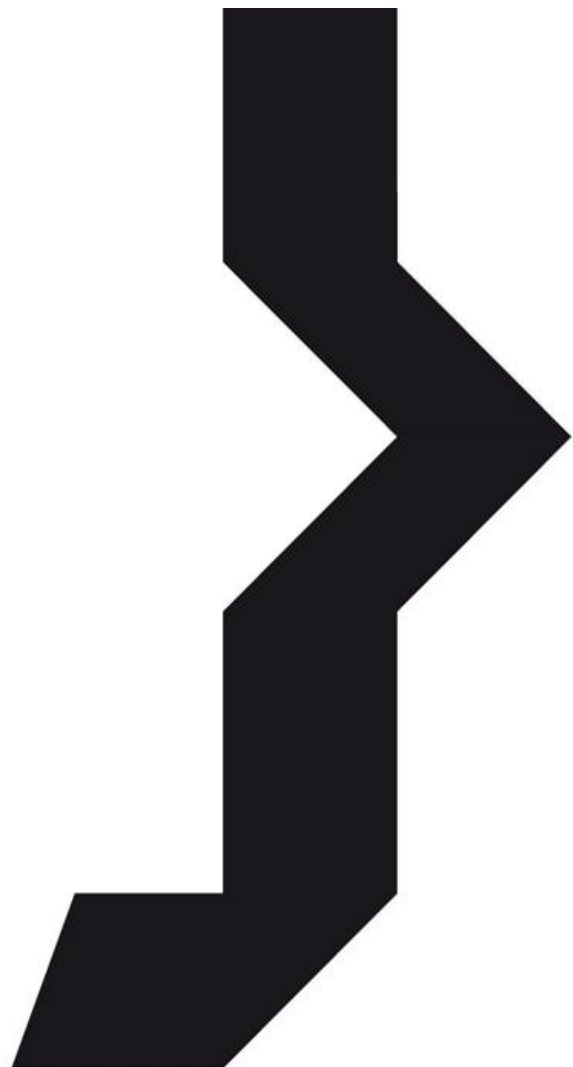




Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta



PSYCHODIAGNOSTIKA A PORADENSTVÍ

**průvodce předmětem pro studijní program
Sociální patologie a prevence**

Autor: Jiří Kučírek

Úvod do studia předmětu

Předkládaná studijní opora je strukturována jako pomůcka k předmětu Psychodiagnostika a poradenství.

Tato studijní opora nenahrazuje studentovi učebnici či odborný text, přináší mu však základní orientaci v předmětu a v probíraných tématech, odkazuje na literaturu a další zdroje nezbytné při studiu předmětu.

Úvodem ke každému tematickému bloku jsou důležité pojmy, informace či hlavní body k zapamatování, následuje stručný vhled do problematiky a shrnutí tématu. Následuje soubor otázek a úkolů, které prověří osvojení teorie a odkáže studenta na další oblasti, které nebyly představeny v rámci opory. Na závěr jsou uvedeny základní zdroje, ve kterých student nalezne představenou látku, a rozšiřující zdroje, které slouží k samostudiu a prohloubení učiva.

Cíle předmětu

Studenti budou seznámeni se základními okruhy psychodiagnostiky, zejména s klinickými metodami a následně s metodami testovými (včetně limitů jejich používání v jejich praxi). Dále se výuka zaměřuje na oblast poradenství, tj. metody a postupy při kontaktu s klienty, nejfrekventovanější problémy a způsoby jejich řešení. Druhy poradenské pomoci a jejich odlišení od pomoci psychoterapeutické.

Hlavní témata – osnova:

1. Pojem „normálnosti“. Vymezení psychodiagnostiky.
2. MKN-10, DSM-V, MKF. Co je diagnóza, matching.
3. Klinické metody.
4. Testové metody.
5. Psychologické poradenství – psychoterapie.
6. Metody a postupy v poradenství.
7. Druhy poradenství.
8. Struktura poradenského procesu.
9. Rodinný kodex a alternativní způsoby soužití. Příčiny konfliktů a limity možností jejich řešení.
10. Problematika rozvodů/psychorozchodů. Rodinný systém – řešení vztahů rodiče a děti. Partnerské konflikty.
11. Klasifikace variant typů dysfunkčních rodin (poruchy rodinného systému).
12. Smysl lidského přístupu při jednání s klientem.
13. Frekventované problémy v současné poradenské praxi.



Literatura

Základní literatura:

- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.
- GABURA, J., PRUŽIŇSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

Požadavky na ukončení předmětu – zápočet

Vypracování a obhájení seminární práce v rozsahu min. 6 normostran (min. 5 citací z různé odborné časopisecké nebo knižní literatury). Ústní zkouška k ověření získaných znalostí.

Význam ikon v textu



K zapamatování

je soupisem důležitých pojmů a hlavních bodů, které by student při studiu tématu neměl opomenout.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

umožňují studentovi ověřit porozumění textu a osvojení problematiky.



Literatura

je soupisem zdrojů použitých v kapitole a slouží také pro doplnění a rozšíření poznatků.

1 Pojem „normálnosti“. Vymezení psychodiagnostiky.



K zapamatování

- zdraví
- normalita
- diagnostika
- Matching
- psychodiagnostika

Úvod

„Lid není monolit“, výstižně kdysi poznamenal psycholog J.Srnc, analogií může být stále podprahově rozšířená představa, či přesněji řečeno mýty, že člověk přichází na svět jako nepopsaný list papíru a že všichni lidé jsou si rovni (resp. stejní). Nic na světě není stejné, ani jeden list na stromě.

Současná doba, poznamenaná krizí, která je výrazem a důsledkem modernosti, přináší stále více sociálních, ekonomických i hodnotových znejistění, ztrátu zakotvenosti jedince v rodině, komunitě i societě. Důsledkem je rovněž, m.j. stále více zproblematizované duševní zdraví.

Mnoho lidí prožije svůj život s nerozpoznanou psychickou poruchou. Ukázal to například důkladný výzkum duševního zdraví, který v letech 1998 a 1999 zajistilo Psychiatrické centrum Praha. Z centrálního registru obyvatelstva vybrali náhodně 2.500 adres z celého Česka na něž odjeli školení tazatelé s nootebooky na hodinový rozhovor. V závěru výzkumu expertní systém porovnal odpovědi s příznaky duševních nemocí mnoha mnoha tisíců diagnostikovaných pacientů a vyhodnotil pravděpodobnou diagnózu. Porucha byla zjištěna u 27 procent zkoumaného vzorku.

Duševní poruchy, pokud nahlédneme na nejvyspělejší část světa, kam patříme i my, jsou mezi deseti nejvýznamnějšími chorobami: depresivní porucha (2.), následky nadužívání alkoholu (5.), demence (8.) a sebeporanění (9.). Pokud se ale zaměříme na nejproduktivnější věk (dle WHO) v rozmezí 15 – 44 roků, tak v této skupině jsou mezi deseti nejčastějšími příčinami zdravotních ztrát zastoupeny duševní poruchy 6krát : depresivní porucha (1.), následky nadužívání alkoholu (2.), schizofrenie (4.), sebepoškození (5.), bipolární porucha (6.) nadužívání drog (7.).

Ukazuje se, že obyvatelé vyspělých zemí trpí duševními poruchami dvakrát více než ti z rozvojových . První důvod je zřejmý, čím delší život, tím větší riziko duševní nemoci, tím druhým důvodem je moderní životní styl se všemi svými nároky.

V současné době, kdy naše euroamerická kultura prochází krizí, krizí ztráty ideji, se tato skutečnost dotýká také i poradenství. Funkčnost a stabilita malých sociálních skupin, v našem případě těch elementárních a stálých bez ohledu na sociokulturní proměny tj. rodin, závisí na existenci idejí. Ztráta, absence idejí, jako důsledek modernosti, která se projevuje jako odmítání tradic, má závažný dopad na stabilitu vztahů partnerských, mezilidských , ztrátu duševní pohody, znejistění postavení bez možnosti dovolat se či nalézt smysl svého dalšího směřování. Nikoliv náhodou se již proto poslední desetiletí pozvolna začíná etablovat nový typ poradenství, a to jako „ Filosofická praxe“ praktikující se v Německu, Francii, Izraeli a jinde. U nás, pokud je mi známo, dosud takové „ praxe“, neexistují. Jde o potřebnou pomoc, kdy jedinec se neodhodlá k návštěvě psychologa, protože má pocit, že je psychicky v pořádku, jeho problém se týká životní orientovanosti , smyslu života a volby dalších kroků v životě. Pokud odmítne rozhovor s duchovním i psychologem, nemá se na koho obrátit. Filosof tak může být

v roli poradce, kdy se nenahlíží na klienta jako na osobu, která má osobní problémy, ale jako na jedince, který si potřebuje v rozhovoru ujasnit své životní priority, smysl své životní orientace. Kvalifikace filosoficky vzdělaného poradce v této pomoci tak mění jeho kompetenci, na rozdíl od vzdělání psychologa, který je v případě poradenství, vzděláván k odlišnější problematice, postupů při řešení osobních, mezilidských vztahů a problémů.

Psychodiagnostiku můžeme charakterizovat jako aplikovanou disciplínu psychologie, která se zaměřuje zejména na zjišťování a měření psychických vlastností, stavů jedince a dalších jeho charakteristik, proto má psychodiagnostika velmi blízko k psychologii osobnosti a diferenciální psychologii.

Psychodiagnostické metody se klasicky dělí na klinické a testové metody. Klinické metody jsou postupy, které praktikujeme všichni v každodenním životě, pozorujeme druhé lidi a jsme pozorováni, rozmlouváme s nimi s cílem se něco dozvědět, nebo se svěřit, čteme dopisy a pokud jsou napsané rukou, tak si je déle prohlížíme a usuzujeme z nich na vztah odesílajícího k naší osobě. Rozlišujeme formálnost, či neformálnost setkání a podle toho jednáme.

Nejzdravější osoba má nejširší repertoár (kapacitu) internalizovaných rolí, proto v každodenním kontaktu je adaptace v širokém spektru interakcí.

Maslow, A.H., Mittelman, B., (1951) uvádějí seznam kvalit, které považují za nezbytné pro naše psychické zdraví:

- A. Adekvátní pocit bezpečí
- B. Adekvátní spontaneita a emocionalita
- C. Účinný kontakt s realitou
- D. Adekvátní tělesné touhy a schopnost je uspokojovat
- E. Adekvátní osobní cíle
- F. Adekvátní znalost sebe sama
- G. Schopnost učit se ze zkušeností
- H. Schopnost uspokojovat požadavky skupiny
- CH. Adekvátní emancipace od skupiny nebo kultury

Nejvíce usuzujeme z poznatků získaných neverbálním sdělením, tónu hlasu a nakonec ze řečeného, „slovy můžeme klamat, ale tělo nás prozradí“, řekl výstižně F. Nietzscheho. Ovšem, pokud žijeme ve vztahu s druhými, blízkými osobami, nemáme distanc k posuzování jejich chování, neboť žijeme v interdependentních vztazích. To znamená, že A ovlivňuje B a B ovlivňuje A. Proto se říká, že nikdo není doma soudcem, jsme vtaženi do vztahových rovin a nemůžeme mít nutný odstup pro neutrálnější pohled na problém.

Poradenství je právě metoda, jak tuto hranici překročit, poradce jako cizinec není vtažen do vztahových sítí, i když si musíme být vědomi, že žijeme v jedné kultuře, myslíme a užíváme většinou jeden jazyk, jsme zabydleni v jazyce, zcela ponořeni do kultury (S. Freud) a nemáme žádný „periskop“, který by nám umožnil nezájatý, objektivní pohled na situaci. Poradce jako cizinec, umožňuje výrazně nezúčastněný pohled, vzhled do situovanosti klienta, zaujmout neutrální postoj vůči klientovi či oběma partnerům a poskytnout tak hledisko, které umožní pojmenovat základní problémové plochy s cílem najít společné řešení bez preferencí žádné straně. Ovšem při vědomí, že nikdy nemůžeme být zcela objektivní.

Poradenství svých nejbližších, kteří jsou na naší straně, bude vždy stranné, a jinak to být ani nemůže. To, jak se chováme, nevíme my sami, ale ti druzí. Pokud k někomu máme vztah, ať kladný nebo negativní, nemůžeme od něj odhlédnout a zaujmout neutrální postoj.

Každý, kdo vyhledává pomoc, obvykle trpí nevyřešeným rozporem mezi tím, „jak věci jsou“ a tím „jak by měly být“, s následným vzhledem buď změnit sebe nebo svět kolem sebe. Kam snaha, změnit svět kolem sebe jedince přivede, je zřejmé.

Předkládaný text je stručným, orientačním vstupem do problematiky psychodiagnostiky a vybraných okruhů poradenství.

Přístupy ke stanovení normality

Norma (z hebr. Gáné, rákos na vyměřování , míra, přešlo do řec. kanné, kánon, v lat. norma, přeneseně pak pravidlo). Pojetí normy je spjato s filosofickým myšlením, i když často je zájem zúžen pouze na tři normativní disciplíny: logiku, etiku a estetiku. Nejen psychologie, ale i sociologie se zabývá normami lidského chování. Systému norem je nadřazený systém hodnot, systému hodnot odpovídá příslušný systém norem.

Původ normálnosti ve vědě a filosofii můžeme nalézt v Platónově nauce o ideách. Ontologie podstaty se stala tématem, nikoliv individuální (nahodilé). Jednotlivé nebylo chápáno jako hodno pozornosti, protože podstatné, obecné je základem vědeckého myšlení.

Od Aristotela pramení úvaha , že pokud se věc nalézá v souladu se svou přirozeností, nemusí se její chování vysvětlovat, teprve odchylka potřebuje nápravu : běh přírody je všeobecný směr pohybu, odchylka je anomální. Individuální musí být v souladu s obecností. Obecné stojí nad jedinečným, individuálním.

Jde o zásadní orientaci filosofického myšlení: formulovaná opozita neměnného a proměnlivého dodnes značně ovládá evropskou vědu, teprve idea organické revoluce v 19. století opět nastolila pojem variability, „proměnlivosti neměnného“, podstatného a přinesla orientovanost na nahodilé, individuální.

Z antiky rovněž přichází myšlenka Středu jako míry dokonalosti (vyváženosti) , ovšem myšlenku aritmetického průměru jako VZORU, normy jedince , formuloval A.Quételét (1835) , který je autorem (l'homme moyen) tzv.“ průměrného (středního) člověka“, kterého složil z průměrů jeho jednotlivých znaků a prohlásil jej dokonce za morální, biologický prototyp dokonalosti (v antice naopak nebyl vzorem průměr, ale dokonalý jedinec). Francie, která zavedla jako první všeobecnou brannou povinnost potřebovala „změřit“ vojáky pro výrobu uniforem, proto zde pramení všechna původní značení „čísel bot, šatů“. Pozornost se začala soustředit na patologické a na jeho odstranění , jako cesty k dosažení normy. Gaussova křivka je jen pokračováním statistického náhledu na normálnost jako rozptyl.

Koncem 19. století s začátkem 20. století začala být psychologie nahlížena jako samostatný obor a (stala se třetí vědou která po fyzice a chemii začala využívat v práci experimentální metodu) s očekáváním, že ji lze využít v praxi , zejména pro měření individuálních rozdílů mezi lidmi.

K rozšíření psychologického testování zásadně přispěl američan James McKeen Cattell , který koncem 19. století , po praktických zkušenostech anglického amatérského psychologa F.Galtona, spjatého s prvními pokusy zjistit dědičnost inteligence srovnávací metodou. Počátek vyvíjení škály měření inteligence dětí je spjato s francouzskými psychology A. Binetem , T. Simonem a jejich tzv.“ Binet-Simonovy škály“, kterou posléze revidoval L.M. Terman, známou jako „Stanfordská – Binetova škála“ (1916). Se zmíněnou škálou souvisí formulování inteligenčního kvocientu dítěte , původně vymezeného „mentálního věku“, později německým psychologem W. Sternem (škálou zjištěný mentální věk se ještě vydělí věkem chronologickým, vynásobí se 100 a výsledkem je IQ). W. Stern formuloval předpoklad, že lze využívat statistické metody na získána data jak na velké skupiny jedinců , tak i na jednotlivce.

Postupem doby se formulovaly dvě hlavní teorie toho „co má být“: a.) dualistická (která navyvozuje žádné závěry z toho, „co je“, pro to , co by „mělo být“ a b.) monistická (která vidí v bytí jedince fundament toho „co má být“).

Tím ale nastává problém, zda norma se nachází aboslutně proti faktickému dění, či si žijící lidé nejdříve vytvářejí normy.

Tradičně lze vymezit různé pohledy na normalitu, klasické pojetí vychází z náhledu, že člověk je normální až do chvíle projevů poruch vnímání, myšlení, paměti, podle S. Freuda jsem na cestě být normální, nebo pohled na normalitu podle statistického průměru, či současnější náhledy popisující normalitu jako proces a ne stav, ev. normální jsou všichni, dokud není zván ke konzultaci psychiatr.

Psychodiagnostika

Na rozdíl od Evropy se v americké psychologii výraz „psychodiagnosis“ používá pouze v oblasti zdravotnictví. Termín psychodiagnostika se v anglosaské psychologii používá jenom v oblasti zdravotnictví. V USA se obvykle používá více vymezení „psychologické testování“, event. „psychometrie“. V Evropě psychodiagnostika zahrnuje rovněž i psychohistorii klienta včetně různých dat získaných různými metodami, vyhodnocení výsledků i závěry psychologa ve formě výsledného praktického doporučení a zpracovaného písemného posudku.

W.Stern navrhl původně termín psychognostika.

Psychodiagnostiku vymezujeme podle M. Svobody (2006) jako převážně aplikovanou disciplínu, orientující se na zjišťování a měření duševních vlastností, stavů a dalších charakteristik jedince. Souhrn postupů, technik, které směřují k získání psychologické diagnózy, souhrnu poznatků o konkrétní osobě. První část diagnostického procesu je tvořena pozorováním a měřením, následující část je spjatá z interpretace a vyhodnocování poznatků.

Psychika jedince zahrnuje složitý komplex duševních procesů, stavů včetně relativně stálějších osobnostních vlastností, které prostřednictvím chování, jednání vstupují do interakce s reálným světem. Proto je nezbytné pro psychodiagnostiku vycházet z klasifikace diferencních projevů a vlastností jedinců i jejich normálního vývoje.

Psychodiagnostika je velmi provázána s psychologii osobnosti a diferencální psychologii, včetně vývojové a sociální psychologie. Stýká se také v řadě případů rovněž s psychopatiemi (obecnou psychiatrií), psychiatrií a neurologií.

Počátky psychodiagnostiky lze nalézt u bratrance Ch. Darwina, F. Galtona, který byl přímo reprezentantem dobové fascinace víry v čísla, matematickou jistotu, která je jedním ze znaků modernosti (nejen) v humanitních vědách. Pečlivé měření přivede vědu k nevyvratitelné přesnosti, jistotě, vyjadřující přechod od subjektivních spekulací k pravé exaktní vědě. Jeho největší práce o měření inteligence (Hereditary Genius, 1869) se orientovala na vytváření různých hodnotících kritérií včetně antropometrii.

F. Galton zkoumal dědičnost různých vlastností jedinců, tj. výšku, váhu, tvar hlavy, pohotovost jednoduché reakce, citlivost zraku i sluchu a pod. Ve svých zkoumáních úzce spolupracoval s matematikem E.S. Personem, který v této souvislosti vypracoval korelační počet (Personův korelační koeficient).

Později si dokonce kdokoliv mohl za malý poplatek absolvovat Galtonovu testovací a měřicí linku na jejímž konci člověk obdržel písemné hodnocení jeho inteligence. Velmi populární byla kranio-metrická metoda, která spočívala v měření a vážení objemů mozku, jenže to šlo provést jen u mrtvých. Věřilo se, že velikost mozku je spjatá s výší inteligence. Koncem těchto sporů se stal mozek jednoho londýnského zahradníka, který měl jednou tak velký mozek než například A. France.

Následně se individuálními rozdíly mezi jedinci začali zabývat také žáci německého psychologa W.M. Wundta (1832 – 1920) spjatého s ustanovením psychologie jako samostatného oboru (psychologická laboratoř) a zejména aplikací poznatků měření v USA.

Ovšem představa spjatá s měřením tvarů těla, lebky, nezaujala, metamorfózovala společně po vydání Darwinovy knihy O původu druhů (1859) do směřování sociálního darwinismu, biologického determinismu až k rasové hygieně formulované v Norimberských zákonech a Zákonu o sterilizaci.

Psychodiagnostiku vymezujeme podle M. Svobody (2006) jako převážně aplikovanou disciplínu, orientující se na zjišťování a měření duševních vlastností, stavů a dalších charakteristik jedince. Souhrn postupů, technik, které směřují k získání psychologické diagnózy, souhrnu poznatků o konkrétní osobě. První část diagnostického procesu je tvořena pozorováním a měřením, následující část je spjatá z interpretace a vyhodnocování poznatků.

Psychika jedince zahrnuje složitý komplex duševních procesů, stavů včetně relativně stálějších osobnostních vlastností, které prostřednictvím chování, jednání vstupují do interakce s

reálným světem. Proto je nezbytné pro psychodiagnostiku vycházet z klasifikace diferentních projevů a vlastností jedinců i jejich normálního vývoje.

Název „mental test“ uvádí roku 1890 jako první J. McKeen Cattell a cílem bylo „statistické vyhodnocení výkonu v jedné dané situaci a srovnání výsledku s výkony jiných osob, které byly postaveny před stejnou situací“. Ve zprávě publikoval informaci o individuálních rozdílech v reakcích jedinců a nastínil možnosti jak tuto skutečnost prakticky využít. Historie diferenciální psychologie jako nového vědního oboru začíná rozsáhlou studií W. Sterna, který v roce 1900 zformuloval tuto ideu i program, který nastínil novou psychologickou disciplínu. Pojem difference je vztažen nejen na rozlišování mezi lidmi, ale nově i na charakteristiku jedince včetně časové změny. W. Stern také navrhl pro uvedený obor název Psychognostika, který je spjat s psychotechnikou, aktivní snahou ovlivnit druhé lidi a působit na jejich život v žádoucím směru. X. Kraepelin (1894) a jeho žák X. Ohn rozpracovával různé úlohy, které lze považovat za předchůdce moderních testů. Velký rozvoj metod začínal ve 20. století: Spermanem spíše teoreticky (objektivnost určení a měření obecné inteligence) a spíše prakticky Binetem a Simonem (1905). Od prvního zpracovaného testu ale množství testů extrémně narůstalo, například jsem našel údaj, že jen v roce 1972, tj. již před 41 lety, přehled vydaných testů obsáhl již 1.872 stránek.

U nás psychodiagnostika navazuje na tradici Ústavu lidské práce, či Sociodiagnostického ústavu. Průkopnickou prací bylo dílo V. Příhody (Školské měření, 1930, Praxe školského měření 1936).

Českomoravská psychologická společnost formulovala zásady, podle níž smí psychodiagnostické metody užívat jen odborný psycholog, který je současně povinen respektovat etické zásady a etický kodex povolání. Psychodiagnostické metody jsou v rukou odborníka jedním z prostředků poznávání osobnosti jedince, pokud je ale užijí osoby, které nemají odpovídající kvalifikaci, může být klient, i když nezáměrně, poškozen, a to včetně instituce v níž pracovník působí. Navíc je nutné dodržovat důvěrnost osobních sdělení, bez vědomí klienta nesmí předávat tyto informace dalším osobám, kteří se diagnostického procesu nezúčastní, včetně rodinných příslušníků. Vyjimku tvoří například oprávnění předat výsledky psychologického vyšetření spolupracujícím zdravotnickému týmu, lékaři, nebo oznámit trestný čin (zneužívání a pod.). Využívání získaných dat pro studijní, výzkumné účely je možné pouze se souhlasem dotyčného klienta. Platí zde zákon na ochranu osobních dat. V případě poradce lze využívat testy, které jsou veřejně k dispozici a dostupné, pro ty, kteří nejsou psychology (například MBTI, LBT aj.).

Například Americká psychologická asociace¹ odlišuje tři skupiny testů vzhledem k odborné kvalifikaci.

A. Testy, které u nichž se nevyžaduje žádná, event. pouze minimální kvalifikaci (například Metody sebehodnocení (Holland), různé dotazníky pro personalisty či testy dyslexie).

B. Testy, u nichž se již předpokládá konkrétní znalost, kvalifikaci (například Inventář deprese dle Hamiltona, Spielbergův inventář strachu, Ravenovy matrice).

C. Testy, u nichž se vyžaduje nejvyšší kvalifikace (například Rorschachův test, Wechslerovy testy inteligence, TAT, individuální testy inteligence, projektivní testy a vývojové škály).

Psychologická společnost (Velká Británie) vyčleňuje dvě kategorie testů:

CL – Testy, které jsou určeny pro psychology, kliniky či terapeutky

OC – Testy využitelné pro nábor a výběr nových pracovníků

¹ Standardy pro pedagogické a psychologické testování, Testcentrum, Praha 2001

Co je diagnostika?

Etymologický význam slova diagnóza je vědět (dia-gnósis, roz-poznávání , tj. proces).

Jedná se proto o proces poznávání. Jakýkoliv typ diagnózy je pouze způsob, jak uspořádat data (Minuchin). Diagnóza může být viděna jako proces sprádkání 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, selekcí , výsledek rozlišení.

Tradiční klinická diagnóza je svázána s procesem přepisování, označení jedinců, 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).

Diagnostika umožňuje stanovit vhodnou terapii a postupy, ale rovněž velmi dobře napomáhá předávání informací o klientovi mezi jednotlivými odbornými pracovišti. Občasnou chybou je, že mnohdy i poradce v hovoru použije například pojem “ závislost”, a přitom se jedná o přesně definovanou diagnostickou kategorii s jasně vymezenými znaky. Například označení “toxikoman”, “alkoholik” obvykle znamenají označení pro jedince, kteří jsou závislí na návykových látkách, ale také pro ty, kteří jsou momentálně pod vlivem nějaké návykové látky, ev. je mohou škodlivě užívat bez závislosti.

Diagnostik nebo posuzovatel je tedy někým, kdo umí rozlišovat a rozhodovat. Může to vést k definování klinické nebo individuální diagnostiky jako rozhodovacího procesu, v němž splývají různé teoretické a empirické linie výzkumu, čímž se vyznačuje silové pole klinického posuzování. Důraz se klade na povahu a výsledek rozhodovacího procesu, který klientovi pomáhá vybrat si mezi dvěma nebo více možnostmi. Diagnostiku lze rovněž definovat jako vědecký úkol posuzování individuálních rozdílů v chování a jako aplikaci těchto poznatků na jednotlivou osobu v jejím zájmu a v zájmu společnosti. Tato definice se zaměřuje na měření individuálních rozdílů, aby se tak „správný člověk dostal na správné místo“. Z toho vyplývá, že stěžejní náplní psychologického posuzování je výběr a umístování. I třetí definice zdůrazňuje rozhodnutí, ale přidává nutnost vědecky spolehlivých informací a jejich řádnou integraci. V této definici je zdrojem informací osoba a její prostředí.

Matching

Matching je pojem, který se používá v souvislosti s potřebou komplexního pohledu na klienta. Při volbě nejvhodnější formy 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 a pod. Při volbě nejvhodnější intervence vůči konkrétnímu klientovi musí být v centru pozornosti mnohem větší škála informací než vycházet pouze z diagnózy.

Poradce proto nesmí vycházet pouze jen z klientovy psychologické charakteristiky, ale musí vzít v úvahu rovněž jeho aktuální sociální situovanost, případné selhávání v životních rolích, kvalitu sítě (fungujících nebo nefungujících) sociálních vztahů, úroveň motivace, věk, pohlaví, náboženské vyznání, národnost, tělesnou kondici , případně soudní stíhání či finanční, majetkovou exekuci.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Co je diagnostika?
2. Jak se stanoví normalita?
3. Jak je vymezen matching?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.



K zapamatování

- MKN-10
- DSM-V
- MKF
- *Znak*
- *Příznak (symptom)*
- *Dysfunkce*
- *Stav*
- *Rys:*
- *Syndrom*
- *Epizoda*
- *Porucha*
- Nemoc

Svět je světem rozdílů, proto rozlišování je základem vědecké práce. Čím vyšší intelekt, tím větší schopnost rozlišovat, vnímat detaily. Vidíme svět nikoliv jaký je, ale jaké máme vědění, vzdělání. Naše vědění, vzdělání určuje naše vidění (vnímání) světa. Čím nižší intelekt, tím menší schopnost rozlišování. Opozitní myšlení (antinomie, polarity) se projevuje od počátku ve schopnosti rozlišování, klasifikování fenoménů světa na „dobré a zlé“, nebo například na „zdravé a nemocné“, „moc a bezmoc(nost)“ apod.

Z hlediska poznávání (kognitivity) jsou přitom 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. Rovněž cit je pramenem pro poznávání.

Za druhé: zdrojem informací, které určují naše chování, míru vědomostí, jsou díky řečové komunikaci, v převážné míře informace neautentické, sdělované. To, co každý z nás 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.

Každá vědní disciplína vždy směřuje k uspořádávání svých poznatků na základě aktuálního vědeckého rozlišování, zkušeností i teoretických poznatků, rovněž tak i psychologie či psychiatrie.

První snahou o společné ujednocování poznatků a klasifikací byl přijatý Mezinárodní seznam příčin nemocí v roce 1893 (Chicago). Následovaly revize klasifikací a například až v roce 1938 (V. revize) byly rozčleněny čtyři typy duševních poruch (duševní zaostalost, schizofrenie, maniodepresivní psychóza a ostatní duševní poruchy).

Pozvolna se oddělila americká psychiatrie, která si zpracovala vlastní **Diagnostický a statistický manuál duševních poruch** „DSM-I“ (1952), dnes platí od května 2013 DSM-

5. Postupné doplňování stále nových diagnóz je projevem psychiatrizace (tj. neustálého zvyšování počtů nových psychiatrických diagnóz), například v manuálu z roku 1952 bylo uváděno přes 100 duševních poruch, tak v DSM- V jich už bylo přes 400. Evropská psychiatrie zpracovávala odlišnější klasifikaci MKN a její 9. revize již byla americkou psychiatrií odmítnuta. Orientovala se na popis symptomatiky (vzniku duševních chorob) a nikoliv z etiopatogenetických hypotéz.

Garantem **Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10**, vydané v roce 1992, je Světová zdravotnická organizace. Rozhodutím MZ ČR v roce 1993 u nás vstoupila platnost. Psychiatrii je věnována V. kapitola pod označením : F a obsahuje na 1.000 různých kategorií rozčleněných do 10 sekcí. U každé kategorie jsou konkrétně uvedeny klinické popisy, vylučující kritéria, diagnostická vodítka včetně diferenciální diagnostické úvahy. V uvedené MKN – 10 již není uváděné tradiční klasifikační členění, například u duševních chorob na neurozy a psychozy, obecně lze vymezit².

V psychiatrii je ale trochu problém s diagnostikou, protože lze nahlížet na klasifikaci jako na kategoriální (diagnózy), nebo dimenzionální (míry určitých charakteristik).

V současnosti již existují pro naše potřeby jak v sociální oblasti, tak i ve zdravotnictví dva klasifikační systémy, prvním je již zmíněná Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté decennální revizi „MKN–10“, ovšem od roku 2001 existuje další, nová **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností**, disability a zdraví (MKF), vydaná WHO. Tomuto kroku předcházela v roce 2000 dohoda mezi WHO s EU a o jejím přijetí v EU. Užívána je jak pro oblast sociálního zabezpečení, školství, či pojišťovnictví, ale i zdravotnictví, nebo zaměstnanosti.

Ovšem u nás byl první překlad MKF vydán až v roce 2008. Tato klasifikace se orientuje na pojetí zdraví a se zdravím spojených domén, jejich měření a disability na úrovni individua, tak i celé populace. „Disabilita“ a „zdraví“ je chápáno odlišněji. Disabilitou se rozumí snížení funkčních schopností na jednotlivých úrovních, pokud se jedinec s aktuálním zdravotním stavem setkává s konkrétními bariérami okolního prostředí. MKF neuvažuje na rozdíl od MKN-10 monokuzálně, ale rozlišuje rozdíly, jak na různé lidi působí stejná nemoc, obtíže.

Disabilitou se rozumíme snížení úrovně funkčních schopností na úrovni těla, jedince, či společnosti, která vzniká, když s jedinec se svým zdravotním stavem, kondicí, setkává s bariérami prostředí. Disabilita nepojímá jedince v celku, ale směřuje ke klasifikaci a popisu každodenních situací s nimiž se jedinec musí vyrovnávat. Sociální přístup nepojímá disabilitu jako vlastnost jedince (tj. nelze klienta charakterizovat jako disabilního). Stručně vyjádřeno, MKF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situaci každého jedince v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Rovněž například neuzivá termín „handicapovaný“ jedinec.

Na rozdíl od MKN-10 v klasifikaci MKF je pojem lidského zdraví pojímán v širším kontextu, než jak zdraví v roce 1948 vymezila WHO „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak i psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“.

V případě definování lze uvést tuto interpretaci:

Znak : objektivní manifestace patologického stavu

Příznak (symptom) : subjektivní manifestace patologického stavu

Dysfunkce: označení obtížné či abnormní funkce (může být znakem nebo příznakem)

Stav : aktuální stav znaků a příznaků

Rys: jedná se o trvalou charakteristiku jedince, odlišující jej od ostatních osob

Syndrom: skupina znaků a příznaků, obvykle se vyskytující pohromadě

Epizoda: výskyt konkrétního syndromu v jasně definovaném časovém horizontu

Porucha : obdoba syndromu ale s vysokou pravděpodobností ji lze vyčlenit od ostatních s pravděpodobností, že může reprezentovat nemoc

Nemoc: syndrom s již známou příčinou, patofyzickým mechanismem či průběhem

Nová klasifikace užitá v MKF se skládá ze dvou bloků : část 1: funkční schopnost a disability a ty se dělí na část tělesných funkcí a struktury a část aktivity a participace, část 2: spolupůsobící faktory a ty se dělí na část faktorů prostředí a osobní faktory. Klasifikace MKF již neklasifikuje konkrétní osobu, ale situace, v nichž se osoba životně nachází, které prožívá.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Proč se používá termín disability?
2. Co obsahuje MKN-10?
3. Jaký význam má MKF?



Literatura

Základní literatura:

- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

- CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.
- HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
- MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
- PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
- SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

3 Klinické metody.



K zapamatování

- klinické metody
- spontánní produkty
- anamnéza
- pozorování
- rozhovor

V klinické psychodiagnostice se klasicky používají

A. Metody klinické: Pozorování – Rozhovor – Anamnéza – Analýza spontánních produktů

B. Metody testové, event. ještě metody přístrojové

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 kvalitativní tj. 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

Pozorování v psychologickém vyšetřování má zásadní důležitost, je v podstatě sledování člověka v určité situaci, ovšem veškerá zjištění musíme zpracovávat, vyhodnotit a to je velmi obtížné. Pokud se jedná o psychologické vyšetření, dává se pozor na klientovy projevy mimiky, způsob řeči, gestikulace, slovní zásobu a j. Důležité je mít dostatečnou slovní zásobu pro potřebu rozlišování při popisu pozorovaného chování, komunikaci. Získané údaje mají kvalitativní charakter, tj. jsou subjektivní a obtížně se dají reprodukovat druhým lidem. Ovšem přínos takových informací je nesporný a výsledek již záleží na poradci jak dokáže s nimi pracovat, jak dokáže navázat dobrý kontakt, získat důvěru klienta.

Pozorování je v podstatě sledování klienta v konkrétní, prožívané situaci. Sledujeme například mimiku, gestikulaci a způsob řeči – musíme rozlišit jazyk (úroveň sociální) a mluvu, která je subjektivní a vyjadřuje sociokulturní úroveň dotyčného klienta.

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 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.

Metody pozorování jsou uváděny obvykle dvojího druhu, a to:

A. Pozorování orientační (volné).

Pozorování nepodléhá nějakým systematickým pravidlům, jedná se o bezděčné pozorování jako je situace, kdy ještě nevíme na co se máme zaměřovat, co vyhledávat a pečlivě si všimat.

B. Pozorování systematické, zaměřené (tj. již kontrolované).

Naše pozorování je již apriori vymezené určitým schématem, záměrem a soustředíme se na výskyt konkrétních hledisek a vynecháváme poznatky a údaje, které nejsou relevantní pro náš účel.

Dále můžeme vymežit, z úhlu časového, pozorování krátkodobé, například jednorázové setkání s klientem v poradně a pozorování dlouhodobé, které se uskutečňuje při opakovaných návštěvách, setkáních klienta s poradcem.

Lze také využívat metodu tzv. nepozorovaného pozorování, která minimalizuje vlivy přítomnosti pozorovatele, event. dalších přítomných osob. Jedná se o způsob pozorování obvykle jednosměrným zrcadlem spojeným s přenosem zvuků (nebo snímání kamerou), ovšem tyto metody lze používat s souhlasem klientů.

Podstatnou proměnnou v pozorování hraje osobnost pozorovatele, protože s ní souvisí schopnost rozlišovat podstatná data, minimalizovat osobní postoje, schopnost oddělit osobu od problému, aktuální schopnost koncentrace (nálad) včetně klasických chyb vznikajících při vnímání druhých osob. Obvykle se jedná o naše předchozí zkušenosti, chyby z prvního dojmu, sympatií či antipatií, podobnosti a kontrastu, předem získaných informací, případně předsudků (které máme všichni) apod.

Rozhovor

Psychodiagnostický rozhovor lze dělit na diagnostický, terapeutický, anamnestický, výběrový a v našem případě rovněž preferovaný způsob rozhovoru poradenského.

I když se může zdát rozhovor jednoduchý, patří k velmi složitým diagnostickým postupům. Jedná se o vytváření přirozeného rázu jednání, spíše nedirektivně laděného (pokud se ovšem nemusíme cíleně vyptávat), rozhovor zásadně nesmí mít podobu výslechu a současně musíme sledovat určitou strategii jeho vedení. Rozhovor se tak pohybuje na dvou rovinách. Jako v každé komunikaci je nutné vytvářet dobrý vztah, protože bez něj klient nebude ochoten sdělovat podrobnější, intimnější detaily ze svého života. Rozhovor, aby byl oboustranně smysluplný, by neměl přesahovat (přibližně) 60 minut, první setkání může přesáhnout 30 minut. Klient by měl vědět, jak dlouho bude rozhovor trvat a poradce by se měla na setkání připravit, aby se nemusel v rozhovoru ptát na fakta, která mu již klient dříve sdělil. Důležité je naučit se naslouchat a to je aktivní proces. Soustředit se na to, co říká klient, ne na to, co se mu chystáme říci. Nesmíme se snažit ovládnout rozhovor, nevyplňujeme každou pauzu či odmlku klienta. Nesmíme spěchat a dát naopak čas k přemýšlení. Jinak se nedozvíme co klient chtěl říci, ale vyslechneme odpověď na naši otázku. V rozhovoru musíme reagovat pozitivně, dát najevo, že posloucháme, ať již slovy nebo gesty. Svými slovy shrňte, co bylo řečeno, klient má možnost poopravit vaše pochopení.

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. (Stančák, 1988)

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).

Anamnestický rozhovor se zaměřuje na širší okruh otázek, zejména osobnostní vývoj včetně vztahů k druhým lidem , životním událostem.

Expolarativní rozhovor je již zaměřen na konkrétní oblast ze života, vlastních prožitků osobnosti klienta, běžných vztahů v rodině, sourozeneckých vazeb apod.

Obvyklou chybou v rozhovoru je vlastní netrpělivost , pohled na hodinky, nesoustředěný pohled na klienta, listování v diáři, slovní pohánění jako například „, no, a dál?“ . Zásadně se nesmí dostat v rozhovoru klient do pozice submisivní a poradce do pozice autoritativní , pozice experta, který vše v zásadě ví, ještě dříve než klient vše interpretuje.

Anamnéza

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 apod. I zde se ale musí informace také rozlišovat na základě vazeb uvedených osob ke klientovi. Zjišťujeme tvrdá data (věk, vzdělání atd.) a měkká data (např. řešený problém, vztahové roviny).

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, zvládání 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.

Analýza produktů a dílčích aktivit

Analýza spontánních produktů: jedná se o spontánní kresby, malby, texty, rukopis, malby či básně, fotografie, dřevořezby, případně jiná amatérské tvorba z nejrůznějších oblastí, spontánní manuální práce. Analýza zmíněných produktů je ovšem značně obtížná a vyžaduje velkou zkušenost.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Které jsou základní klinické metody?
2. Jaké druhy anamnézy existují?
3. Analýza spontánních produktů je analýzou „,,,,,“?
4. Jaké jsou metody pozorování?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

4 Testové metody.



K zapamatování

- test
- validita
- reliabilita
- užitečnost
- normovanost
- ekonomičnost

Testové metody

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.

Každý test splňuje základní kritéria:

- Validity (platnost) – tj. test zjišťuje to, co má skutečně zjišťovat.
- Objektivitu – objektivnost testy znamená, že způsob provedení včetně vyhodnocení a interpretace jsou nezávislé na osobě, kdo vyšetření uskutečňuje. Jinak řečeno lze zaměnit vyšetřující osoby aniž by to mělo důsledek na zjištěný výsledek.
- Reliability (spolehlivost, stabilita) – pokud nepředkládáme změnu měřené charakteristiky, výsledky budou stejné.
- Normovanosti - data získaná statistickou analýzou nám umožní zjištění přesného umístění (polohu) otestovaného jedince vzhledem k ostatní populaci.
- Užitečnosti - obdržíme data, která nemůžeme zjistit pohodlněji jinou cestou.
- Ekonomičnosti – využívání testů nesmí být příliš drahé, což platí relativně.

Odhadem lze říci, že existuje hodně přes 700 testů a zkoušek, která splňují některá kritéria, u nás se používají řádově desítky testů či zkoušek³.

Na základě rozsáhlého výzkumu obrazu současné diagnostiky (2003) u českých psychologů, kteří byli zahrnuti do výzkumu (2062 psychologů z toho 607 mužů a 1419 žen) se ukázalo, že se nejčastěji setkávají s typem diagnóz spadajících do kategorie Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (49,7 % respondentů), následují Poruchy osobnosti a chování u dospělých (35,4 %), poté následují diagnózy Poruchy psychického vývoje (30,7

³

Svoboda, M., Řehan, V., Vtípil, Z., Klimusová, H., Humpolíček, P.,
Cit. dle Chalupa, B., Psychodiagnostické studie, Littera, Brno 2009, ISBN 978-80-85763-48-5. Aplikovaná psychodiagnostika v České republice. Zjištění stavu, potřeb a perspektiv psychologické diagnostiky v České republice, Psychologický ústav FF MU v Brně, Brno 2004, ISBN 80-86633-12-8

%), Poruchy chování a emocí (20,6%) . Dotazníky používalo 26,9 % respondentů, projektivní metody 24,6 %, výkonové testy 48 % respondentů. Nejpoužívanější metody : Raven 71,2 % osob, IST 51,3 %, Wechsler-WAIS 45%, ROR 44,9 %, Kresba postavy 42,7 %, Eysenck 42,1 %, Baumtest 40,2%, Luscher 35,4 %.

Záleží na institucích, které je vzhledem k charakteru svého zaměření používají. Existují testy určené dětem, dospívajícím či dospělým , můžeme testy také členit na jejich administraci hromadnou, individuální či obojím způsobem, testy časově limitované či nelimitované. Testy se rovněž používají pouze jednotlivě, nebo pro lepší zjištění dat testové baterie, tj. soubor testů, které se navzájem doplňují.

Testy dělíme na :

A. Testy výkonové:

1. testy inteligence
2. testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí
3. testy vědomostní.

B. Testy osobnosti:

1. projektivní,
2. objektivní,
3. dotazníky
4. posuzovací stupnice

Také záleží, na jakou oblast osobnosti je test určen: můžeme tak členit testy na:

- Testy schopností
- Testy osobnostních vlastností, rysů a jejich kombinací
- Testy mapující výskyt psychopatologických fenoménů
- Testy určené k odhadu chování



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké jsou testové metody?
2. Která jsou základní kritéria testu



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽIŇSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

- HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
- MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
- PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
- SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

5 Psychologické poradenství – psychoterapie.



K zapamatování

- poradenství
- terapeutický přístup
- psychologické poradenství

Poradenství lze stručně charakterizovat jako poskytování rady poradcem klientovi, uvedený vztah je založen na principu pomáhání druhému se záměrem stabilizovat nebo zlepšit stav aktuální situovanosti klienta, řešit problémovou situaci. Poradce je v nezávislé roli, ale jedná se o spolupráci vyvěrající z klientova přání, žádosti

Poradenská činnost (odborné poradenství) je konkrétní pomocí nejen jednotlivcům, rodinám, ale také institucím či organizacím. Způsob, cíle i míra pomoci je určována lidem, kteří se ocitli v problémové sociální situaci v důsledku různých okolností, jako například nemocí, věkem, sociálně znevýhodněným prostředím, krizovou situací apod. Poradenství aplikované v sociální práci lze charakterizovat jako poskytování pomoci druhým lidem, ať již jednotlivcům či komunitám, kteří se nacházejí v obtížné sociální situaci, která dosáhla takové úrovně, že již nejsou schopni ji řešit ani vyřešit vlastní silou a možnostmi, které mají k dispozici.

Klasickou poradenskou metodou v sociální práci je adekvátní poskytování informací, pokynů, rad spojených s provázením (nikoliv vůdcovstvím) klienta v jeho sociálně krizové situovanosti. Nelze se také soustředit pouze a jen na klienta, protože musíme nahlížet na celkový kontext vztahů, v nichž se nachází. Úspěšnost pomoci totiž závisí na celkové stabilizaci klientova klimatu. Tím se rozumí i jeho sociální, zdravotní či profesionální zakotvenost.

Poradenské instituce v sobě obvykle obsahují jak poradenství psychologické, tak i sociální a chápány jako intervenční ve smyslu cíleného zamýšleného zásahu do života klienta sledující stabilizaci jeho osobní tíživé, obtížně zvladatelné situovanosti. Krizová intervence je v tomto případě bezprostřední pomoc poskytovaná v situacích, kdy již nelze řešení odkládat, protože ohrožuje klientovu existenci.

Každý, kdo se obrátí na poradenskou instituci s žádostí o pomoc, svůj krizový stav nějak manifestuje – prostřednictvím jednání a chování, komunikací slovní či neverbální. Z celku jeho projevu usuzujeme na hloubku a intenzitu akutního krizového stavu. Na tomto základě se snažíme krizový stav pochopit a porozumět mu. Z toho vychází každá krizová intervence.

Základním úkolem je ohraničit akutní krizový stav – k tomu je nezbytně nutné navázat a udržet s klientem verbální kontakt, nechat jeje vymluvit, zklidnit a následně zeslabit intenzitu krizového stavu. Zde nejvíce pomůže když trpící procítí a prožije, že s ním terapeut, poradce jde kus cesty, že ho doprovází v jeho krizové cestě, a to je začátek, který má za cíl stav trpícího zklidnit. A následně z klientova psychického chaosu, který se projevuje u každého, kdo má pocit, že je na dně, začíná vytvářet „řád“, nejdříve pro nejbližší minuty, hodiny a následně dny a měsíce. Zjišťovat, kde spočívá ohnisko krizového stavu a tím směrem se začne ubírat krizová intervence.

Krizi nahlížejme jako na šanci, změnu, příležitost, i nemoc může být zdravá reakce na nemocné prostředí. Krize jako životní příležitost nahlédnutí na smysl dosavadního života, příležitost ke změně v pozitivním smyslu.

Psychologické poradenství a terapeutický přístup

Pojmové rozlišení poradenského a terapeutického přístupu může činit jisté obtíže, protože striktně vztato je rovněž veškeré poradenství druhem psychoterapie. Poradenský přístup obvykle znamená vzájemnou spolupráci obvykle maximálně na 10 sezeních, konzultacích, kdežto v psychoterapii se jedná o desítky až dokonce stovky sezení. **Hlavní rozdíl je v přístupu :**

- Poradenství si neklade za cíl člověka změnit, ale vycházet z klientových osobnostních možností a limitů a maximálně je využít. Zásadní rozdíl je ale v tom, že poradenství se obrací, apeluje na rozum klienta. Věnuje se záměně aktuálnímu problému klienta.
- Psychoterapie již usiluje o změnu osobnosti, pracuje s dětskými zážitky a cíleně vyvolává silné city. Terapeutické přístupy kladou naopak důraz na mimorozumové složky (odreagování, citově prožité pochopení a pod.)

Kdo má problémy v partnerských, manželských či rodinných problémech, má možnost u nás vyhledat pomoc v široké síti rodinných poraden, které jsou součástí městských či okresních sociálních služeb, nevyžadují žádná doporučení a jsou bezplatné. Navíc umožňuje návštěvu poradny i anonymně. V poradnách pracují obvykle týmy odborníků, psychologové – manželští terapeuti, psychologové orientující se na psychosexuální problémy, dále se mohou stát konzultanty sexuologové, psychiatři. Klienti poraden se dají obvykle rozdělit do tří skupin, největší část klientů usiluje o změnu, zlepšení rodinných, partnerských vztahů, zde je nutnou podmínkou spolupráce obou partnerů, další část klientů již nepovažuje za cíl zlepšení vztahů, ale pouze hledají pomoc jak tyto problémové situace zvládat, případně rozvažovat ukončení vztahů. Malá část klientů přichází pouze na doporučení, tlaku zvenčí, například soudu v případě rozvodového řízení.

Iniciátorem jsou nejčastěji ženy a mezi klienty poradny převažují středoškoláci a vysokoškoláci. Pokud se dostaví klient, zasílá se v zájmu posouzení situace rovněž pozvání (po dohodě s klientem) i partnerovi. Ukazuje se, že pozvání „ v zájmu objektivního posouzení problému“ motivuje druhého partnera k návštěvě , aby nedošlo ke zkreslení postojů interpretovaných prvním partnerem. Návštěva obou partnerů napomůže výrazně posoudit situaci a hledat cesty k řešení, nebo alespoň dočasné stabilizaci. Odmítnutí druhého partnera ke spolupráci předznamenává horší zvládání jejich problémů i formy řešení. Nejčastěji se jedná proto o individuální a párovou konzultaci, v případě potřeby se využívá krátká individuální terapie, porozvodová terapie, využití autogenního tréninku, hypnóza a další způsoby psychologické pomoci, méně je již využívána skupinová terapie, která ovšem trvá v průměru okolo 1,5 roku.

Cílem poradenské intervence je stabilizovat vztah v rodinných vztazích , lokalizovat problém se záměrem aby klient dokázal kvalitativně změnit pohled na sebe i ostatní členy rodiny včetně společného problému.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Co znamená krizový stav?
2. Jaká je klasická metoda poradenská?
3. Kdo je nejčastějším iniciátorem návštěvy v poradně?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

6 Metody a postupy v poradenství.



K zapamatování

- poradenství
- terapie
- racionalita
- klient
- poradce

Odlišnost poradenského a terapeutického přístupu

A. Frekvence a pravidelnost dohodnutých konzultací.

Při poradenském přístupu jsou konzultace zpravidla jednou za dva týdny až tři týdny (event. čtyři týdny), zpočátku jsou intervaly mezi konzultacemi kratší a ke konci již delší. Termíny následných konzultací jsou dohodnuty s klientem vždy předem při konzultaci.

V případě terapeutického přístupu je s klientem dohodnuta častější konzultace (přibližně jednou za týden až za dva týdny a navíc je dohodnuté, kolik konzultací se uskuteční po celé období terapie)

B. Při poradenském přístupu se vždy zabýváme konkrétní situovaností klienta a sdělují se mu jednoznačné další kroky v jednání.

V terapeutickém přístupu je překračována aktuální situovanost klienta s cílem dosáhnout alespoň dostatečné změny některých jeho trvalejších postojů, navykklých stereotypů v jednání a chování vůči druhým lidem.

V tom případě se upraví vztahy klienta nejen vůči sobě, ale i vůči nejbližším rodinným příslušníkům, ale i ke spolupracovníkům, širší komunitě v bydlišti apod. Zásadním předpokladem úspěšnosti je ovšem využívání takových postupů, které je ochoten a schopen klient pochopit a vstřebat, využívat mluvu, která je mu pochopitelná, podávat různá přirovnání, analogie, podávat konkrétní příklady doprovázené odpovídajícím tónem hlasu, dikce, pohledů i pohybů těla.

C. Poradenství je vyznačováno zejména působením na racionalitu klienta.

Poradce věcně sděluje jak jeho chování působí a přispívá k udržení vzniklého mezilidského konfliktu (např. v partnerství) a interpretuje neimponující kroky, důsledky uzavřeného soužití, žárlivecké projevy, či následky případného rozchodu (důsledek na psychiku dítěte v případě rozvodu, bytové, finanční důsledky apod.).

Terapeutický přístup více využívá působení na neracionální složky psychiky – citové odreagování, prožité pochopení, vhléd apod.

Vzhledem k působení na racionalitu klienta v poradenském působení, se poradce více uchyluje k direktivní technice. Poskytuje klientovi jednoznačnější instrukce k jeho (jejich) chování a očekává se, že je budou plnit, dodržovat, nebo alespoň usilovat o jejich doržování. V následných konzultacích se potom ověřuje úroveň jejich plnění u klientů. V terapeutickém přístupu se klade důraz na pokládání otázek, než jen na poskytování pokynů. Klient je veden k odpovědím na otázky, s tím, že dospívá k odpovědím, závěrům s nimiž se může mnohem snázejí ztotožnit, protože k nim dospěl sám, nedirektivně.

D. Formalizace postupu.

Při poradenském vedení nelze zobecňovat, protože se liší klient od klienta a jejich problémů, proto také poradenské postupy musí být aplikované vzhledem ke konkrétnímu klientovi, což je důvod, proč v poradenství převažuje tvůrčí eklektismus.

V případě poradenského přístupu obvykle můžeme řešit problém jednorázovým, event. opakovanou konzultací v případě dlího problému (přestěhovat se za prací, volba bydlení u rodičů či v pronájmu apod., manželce alkoholika se doporučí alternativa rozvod nebo léčba)

E. Direktivnost

V případě poradenského vedení se jedná více o direktivní přístup, než při využívání terapeutických technik. Dávání instrukcí a očekávání, že je klient (klienti) budou dodržovat, nebo alespoň usilovat o jejich dodržování. Podmínkou další spolupráce je určité dodržování pokynů, pokud se instrukce nedodržují, spolupráce prakticky skončí.

Klient versus poradce

Prvním krokem vzájemné spolupráce v poradně je náhled, posouzení problému – obvykle dvě či tři konzultace s cílem konfrontovat své postoje a pocity s někým nestranných, odborně poučeným pohledem. Následně se poté vrací v případě dalších problémů.

Klientem je osoba, která vyhledala pomoc poradce (důležité je vždy uvádět na prvním místě záznamového archu iniciátora návštěvy, protože má motivaci ke spolupráci), pokud nezvládá aktuální osobní, vztahovou či sociálněprofesionální situovanost ani za pomoci svých nejbližších, k nimž se zpočátku vždy každý obrací. Osobní zakomponovanost a odpovědnost v problémové situovanosti jedinec obvykle není schopen nahlédnout, nebo ji nechce akceptovat.

- Klient motivovaný přichází dobrovolně s očekáváním a důvěrou, která poradce zavazuje, protože ztráta důvěry v poradce má dalekosáhlé důsledky pro jakoukoliv další spolupráci i v jiné pomáhající instituci. Klient – iniciátor má vždy větší snahu ke spolupráci, než ten, který přichází náledně po pozvání (například partner/partnerka).

- Klient nedobrovolný, je vždy nemotivovaný ke spolupráci s poradcem, zůstává v pasivní pozici, která ještě může být umocněna nezvládnutou komunikací ze strany poradce, pokud nedokáže navázat i přes počáteční nedůvěru pozitivní vztah a zejména důvěru.

- Klient problémový je jedinec, kterého si často mezi sebou přeposílají poradci v případě, že nedokázali, či nemohli vzhledem k jeho problémovým osobnostním rysům navázat kontakt, spolupráci. Zde je ovšem značný problém vzhledem k jejich rizikovému, neodhadnutelnému i manipulativnímu chování, jako například riziko suicidální.

Typy poradenství a poradenské přístupy

1. Psychodynamicky orientované
2. Humanisticky orientované
3. Kognitivně behaviorálně orientované
4. Behaviorálně orientované
5. Rodinné poradenství

Poradenské přístupy:

A. Direktivní

B. Nedirektivní

C. Dynamická a interpersonální psychoterapie

Cílem je pomoci klientovi aby porozuměl vlastnímu podílu na problémech a také souvislost mezi maladaptivním chováním, prožíváním a významnými dříve prožitými zážitky. Pochopení klienta jak se sám podílí na konfliktních, problémových vztazích a jaké odvetné reakce ve svém nejbližší okolí vyvolává.

D. Behaviorální

Poruchy v soužití mohou být způsobeny a uchovávány buď nedostatkem vhodných vzorců chování nebo nevhodnými odezvami, kterými je ve vztazích problémové chování zpevnováno. Metody vycházejí z analýzy funkčních souvislostí poruchového chování a využívají plánovitě navozených podmínek, vodítek k požadovanému chování, učení se takovým způsobem interakce, které nahradí jejich dosavadní problémové vzorce chování konstruktivním.

E. Experienciální

Vychází z předpokladu, že poruchy v soužití mohou vyplývat z nedostatečného kontaktu a vzájemného poznání, především citového. Metody jsou zaměřené na navození důvěry věrnějšího kontaktu, na přijetí a sdílení skutečně přítomných kladných i záporných pocitů, které byly dosud v rodinné interakci skrývány, zkruslovány a proto se projevovaly konfliktně.

F. Synkretický

G. Eklektický (přebírání různých prvků z různých škol a jejich společné využívání)

Dnes mezi psychoterapeuty a psychologickými poradci nejvíce převažující přístup, jaký se uplatňuje u nás převážně ve formě psychoterapeutického výcviku (vedle dalších jako například rogersovské psychoterapie, transakční analýzy, systemické terapie, či katatymní prožívání obrazů apod.).

H. Strukturální přístup

Překážkou v cestě k dostatečnému uspokojování potřeb v rodině může být nevhodná dělba pozic, rolí a možnostmi vzájemného styku mezi jednotlivými členy rodinného systému.

I. Rodinná terapie, systemická a narativní přístupy

Nemění se pouze jedinec, nýbrž celá rodina a s nimi i hodnoty, očekávání v rámci celé society, ústředním tématem terapie je „změna“ o níž se usiluje, nebo naopak jiným změnám se brání. Terapeut zůstává mimo silovou hru a může situaci komentovat, interpretovat z více pozic.

Systemický přístup předpokládá, že lidské vnímání a poznávání světa je spjato s jedinečností organismu (strukturou determinovaný systém), proto se staví rezervovaně k využívání tradičních diagnostických postupů a staví do popředí v případě interpretace a řešení problémů právo samotného klienta na rozhodování dalšího postupu při řešení jeho krizové situovanosti.

J. Orientace na klienta – C.R. Rogers

Klasickým rysem uvedené terapie je „terapie zaměřená na člověka“, východiskem je sám klient do něhož se terapeut vcítuje a plně jej také respektuje, podporuje klientovo otevřené sebeprojevování.

K. Logoterapie (V.E. Frankl)

Ústředním pojmem v existenciální analýze, logoterapii, je „vůle ke smyslu“, pokud se jedinci nepodaří potřebu vůle ke smyslu naplnit, trpí existenciální frustrací, noogenní neurózou. Frankl je také spjat s formulováním biblioterapie, využití četby v rámci pomoci nahlédnout smysl života, překonat těžké životní problémy.

L. Behaviorálně orientované poradenství

M. Rodinná terapie V. Satirová



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Na jaké složky psychiky působí poradenství?
2. Jaké jsou poradenské přístupy?
3. Jaké jsou typy poradenství?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

7 Druhy poradenství.



K zapamatování

- poradenství

Druhy poradenství

- A. Poradny pro rodinu , manželství a mezilidské vztahy
- B. Poradenství - pedagogicko-psychologické poradny (závislosti, školní, výukové problémy, šikana, kriminalita, závislosti, agresivita)
- C. Poradenství v oblasti náhradní rodinné péče (žadatelé o adopci a pěstounskou péči, psychologické vyšetření apod.)
- D. Poradenství pro osoby zdravotně znevýhodněné
- E. Poradenství pro osoby v ústavní péči
- F. Specifika poradenství pro seniory
- G. Specifika poradenství pro osoby ohrožené sociálním vyloučením (sociálně nepřizpůsobiví, azylová zařízení pro uprchlíky, azylanty apod.)
- H. Specifika poradenství v sféře paliativní, hospicové péči
- I. Poradenství pro oběti trestných činů (např. Bílý kruh bezpečí)
- J. Poradenství v sféře postpenitenciární péči
- K. Poradenství orientované na pomoc v oblasti sociálních deviací (závislosti, sekty, alkohol, gamblerství atd.)
- L. Viktimologické poradny
- M. Poradny pro uprchlíky
- N. Občanské poradny (poskytující lidem jejich práva a povinnosti, znalosti služeb apod.)
- O. Církevní poradny (manželské apod.)

Dále můžeme m.j. vymezit:

- A. Domy na půl cesty
- B. Denní stacionáře
- C. Azylové domy
- D. Terapeutické komunity
- E. Krizová centra, Krizové linky
- F. Podporované zaměstnávání
- G. Denní centra, noclehárny apod.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Vyjmenujte druhy poradenství.
2. Jaké jsou alternativní možnosti pomoci lidem v krizové situaci?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.
HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.
NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

8 Struktura poradenského procesu



K zapamatování

- Poradenství
- fáze poradenského postupu
- kontrakt
- intervence
- porada

Strategie poradenských procesů

Různé poradenské teorie poskytují poradců, terapeutům určitou pojmovou orientovanost v případě řešených problémů, nabízí alternativy postupů při volbě intervenčních i diagnostických postupů. Být poradcem ovšem předpokládá dobrou znalost teoretických postupů a metod při práci s klienty, ale rovněž, a to je stejně důležité, být nekonfliktní, komunikativní a integrovanou osobností s ucelenou hierarchií životních hodnot a postojů, při současné otevřenosti vůči odlišným hodnotovým životním orientacím a životní filosofii a konečně odpovídající poradenské dovednosti získané výcvikem a zkušenostmi.

Struktura poradenského procesu je spjatá s různými poradenskými teoriemi, nejčastější metodou je ekletické zaměření, které umožňuje vybrat postupy vhodné jak vzhledem k osobnosti klienta(ů), tak i druhu problémů, časové dotaci, kterou může vynaložit včetně možné další event. nutné spolupráce s ostatními odborníky. Uvedeme si klasický model poradenství psychologického, který reprezentuje zejména Drápela, V.J. (1997).

A. První fáze poradenského procesu: seznámením se s klientem, navázání dobrého vztahu. Tento prvním krok může předznamenat všechny další úspěšné či naopak blokové kroky v poradenském procesu. Vytvoření a nastolení důvěry je prvním předpokladem – jedna ze základních zkušeností platná nejen v poradenství je spjatá s vytvořením vzájemného kladného vztahu. Vztahová rovina v chování je zásadně určující pro druhou rovinu v komunikaci s klientem, tj. rovinou obsahovou, informační. Pokud usilujeme v rozhovoru s klientem o otevřenost a důvěru v poskytnutých osobních informacích, dobrý vztah je bezpodmínečnou podmínkou. Náš vztah s klientem určí to, jaké informace obdržíme, přitom nezapomínejme, že informace jsou selekcí, redukcí, které klient poskytuje. Čím nedůvěřivější vztah budeme mít s klientem, tím větší selekce jeho poskytovaných informací nám bude poskytnuta. Proto je nezbytné na počátku rozhovoru klientovi sdělit zásady mlčenlivosti.

Pokud se klient nejdříve setká se sociální pracovnící a dohodne si termín konzultace je zpracován Záznamový arch klienta a zpracuje základní tvrdá data o klientovi – stav, národnost, bydliště (v případě anonymity jsou tyto údaje včetně jména a spojení vynechány) zaměstnání, počet dětí, podmínky k bydlení apod., dále druh problémů s kterým se obrací k poradci. Poradce tak již před příchodem zná základní data o klientovi i druhů problémů a není nutné tyto údaje znovu opakovat. Ne vždy ovšem klient přímo řekne důvod své návštěvy, předkládaný důvod může být jen závojem, za kterým se vyjevují pravé příčiny problémů i konkrétní důvody návštěvy u poradce. Nelze se proto kriticky obracet ke klientovi, s tím, že by měl jasně a zřetelně formulovat svůj problém, protože se nachází bytostně v obtížných životních situacích, což je i důvodem jeho návštěvy u poradce. Klient v první fázi si ověřuje míru vzájemné důvěry a potřebuje proto nejdříve nastolení vzájemného respektu a uvolnění. Jen pokud je nastolena

důvěra a dobrý vzájemný kladný vztah, je možné dobře pokračovat i v následujícím poradenském postupu.

B. Druhá fáze poradenského procesu se orientuje na diagnózu předloženého klientova problému.

Následující fáze poradenského procesu se již orientuje na řešený problém, poradce interpretuje klientovy postoje, aby je dokázali společně pojmenovat, diagnóza není konstatování poradce jako experta, ale jedná se o společné formulování (přibližování se) k diagnóze. V řadě případů je zapotřebí ponechat určitý čas k rozvážení, protože společné pojmenování problémů znamená nutnost se rozhodnout, a to je mnohdy pro klienta značně obtížné.

C. Třetí fáze poradenského rozhovoru je spjatá s volbami strategií postupů, alternativami řešeného problému.

Stanovení diagnózy / diagnosis „rozhodnutí“ / tj. je zde přítomen i prvek aktivity, rozhodnutí, to je volba mezi dvěma nebo více možnostmi / znamená lepší sebepoznání pro klienta a další postup v řešení

D. Čtvrtá fáze poradenského postupu je spjatá s klientovým rozhodnutím.

Jedná se o závěrečné směřování, kdy poradce není vůdcem, ale průvodcem v jeho rozhodnutích, která se nenacházejí pouze v kognitivní rovině poznávání, ale i v emoční oblasti, kde nelze racionálně argumentovat. Rozhodnutí klienta, nikoliv poradce, je volbou, pro kterou se musí rozhodnout klient sám na základě předchozích poradenských kroků, zvážení možných alternativ postupů a jejich pozitivních i negativních následků v jeho dalším osobním, životním směřování. Proto musí být poradce schopen empatického vcítění se do pozice klienta, ovšem s tím, že jej, pokud se rozhodl, bude pobízet k dalším následným krokům. Rozhodnutí osvobozuje, to platí i pro klienta, který tak může získat sebedůvěru, pro další postupné kroky v osobním rozhodování se.

Postup vedení případu při jednání se zájemcem o službu dle standardu kvality (MPSV 2002) je stanoven dílčími kroky:

- Příprava na jednání
- Vstřícná otevřenost k jednání založeném na vzájemné důvěře a porozumění
- Dojednávání a konkretizování
- Ukončení pomoci (vzájemná dohoda)
- Závěrečná reflexe všech poradenských pracovníků, kteří se vedení případu zúčastnili.

A. Etapa přípravy.

První krok je spjatý se získáním veškeré dostupné dokumentace, informací, které se vztahují k danému případu včetně rozhodnutí o tom, kdo se bude podílet na řešení klientových problémů (jeden poradce nebo se vytvoří vzhledem k problematice malý pracovní specializovaný tým). Podle typu problému a jeho akutnosti se musí dohodnout frekvence setkávání s klientem, včetně časové dotace. Určité dočasné přebírání kontroly nad klientem může mít různou míru kontroly například (Úlehla, 1996):

1. Opatrování
2. Dozorování
3. Přesvědčování
4. Vyjasňování

B. Pomoc poradce.

Poradce není vůdcem, ale průvodcem klienta, oporou, pomáhajícím mu překonat obtížnou životní etapu, krizové období, které nesmí být vnímáno pouze negativně, ale rovněž jako šance, příležitost ke změně.

Klient proto v obtížné životní situaci touží po změně, chová se iracionálně a pocítuje bezmoc. Dochází u něj v této době k řadě chybných, mnohdy nezvratných rozhodnutí, které mohou v budoucnu zkomplikovat stabilizaci sociální i psychické situovanosti. Jedná se o neuvážené podpisy pod smlouvy, dohody a půjčky. Klient je v této době ne zcela schopen racionálně uvážit své kroky, což právě využívají řady „manipulativních rádců“, sledující cíl využít klientova psychického stavu ke svému obohacení.

První setkání je krokem, který zásadně ovlivní další postup, bez vytvoření bezpečného a důvěryhodného pocitu, je úspěšnost vedení případu minimalizována. Vyvolat motivaci ke spolupráci po informování o dalších krocích je předpokladem k uzavření kontraktu.

C. Uzavření kontraktu.

Jde o dohodnutí na pravidlech jednání, vzájemného očekávání i požadavcích, směřujících do uzavření kontraktu o etapách postupu včetně dodržování stanovených norem v písemné nebo ústní podobě. Vzájemná práva a povinnosti obou stran v průběhu dohodnutého poradenského procesu.

D. Fáze diagnostická

Zpracování získaných všech diagnostických dat o klientovi v kontextu jeho vztahů ke svému okolí, sledování charakteristických rysů, dispozic a projevů, nepaměťovat, že jen kontext informací podá objektivnější vhled, smysl získaných dat.

E. Etapy intervenčních kroků

Přímá instrukce (tj. návod, poučení) poskytnutá klientovi je klasickou ukázkou direktivního přístupu, kdy je nutno ať důrazněji formou příkazu, nebo méně důrazně pomocí poskytnutého doporučení poskytnout v daném okamžiku návod, orientaci ke klientovým následným krokům při řešení situace. Výklad, komentář, kdy poradce formuluje osobní názor na klientovu problémovou životní situaci je způsobem, jak podnítit klientovu pozornost na jinou interpretaci situace, protože nikdy neexistuje pouze jeden náhled – kolik lidí, tolik světů.

Mnohem lepší než správná odpověď je vždy správně položená otázka, protože poskytne klientovi možnost rozvinout alternativní kroky, které nemusí poradce nahlédnout. Navíc umožní klientovi přerámovat a přeformulovat negativní pohledy na problémovou situaci.

F. Ukončení případu - vedení klienta

Závěrečná etapa shrnuje zhodnocení dosavadních kroků, rekapitulaci dílčích poradenských kroků a poukázání na další problémy, které zůstávají latentní, neřešené. Dohodnutí o opakované návštěvě, pokud problémy budou gradovat, event. vznikne nečekaná situace, kterou klient nedokáže řešit. Ukončení konzultací neznamená ukončení možných dalších návštěv, setkání s poradcem. Klient je seznámen s tím, že má vždy možnost se znovu objednat ke stejnému poradci, pokud se objeví opakovaně problémy, nebo jiné nečekané krizové situace. Klient musí odcházet s vědomím, že se může v případě potřeby znovu objednat. Důvěra, která byla pozvolna vybudována mezi klientem a poradcem, nemůže skončit, a to hlavně pro klienta, administrativním uzavřením a odložením případu do archivu vedených případů.

Ukončení vedení případu může být předčasně iniciováno ze strany klienta, který považuje dosavadní poradenské navržené postupy jako neefektivní, nevedoucí k pozitivnímu řešení jeho problémů. Mnohdy nerealistická rychlá očekávání vyřešení déletrvých vztahových problémů, či naopak nezájem o vyřešení, pramenící z klientova rozhodnutí problém například řešit

definitivním partnerským rozchodem. V poradenském vedení tak může zůstat pouze dostředivý, submisivní partner.

G. Závěrečné zhodnocení a uzavření poradenských kroků v konkrétním případě. Reflexe předchozích kroků i komentování případu na pracovních seminářích (bálintovská skupina) velmi dobře napomůže lepšímu vhledu do problémů i nahlédnutí odlišných komentářů jiných poradců.

Porada

Pod pojmem porada je třeba rozumět proces interakce jako prostředek k řešení problému. K tomu je vždy zapotřebí altruistického stanovení cíle a současně racionální distance.

Postupné poradenské kroky:

- A. Společná analýza problému
- B. Předestření možností, které jsou klientovi k dispozici a jeho řešení.
- C. Návrhy a zdůvodnění různých alternativ řešení, která se zdají být vhodná
- D. Pomoc při uskutečnění vybraného rozhodnutí a stabilizace nutné změny v chování
 - a. Rozvinutí potřeby ke změně
 - b. Vybudování vztahu pro změnu
 - c. - Osvětlení nebo diagnóza problému
 - Rozbor alternativ cest a cílů. Stanovení cílů a intencí k jednání
 - Přeměna těchto intencí v přímé snahy o uskutečnění změny
 - Generalizace a stabilizace změny
- E. Ukončení vztahu



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké kroky obsahuje porada?
2. Co je smyslem poradenského procesu?
3. Postup vedení je stanoven dle standardu kvality, co to znamená?



Literatura

Základní literatura:

- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

- CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.
- HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
- MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
- PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
- SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

9 .Rodinný kodex a alternativní způsoby soužití. Příčiny konfliktů a limity možností jejich řešení.



K zapamatování

- komunikace
- koalice
- stres
- událost
- role
- afektivní reaktivita
- zaangažovanost
- dysfunkční

Problémové oblasti rodiny:

KOMUNIKACE – ŘEŠENÍ PROBLÉMU – ROLE a KOALICE – AFEKTIVNÍ REAKTIVITA a ZAANGAŽOVANOST – BEHAVIORÁLNÍ KONTROLA – DULEŽITÁ PŘESVĚDČENÍ a PŘÍBĚHY RODINY – SOUČASNÉ RODINNÉ UDÁLOSTI a STRESY.

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 nejpřiměřenější. Kromě toho se nacházíme před problémem, že naše „fakta“ jsou determinována způsoby, jimiž je shromažďujeme .

Řekli jsem si , že tzv. normální rodina je pomysl, je ještě obtížněji definovaná jako „normální osobnost“. Každá rodina je něčím svérázná. Jsme sváděni považovat jakékoliv nezvyklé prvky v rodinné interakci za patologické, přitom lze velmi těžko prokázat jejich kauzální souvislost mezi tím, co se děje v rodině a tím, co můžeme pozorovat u všech jednotlivých členů rodiny.

Obecně existují tři obecné metody sběru dat (J.Haley)

1. Používání výpovědí o sobě rodinných členů, to, jak hovoří o svých rodinách , které lze získat dotazníkem nebo rozhovorem .
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, aktivity, pasivity a z něj vyvozovat distribuci moci v rodině, koalice v rodinném systému, emotivitu a to jak se s ní zachází, vzájemnou rivalitu a závislosti. Z nich můžeme usuzovat na distribuci moci v rodině, emotivitu , vzájemné závislosti, resilienci. Lze pozorovat opakující se sekvence chování, například otec hovoří o nějakém tématu a matka vyjadřuje nesouhlas, následně se přidá syn, který se přidá na stranu otce, matka nesouhlasí se synem, dcera mění téma hovoru.

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. Důležité je sledovat interakce v různých konstelacích: otec – matka, matka – otec – klient, matka – otec – jiný sourozenec, sourozenec – klient. Minimálně je dobré porovnávat rodinnou konstelaci za přítomnosti a bez přítomnosti klienta a pozorovat rodičovskou dyádu.

C. Vyslechnutí historie rodinného problému o nějž můžeme požádat každého člena rodiny odděleně. Různé popisy rodinného problému vyjeví odlišné interpretace rodinných mýtů a obranné mechanismy, ovšem rovněž také zkreslení v podobě zkreslení pohledu z časového úhlu

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.

Klasická psychiatrie viděla poruchu primárně v jednotlivci, dnešní průhled vychází z faktu, že komunikační sekvence mají povahu „her bez konce“ u nichž nemá smysl zjišťovat, kdo začal. Rozhodující determinantou podle nich není jednatel, ale celý systém, v jehož rámci se komunikuje. Dodejme, že při diagnostikování postihujeme nejen rodinu samotnou, ale i poruchy v konkrétní vývojové fázi. Obvykle porucha prochází některými některými rodinnými subsystémy ž se posléze manifestuje v celém systému rodiny. Výrazné je to v manželstvích, partnerstvích bezdětných.

Diagnostika dysfunkčních rodin

V případě diagnostiky dysfunkční rodiny je nutno nahlédnout na jednotlivé členy rodinného systému v různých konstelacích.⁴

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. Ztráta zaměstnání, zdravotní stav, sexuální problém, nutnost stěhování za prací, dojíždění, dočasné pracovní poměry, které se promítají do osobní nestability a nejistoty. 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 projevuje v patologii na obou stranách. Dochází k symetrickému boji o moc nebo k symetrické bezmocnosti.

⁴ 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.

Lze říci, že nevhodná volba partnera je základní příčinou dysfunkčního vztahu, rozpadu manželství či partnerství. Druhou příčinou je neschopnost vzájemné komunikace.

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. Jeden z partnerů volí partnera, který zcela komplementárně reaguje na jeho dispozice a následně je prohlubuje (např. pečující – opečovávaný, nebo distancující s - přibližující se).

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 invetivny 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. Vzniklý problém může být rovněž indukován z partnerské / manželské dyády do své orientační rodiny a následně se některý z prarodičů cítí povinen situaci řešit a zakročit.

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 (synem) může vést k rozpadu rodiny. Tyto problémy mohou být potencovány bydlením u prarodičů, kteří cítí povinnost vstupovat do koalice se svým dítětem vůči partnerovi, otci / matce dítěte. Dítě v této situaci není pasivním účastníkem konfliktu.

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. Dítě může být těžce traumatizováno například rozvodem / rozchodem rodičů, či úmrtím jedno z rodičů.

F. Sourozenci dítě – dítě

V dyádě dítě – dítě (vlastní či komplikovanější vlastní versus nevlastní sourozenec v případech opakovaných manželství) 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. Dítě se může také stát náhradní rodičovskou postavou, v situaci, kdy rodič není z nějakého důvodu přítomen nebo nefunguje jako rodič.

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 nějž 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. Dítě ve vývojové fázi může také reaktivovat spící problém dospělého (související například s agresivitou, sexualitou apod.). Ke konfliktům je často disponovaná dyáda matka – dcera, zejména v kritických vývojových fázích u dcery i matky.

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. Dítě velmi brzy dokáže rozpoznat chování u rodičů a využívat jej. Jde také o typickou snahu využívat dítě v manipulativní koalici vůči druhému partnerovi.

I když zastánci rodinného přístupu mohou odmítat klasifikační tendence, přesto, pokud mluví o rodinách, poznáme, že používají ať již implicitně nebo explicitně nějaké diagnostické schéma, protože jinak by nešlo ani o rodinách hovořit. Ovšem je pravdou, že unáhlené diagnostikování může zablokovat terapii. Rodinná terapie nemůže nahradit diagnózu individuální, může ji doplnit.

Alternativní formy soužití

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

A. Volné soužití (kohabitanace)

B. Vícenásobné (sériové) vztahy (životní vzorce následných vztahů), lze hovořit o multiplicitním rodičovství (děti v opakovaných manželstvích mají více sourozenců, rodičů i prarodičů)

C. Rodiny odloučené a v rozvodových řízeních

D. Rodiny s jedním rodičem (úmrtí, 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)

I. Multilokální rodina (rodiny, které nejsou lokalizovány na jednom místě z důvodu zaměstnání, tj. existence dvou bytů)

J. Multiplurální rodiny (rodina, kterou tvoří např. svobodné či rozvedené ženy, žijící společně se svými dětmi, nebo formy společného příbuzenského soužití)

Mladí lidé jsou dnes hodně zklamáni, domnívají se, že mají velmi malou naději zůstat naživu ve světě, který vybudovali dospělí, napsala M. Meadová. 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 nerozbitly 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.Zapf. 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 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.Lewis. 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 zvládnání (coping) jsou zcela vyčerpané.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké jsou alternativní formy soužití?
2. Uveďte problémové oblasti rodiny
3. Jaké existují metody sběru dat.



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

10. Problematika rozvodů/psychorozchodů. Rodinný systém – řešení vztahů rodiče a děti. Partnerské konflikty.



K zapamatování

- Psychorozchod
- rozvod
- psychorozvod
- rodinná tajemství
- perverzní trojúhelník

Psychorozchod – psychorozvod

Již v roce 1977 zveřejnil Kressler, K., a Deutsch, M., výsledky hloubkových rozhovorů s cílem reflektovat co poradci dělají, když řeší problémy rozcházejících se, rozvádějících či již rozvedených manželů, partnerů (Kressler, K., a Deutsch, M., 1977). Zejména v současné době ale tento problém je stále více, vzhledem k počtu rozvedených manželství či ukončených partnerských vztahů, aktuální. Dotýká se alspohn zprostředkovaně v širší rodině téměř každého. Pro poradce je nutná znalost klientova prožívání partnerských vztahů, stabilitu nebo naopak nestabilitu, která se zrcadlí v prožívané partnerských konfliktech.

K interpretaci psychického rozchodu / rozvodu se vztahují termíny jako emoční rozchod, odpoutání, či diferenciacie já. Jedná se o paralelní proces: právní rozvod předchází a doprovází psychický rozchod, rozvod a není s právním procesem nutně paralelně spjatý.

Autoři rozlišili 4 stádia psychického rozvodu:

I. Předrozvodové období rozhodování

- a) Stadium rostoucí manželské nespokojenosti
- b) Úsilí o smír
- c) Zrušení fasády manželské solidarity

II. Období rozhodnutí

- d) Rozhodnutí rozvést se je pevně učiněno alespoň jedním partnerem.
- e) Úzkost a panika při vyhlídce na separaci: „dokáži žít sám?“
- f) Stadium obnovené manželské intimity
- g) Obnovení manželských zápasů, jejichž podstata se projeví v následných krocích, v dalších stádiích
- h) Konečná akceptace nevyhnutelnosti rozvodu

III. Období truchlení

- ch) pocity viny ze selhání
- i) Zlost na partnera
- j) Akceptování jak pozitivních, tak i negativních stránek manželství. realistický smutek.

IV. Období reekvilibrace

Období zvýšeného osobního růstu a znovunabývání rovnováhy tím, že ustupuje zaměřenost na manželství.

Diagnostika základních typů mezigeneračních konfliktů mezi rodiči a jejich dětmi

Přibližně okolo 15 % klientů, kteří se obracují se svými problémy na poradenské instituce, pramení z oblasti mezigeneračních rozporů, vzhledem k současným sociálním problémům nelze očekávat jejich snižování, spíše naopak. Je jisté, že nelze postihnout veškeré konfliktní plochy, ale můžeme je alespoň pracovním způsobem kategorizovat.⁵

A. Konflikty pramenící z nepřiměřené fixace jednoho z partnerů na své rodiče, tj. neschopnost oddělit kompetence obou rodin. Problémem je nedostatečnost obhájit své kompetence tam, kde rozhodování je zcela v rozhodování manželů / partnerů samotných. Jeden z partnerů nedokáže dosáhnout funkční a potřebné separace obou rodin, event. vzniká koalice rodičů a jejich dítěte vůči partnerovi, partnerce. Rodiče se tak staví do role arbitrů, kteří rozhodují o jejich sporech, ovšem s tím, že se nacházejí na straně jejich dítěte. Výsledkem je eskalace konfliktu nebo rezignace a odchod ze společného soužití. Uvedený mezigenerační konflikt nabývá klasickou podobu střetu snacha (zeť) versus tchánové.

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. Jeden, nebo oba rodiče nechtějí připustit dospělost svého dítěte, ani fakt, že si založili vlastní (rodinu) perspektivní společný vztah. Obvyklá je snaha kooptovat partnera / partnerku svého dítěte jako nového člena rodiny, ovšem v roli dalšího dítěte a vzniku velké rodiny, kde dominantní člen rodiny udržuje existující hierarchické uspořádání. Vzniká tak snaha udržet své dítě v citové či ekonomické závislosti.

Výsledkem je buď revoltující dítě a jeho partner, partnerka zůstává v roli nezúčastněného pozorovatele. Střet nabývá podobu konfliktu dítěte vůči svým rodičům.

Další alternativou je, že se podaří udržet vlastní dítě v závislosti a důsledkem je konflikt zeť (snacha) versus tchánové.

Třetí alternativou je revoltující dítě společně se svým partnerem a vznik konfliktu mezi dvěma koalicemi, nebo konflikt partnerské dyády s jedním z rodičů.

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. Nabývá tak podoby konfliktu zeť (snacha) versus tchánové. Event. se může jednat o jednostrannou neopětovanou averzi vůči partnerovým rodičům. Izolovat jej s cílem zvýšit svůj vliv, autoritu.

D. Projevy patologie u některých členů – účastníků rodinných konfliktů, například nejčastěji se jedná o akcentovanost osobnosti, poruchy osobnosti, hysterie, alkoholismus, případně involuční procesy

E. Jako poslední lze uvést konflikty pramenící z adaptačních potíží běžného života, provozních zvyklostí převzatých z orientačních rodin, rituálů, komunikačních zvyklostí, míry separace a kooperace. Schopnosti naučit se respektovat nová společná pravidla soužití.

Ukazuje se, že častým problémem mezigeneračního konfliktu je kratší doba trvání manželství (partnerské soužití), přibližně do 5ti let trvání, tj. jedná se o adaptační fázi soužití, dále je rizikovým faktorem je stále situace, kdy žena s vyšším vzděláním (VŠ) odchází dočasně do domácnosti z důvodu péče o dítě. Konflikt zeť versus tchánové se jeví nejčastěji u zeťe

⁵ Uvedené kategorizování mezigeneračních konfliktů vychází z osobního sdělení Dr.K.Kopřivy,CSc.

z patriarchální rodinné struktury a dominantní manželky, partnerky. Složitější je situace, kdy manželka, partnerka jeví silnou fixaci na svoji dominantní matku (svobodná, rozvedená matka) eventuálně s otcem, ale submisivním. Nejčastější konflikty ale nalézáme mezi snachami z patriarchálních orientačních rodin a dominantními matkami jejich manželů, partnerů.

Rodinná tajemství

Základní osnovu pro identifikaci rodinných tajemství včetně typických vzorců, které provázejí tajemství, nebo je zakládají byla formulována M.A.Karpelem (M.A.Karpel, 1980).

Tajemství obsahují informace, která je buď zadržována nebo pouze sdílená mezi dvěma či více osobami, jedná se o informace, které se týkají reálných faktů, skutečností nebo událostí, nikoliv tajemství osobních pocitů, myšlenek či postojů. Je zřejmé, že každý jedinec skrývá informaci o některých událostech, skutečnostech, o nichž neinformoval a ani nechce nikdy informovat své nejbližší okolí. Například interrupce, záznam v trestním rejstříku, vzdání se svého dítěte (předání do adopce), nevěra, informaci o svých předchozích známostech, vědomost matky o tom, že její manžel, partner není otcem jejich dítěte, svém chování v určitých situacích, skrývání dopisů od svého milence, milenky.

Poradce musí předpokládat, že žádný klient mu nesdělí veškeré informace, které by mohly na něj následně rozkrýt určitá fakta z předchozí životní dráhy. Takovou pandorinu skříňku (i s menšími, méně závažnými informacemi) nosí sebou životem prakticky každý člověk.

A. Individuální tajemství se týkají případů, kdy jeden člen rodiny, nebo jedinec žijící v partnerství udržuje tajemství před ostatními členy.

B. Vnitřní rodinná tajemství – situace, kdy minimálně dvě osoby skrývají tajemství před ostatními členy rodiny. Obvyklé jsou koalice předrozvodové, předrozchodové, například kdy jeden z partnerů informuje pouze dospívající dítě o plánovaném rozchodu. Druhý partner, rodič, o rozhodnutí ještě nemá informaci. Velkým rizikem je zadržovat informaci o adopci svého dítěte před adoptovaným dítětem.

C. Sdílená rodinná tajemství – problémové svázání celé rodiny se společně sdíleným tajemstvím před okolím. Mohou se týkat informací o homosexualitě svého dítěte, věznění, či narození nemanželského dítěte, alkoholismus jednoho z rodičů.

M.A.Karpel navrhuje užívat termíny pro osoby, které znají a udržují tajemství jako „majitele tajemství“ a osobu, která o tajemství není informována, jako „nevědomou“. Poradce by měl uvažovat při konzultaci s klientem o možné existenci tajemství, pokud v rozhovoru klient využívá slovo „vědět“ vícekrát (například: „Nevím, zda-li to ví“).

Tajemství je spjata s loajalitou členů rodiny, protože loajalita pomáhá udržet a zadržovat rodinná tajemství. Vnitřní rodinná (partnerská) tajemství zpevňují, či vytvářejí hranice mezi rodinou a vnějším světem.

Otázkou je, kdo je ve skutečnosti chráněn a před čím, dotýká se odpovědností za vlastní činy nebo zavazování druhých k odpovědnosti za jejich činy. Rozkrytí tajemství má dopad na vztahovou rovinu spjatou právě s destruktivním odhalením skrývaných tajemství. Poradce, který je informován o rodinném, partnerském tajemství je nutně vtažen do aliance s majitelem tajemství. Eticky je tak poradce vtažen spolu s majitelem tajemství vůči „nevědomému“, což ohrožuje poradcovu důvěryhodnost v dalších poradenských krocích. Dochází tak k etické nerovnováze, protože poradce očekává od klienta důvěru vůči své osobě, ale sám tento předpoklad již nemůže splňovat. V tomto smyslu může být poradce klientem (majitelem tajemství) vydírán, má totiž moc donutit poradce ke spoluúčasti na tajemství, a tím k sabotování celého poradenského procesu.

Dochází tak k úsilí vyrovnávat poradcovu potřebu vědět s závazkem zachování důvěryhodnosti a mlčenlivosti, způsobem, který pracuje v nejlepším zájmu všech členů rodiny.

Zde lze uplatnit dvě strategie:

A. Reparativní strategie

Jde o situaci, kdy je poradce vtažen bez varování do tajemství „majitelem tajemství“ dotýkající se jeho vztahu k partnerovi, partnerce. Poradce musí klientovi sdělit, že žádost o pomoc ve vztahu je neslučitelná, nelze například zlepšit partnerský vztah a přitom vzdát se alternativního vztahu.

B. Preventivní strategie

Preventivní přístupy k tajemství lze využít pouze tam, kde je již poradce informován o existenci tajemství dříve, než je mu prozrazeno. Obecný preventivní přístup spočívá v prodiskutování rizik a problémů, které mohou vzniknout v určitých důvěrných sděleních ve vztahovém rámci a pak se optat, jak by chtěli s takovými informacemi zaobcházet. Poradce může povzbuzovat klienta k tomu, aby čelil tajemství, nemůže to ale udělat za něj.

Rodinná tajemství mají systemický vliv, protože vytváří vztahové i prostorové změny, způsobuje distancování nebo sblížování. Poradce musí předpokládat, že pokud se jedná o rodinu, lze vždy očekávat nějaké tajemství, problémem tak nemusí být to, o čem se mluví, ale o čem se nemluví. Nejednalo by se o tajemství problému, ale o problém tajemství.

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. A to nepočítáme sousedy, strýčky a tety. Jeden každý z 21 trojúhelníků na kterých jsou rodiče a děti zaangažováni, nese v sobě skrytě možnost koalice napříč generacemi.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké druhy rodinného tajemství rozlišujeme?
2. Kdo je zahrnut do perverzního trojúhelníku?
3. Jaký je rozdíl mezi psychorozchodem a psychorozvodem?



Literatura

Základní literatura:

- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

- CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.
- HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
- MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
- PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
- SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

11. Klasifikace variant typů dysfunkčních rodin (poruchy rodinného systému).



K zapamatování

- rodina
- kompetence
- dysfunkční
- klasifikace rodin

Klasifikace variant typů dysfunkčních rodin (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. Neintegrováná rodina

(chaotické vztahy, konflikty, absence koheze, nepřátelství v rodině, žádný z členů rodiny nemá odpovědnost, distribuce moci rozmělněná, rozhodnutí se činí náhle a odpovědnost se přesouvá z jednoho na druhého, členové rodiny selhávají i v mimorodinném prostoru)

E. Schizmatická rodina

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

F. Rodina s nejasnými mezigeneračními hranicemi

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

G. Externě integrováná rodina

(nevyzrálí rodiče, kteří jsou závislí a spoléhají se na vnější zdroje, na sociální i ekonomickou podporu 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. Vnější asistenci poskytují sociální služby, příbuzní a pod.

H. Sociálně uzavřená rodina

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

CH. Represivní rodina

(úzkostně neurotická rodina, perfekcionistická, rodina která odmítá ventilaci negativních pocitů, takže mohou být transformovány do různých symptomů psychosomatických. Zablokované emoce se stávají největším problémem. Individuální potřeby jsou obětovány celku rodiny, permanentní tenze)

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)

L. Impulzivní rodina

(agresivní, asociální , delinkventní, členové rodiny odreagovávají své manželské/ partnerské či rodinné problémy sociálně nežádoucím způsobem uvnitř rodiny či mimo rodinu)

I když zastánci rodinného přístupu mohou odmítat klasifikační tendence , přesto, pokud mluví o rodinách, poznáme, že používají ať již implicitně nebo explicitně nějaké diagnostické schéma, protože jinak by nešlo ani o rodinách hovořit. Ovšem je pravdou, že unáhlené diagnostikování může zablokovat terapii . Rodinná terapie nemůže nahradit diagnózu individuální, může ji doplnit.

Čtyři 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 rodina

Pro tuto rodinu jsou charakteristické následující projevy:

Především jsou zřetelné a jasné sociální vzorce rodičovského vedení. Ačkoliv rodinu může vést kterýkoliv z rodičů, je vždy zcela zjevné kdo rodinu vede a situace v rodině je vždy ovlivněna tím, kdo vede. Rodiče si moc v rodině rovnoměrně rozdělují, navzdory jasné rodičovské autoritě, oba rodiče neužívají autoritativních technik v interakci a při výchově dětí.

Manželství, partnerství rodičů je efektivní zvláště při zajišťování nutných rodinných funkcí, dominuje harmonická a expresivní rodinná atmosféra. Sexualita uspokojuje oba partnery, ačkoliv frekvence vzájemného styku je často v rodinách různá, dominuje sexuální uspokojení a orgasmus. Manželé, partneri, v tomto typu rodiny jsou velmi zaměstnáni a v profesionální oblasti jsou úspěšní, ale přesto mají dostatek energie a empatie pro své manželské partnery a děti.

Tyto rodiny vykazují vysokou míru rodinné sociální uzavřenosti se zaměřením na individualitu všech jejích členů. Oba rodiče i děti vyjadřují své pocity, myšlenky a názory v rodině otevřeně a nevyskytují se zde výraznější rozpory v tom, co si rodinný člen myslí, co pociťuje a co říká a jak jedná. V rodině je patrná vysoká míra individuální akceptace osobní odpovědnosti nejen za své jednání, ale i za ostatní členy rodiny.

Rodina řeší většinou aktuálních problémů efektivně vzájemnou dohodou nebo kompromisem. Problémy rodiny jsou řešeny, dokud jejich intenzita není značná a dokud nenarostou. Optimálně integrované rodiny jsou ve svém celku vysoce expresivní. Vše je vyjadřováno (obavy i láska,

zklamání i radost) a vše může být v rodině vysloveno. Základním rysem této rodiny je vřelá a minující rodinná atmosféra, humor je obecným rysem všech členů.

Vyjadřování individuálních pocitů se v rodině setkává s empatickými reakcemi ostatních. Protichůdný názor v rodině je jejími členy respektován. Jednotlivými členy rodiny nejsou evokovány chronické a neřešitelné konflikty. Tyto rodiny mají kongruentní mytologii, tj. jejich odhad celkové úrovně rodinných vztahů je většinou v souladu s pozorovatelnými poznatky klinika. Ve způsobu rodinné interakce dominuje značná variabilita.

AD B. Funkční, ale zranitelná rodina

Tyto rodiny se shodují v některých interpersonálních charakteristikách s optimálně integrovanými rodinami, ale v některých rysech se překrývají s charakteristikami dysfunkčních rodin. V rodinách tohoto typu je zcela jasná distribuce moci. Tato moc je v rukou rodičů, ale v rodině se vždy vyskytuje jeden dominantní partner. Přesto oba rodiče, či partneři vykazují vysokou úroveň instrumentální kompetence, ale efektivní aspekty rodičovského vztahu jsou problematické.

Manželé, partneři vykazují vyšší míru emocionálního odstupů a zdá se, jakoby měli málo co poskytnout svým partnerkám a dětem. Manželky, partnerky v této rodině jsou submisivnější, vykazují vyšší míru zklamání a sociální zranitelnost (často si stěžují, mají tendenci k obezitě) a často připisují vzniklé problémy nezájmu svých partnerů, ovlivňují je z nepozornosti a sníženého zájmu o rodinu.

Navzdory určité zranitelnosti v rodině je interpersonální komunikace jasná a členové obvykle akceptují odpovědnost za své individuální jednání. Členové rodiny jsou citliví, vnímaví a přístupní jeden druhému a v rodině se nevyskytují výraznější interpersonální konflikty. Rodinné problémy jsou řešeny optimálně, jednáním nebo ujasněním vzájemných názorových rozporů. Ačkoliv některé rodiny na této úrovni kompetence vykazují intenzivní vzájemný vztah, mnohem častěji jsou více zdvořilí a uhlazení. Individuální pocity a názory sice mohou být vyjadřovány, ale jejich distribuce je často komplikována zvýšenou zranitelností jednotlivých rodinných členů. V rodině se vyskytují sporadicky i konfliktní situace, které jsou zjevné i pozorovateli. Empatie členů rodiny je omezena a nikdy nedosahuje intenzity optimálně integrovaných rodin. Rozporuplnost, emotivní zranitelnost a konflikty v manželských vztazích jsou někdy zjevně připouštěny i rodiči. Míra rodinné mytologie je problematická, patrná je tendence k inkongruentní mytologii v rodině. Pozorovatel ji nehodnotí často jako zdravou a funkční rodin, stejně jako rodiče.

AD C. Lehce dysfunkční rodina

Tato velká skupina dysfunkčních rodin je charakterizována dvěma základními rysy:

Prvním charakteristickým ukazatelem je stabilně dominantně submisivní rozdělení rolí v rodině.

V tomto typu rodiny je jeden z partnerů výrazně dominantnější a tato moc je druhým partnerem i dětmi akceptována. Submisivní partner naproti tomu může užívat řady pasivně-agresivních vzorců chování, ale zřídka protestuje proti stávající distribuci moci v rodině. Jedinci v těchto rodinách mají zjevně vymezené hranice své individuální působnosti a vyskytuje se zde velmi málo uzavřenosti a intimity. Jistá míra intimity je zajišťována pouze jedincům se stejnou mírou osobní rodinné moci, ale i ta je často omezena, jestliže je moc výrazně rozdělena mezi členy rodiny a existuje-li zde zjevná hierarchie moci, tj. mocenské rozdíly mezi členy rodiny.

Jednotliví členové rodiny vyjadřují své osobní pocity a názory méně otevřeně a většinou svých názorů se snaží utajovat. Ve sféře osobní odpovědnosti vykazují zvýšenou tendenci k obviňování ostatních, v sociální oblasti jsou často nepřístupní a afektivně útočí. Základní rodinná atmosféra je charakterizována pocity dysharmonie, zlosti, zasmušilosti, pokoření až

deprese. Empatie obvykle členům rodiny výrazně chybí a konfliktní situace mají intenzivní charakter, jsou zjevné a obtížně utajitelné.

Uvedený typ rodiny může řadu problémů řešit poměrně rychle, ale způsob řešení konfliktů a rodinných problémů je ve značné míře determinován mocenskými prostředky a reflektuje spíše mocenskou rodinnou efektivitu. V rodině je velmi málo vzájemného jednání a daleko častěji je užívána hrubá síla. Navzdory zjevnému konfliktu a značné citové zranitelnosti jednotlivých členů, tyto rodiny často konfliktnost daleko častěji propírají na rozdíl od ostatních uvedených rodinných systémů. (Vztahy v naší rodině sice nejsou zrovna nejlepší, ale jsme na tom lépe než naši sousedé“).

Druhý typ dysfunkčních rodin nevykazuje v rodinné struktuře stabilní rodinný vzorec jednoho dominantního rodiče a ostatních submisivních rodinných členů.

V takových rodinách se jedná spíše o nekonečně vleklý kompetenční spor mezi rodiči, stejně jako otázka, kdo z rodiny je trvale schopen zastávat dominantní roli v rodině. Neřešené problémy získávají na intenzitě, jednotliví členové se vzájemně obviňují z neakceptování osobní odpovědnosti, atakují jeden druhého a velmi zřídka přiznávají osobní míru odpovědnosti na současném stavu rodinné atmosféry.

Rodiny tohoto typu jsou charakterizovány zvýšenou mírou nepřístupnosti (neproniknutelnosti, neprostupnosti). Rozsah vyjadřované afektivity je značně omezen, v rodinných vztazích dominuje zjevná a poměrně intenzivní hostilita mezi jednotlivými členy. Empatie je v rodině velmi vzácná, konfliktní situace jakéhokoliv rázu znemožňují kolektivní řešení vzniklých problémů.

AD D. Výrazně dysfunkční rodina

Rodinná struktura rodiny tohoto typu je značně Chaotická, rodina postrádá jakékoliv vedení, dominantně-submisivní distribuce moci zde není uplatňována. Partnerská koalice rodičů ke velmi slabá, velmi často jsou v rodině patrné destruktivní mezigenerační koalice mezi jedním z rodičů a dětmi.

Individuální hranice mezi členy jsou setřeny a značně nejasné, podobně jako je velmi obtížné v rodině rozpoznat, kde si co vlastně myslí, neboť způsoby chování jsou často diametrálně odlišné od reálných postojů. Dominujícím rysem rodinné komunikace je amorfnost sociálních vztahů, jakýsi typ komunikační zakalenosti, který komplikuje jednotlivé úrovně rodinné konverzace.

Při řešení rodinných problémů je patrná výrazná neefektivita rodiny jako celku. Ovšem navzdory tomuto velmi nepříznivého stavu často členové rodiny v průběhu explorační proklamují, jak se mají dobře. Rodinná autonomie je minimální a většina členů rodiny je orientována na jiné sociální vztahy mimo rodinu. Při komunikaci v rodině je patrná výrazná absence pochopení ostatních členů rodiny. Názory a pocity jsou často vyjadřovány za druhé. (Petro, máš hlad, vezmi si jablko! Zavři okno, Karle, je ti zima!). Převládajícím rodinným způsobem jednání je beznadějnost až extrémní cynismus. Vyskytuje se zde velmi mnoho interpersonálních konfliktů a málo empatie.

Tyto čtyři odlišné rodinné typy reprezentují body na uvedeném kontinuu rodinné kompetence. Pod vlivem dostatečně intenzivních stresových situací mohou tyto rodinné systémy regredovat k nižšímu stupni rodinné adaptace a kompetence, tj. od optimálních a flexibilních rodinných vztahů až k vztahům značně rigidním, resp. chaotickým. V prvních dvou typech rodinných systémů se vyskytuje signifikantnější méně psychopatologických problémů dětí než ve dvou zbývajících typech rodin.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké jsou čtyři úrovně rodinné kompetence?
2. Která rodina je „Optimálně integrovaná rodina“?
3. Vyjmenujte Klasifikaci variant typů dysfunkčních rodin (poruchy rodinného systému)



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

12. Smysl lidského přístupu při jednání s klientem



K zapamatování

- klient
- psychické klima
- poradce
- informace
- chování
- komunikace

Jedná se o drobnosti, ale mohou mít značný vliv na výsledný efekt poradenské práce: je dobré, když začínající poradce nebude mít na ruce hodinky, protože i letmý, neúmyslný pohled na hodinky, který klient zaregistruje, způsobí změnu jeho chování, je vhodné umístit hodiny dozadu za sedícího klienta na zeď. Zapotřebí je i vypnutí mobilu (vypnutí zvuku pevné linky telefonu a ev. nechat pouze světelný signál), protože hovor nejen o osobních záležitostech v přítomnosti klienta (i třeba se svými kolegy) je značně neetické, neprofesionální chování a vede k pocitům jeho marginalizace. Nezapomínat, že již pouhá přítomnost druhých osob v kanceláři v případě rozhovoru s klientem způsobí změnu jeho komunikace, výpovědi, snižuje se důvěra svěřit se se svými problémy. Povstáním a vstřícným uvítáním klienta můžeme minimalizovat jeho nejistotu. Poradce musí usednout čelem ke klientovi, nikoliv si jej nechat sednout stranou vedle svého psacího stolu, nabídnutí šálku čaje v případě potřeby je samozřejmé. Chybou je, když nenecháme na prvním setkání klientovi minimální čas k adaptaci, rozmyšlení, jak začne sám formulovat a vymezovat svůj aktuální problém, protože pokud podáme jako první otázku, začínáme jej sami směřovat. Poradce svým oblečením a doplňky nesmí působit nadřazeně, protože klient, přicházející za poradcem může ze vzniklého srovnávání se vycítit sociální distanci. Pokud se k nám dostane klient, k němuž nás váže osobní vztah, je velmi obtížné, či nemožné, udržet profesionální distanci a nevytvořit s ním nezáměrnou koalici (koalice znamená spojení vůči někomu jinému), což znamená profesionální selhání. Nelze také přehlížet psychické klima instituce, kterou klient vyhledal, i poradenský prostor a jeho uspořádanost, vybavenost, je médiem, které rovněž nejen vědomě, ale i podprahově každý klient vnímá a ovlivňuje jej v jeho motivovanosti a úspěšnosti poradenských kroků.

V případě, že poradce má sám osobní problémy, musí si být vědom, že se jeho chování bude promítat do snížené vstřícnosti vůči klientovi, slabší pozornosti i zvýšené kritičnosti, nebo například zvýšená solidarita.

Pokud již máme zpracovaný vstupní záznamový arch, list o klientovi, pečlivě si jej předem přečteme, abychom se nevyptávali na data, která již klient dříve sdělil jinému pracovníku. Pokud klienta budeme směřovat do jiné instituce, pomůžeme mu na místě a objednáme jej po dohodě s klientem telefonicky přímo v dané instituci. Výrazně se zvýší pravděpodobnost jeho návštěvy.

Ovšem ani v poradenském přístupu se nejedná o pouhé podávání informací. Základním předpokladem úspěchu je poradcova schopnost přesvědčit a předestřít řešení klientův problém tak, aby jej přijal. Musí hovořit jazykem, který je klientovi srozumitelný a neskrývat se za odbornou terminologii (častý problém poradců – útek pod ochranná křídla odborné teorie), nebát se využívat přílehlavých srovnání, ilustrovat obecné závěry na konkrétních příkladech. Záleží na přesvědčivosti celkového projevu, vystupování a vstřícnosti, gestech, tónu hlasu –

jednoduše řečeno na nutném lidském přístupu, který boří bariéry mezi poradcem a klientem. Klient v obtížné životní situaci očekává na prvním místě ze strany poradce lidský přístup, empatii, nikoliv studeného, distancovaného odborníka s tváří „poker face“ .

Relativně značná část klientů vyžaduje jen informaci a spokojí se s ní (to platí zejména pro rady sociálně právní). Být ovšem spokojen s tímto faktem je problematické, protože za potřebou informace se obvykle skrývá často nevědomá psychosociální problematika, která by vyžadovala zpracování. U druhé části klientů se obvykle jedná o potřebu aktivní rady, zde je indikována klasická případová práce s jedním klientem. Určitý problém je vymezit čím se liší případová práce od krátkodobé terapie a zásahu v krizové situaci. Společné je akceptování klienta : v případové práci se jedná o snahu pomoci k svépomoci prostřednictvím „pomocného vztahu“, nepřímým analyzováním různých alternativ ve vztahu ke vzniklé situaci, a to „ZDE“ a „NYNÍ“ – přičemž primárním cílem není měnit strukturu osobnosti klienta. Pokud k tomu ovšem za určitých okolností dojde, jedná se o potěšitelný vedlejší účinek. V případě intervence v krizi se jedná o určitou podobnost, vyžaduje se okamžitá aktivita poradce (terapeuta), zásah se týká současné aktuální situace, konfrontace různých alternativ k řešení problému , realističtější hodnocení, zabránění možné agresi, podpora vlastního Já.

První forma terapie, podle C. Rogerse, je rozhovor. Bylo prokázáno, že v relativně krátkém časovém období bylo dosaženo pomocí terapeutických rozhovorů změn v chování, pokud je na straně poradce (terapeuta) citová hřejivost, pozitivní hodnocení klienta a jeho dignity včetně schopnosti vcítit se do emocionálních obsahů klientova zážitku a také jej verbalizovat. I při této technice se přísně vyhýbá každému přímému ovlivňování.

Například začátečník v rodinné terapii má tendenci nahlížet na klienta jako „ centrum léčby“ a ostatní členy rodiny jako stresující faktor. Zkušenější terapeut přisuzuje všem členům rodiny stejnou váhu. Podobně začínající poradce často považuje dítě za oběť rodičovského sporu nebo obětího beránka, kdežto zkušený poradce považuje dítě jako spolúčastnou a podstanou složku událostí odehrávající se mezi všemi zúčastněnými. Dítě není pouze pasivním účastníkem partnerských konfliktů.

Začínající poradce se snaží o změnu názorů a chování u konkrétní osoby, zkušený poradce usiluje o změnu chování, na němž participuje více zúčastněných osob. Začátečník se více zajímá o rozbor případů, než zkušenější poradce. Má sklon nahlížet na rodinu jako společenství individuí, nositele své minulosti, a jeho úkolem tuto naprogramovanost dešifrovat.

Zkušený poradce se učí nahlížet na vzniklou momentálně existující situaci jako hlavní kauzální faktor a proces, který je nutno změnit. O minulost se začne zajímat jen tehdy, pokud ji nerozumí a domnívá se, že by bylo vhodné ji prodiskutovat.

Začínající poradce má snahu klást větší důraz na diagnostikování a hodnocení celého rodinného problému a dává přednost získávání informací před terapeutickou intervencí. Má sklon vyjadřovat své diagnostické náhledy v individuální řeči a sbírat co nejvíce informací týkajících se rodinné dynamiky. Vzhledem k tomu že konečný efekt závisí od prvního sezení , zkušený poradce co nejdříve intervenuje, aby využil možnost navození změny. Začínáme okamžitě, pokud máme dění „v ruce“.

Začátečník nemá tendenci stát se součástí diagnostického procesu, nahlíží na rodinu jako na komplex problémů od nichž se distancuje.

Zkušený terapeut při popisu rodiny se do popisu rodiny sám zahrnuje. Například začátečník řekne, že členové rodiny se os sobě vyjadřují nepřátelsky, zkušený poradce řekne, že členové rodiny „mi jen ukazují“ jak nepřátelsky o sobě smýšlí.

Rozdíl je , že zkušený poradce nevnímá rodinu odděleně a sám sebe také zahrnuje do rodinného kontextu. Zkušený poradce považuje za neodpovídající takovou diagnózu, jejíž součástí není návod vedoucí ke změně. U začínajícího poradce je obvyklé, že tenduje k postoji, že diagnóza jsou fakta, která sám nevytvořil a co existuje nezávisle na jeho osobě.

Zkušený poradce vychází z předpokladu, že problém není v tom případné nepřátelské vzájemné postoje v rodině dostat na povrch, nýbrž řešit těžkosti vzájemného vztahu, které nepřátelství vyvolávají.

Začátečník poradce by rád disponoval univerzální metodou využitelnou v každém případě. Zkušený poradce ví, že neflexibilní poradenský postup znamená vždy handicap. každá rodina představuje speciální, neopakovatelný problém, který je možný řešit různým způsobem.

Zkušený poradce hovoří s celou rodinou a usiluje, aby všichni členové se zúčastnili rozhovorů, kdežto začátečník má tendenci zabývat se jedincem a je spokojený, pokud členové rodiny hovoří více s ním, než vzájemně mezi sebou.

Častým problémem poradce začátečníka je tendence k vytváření koalice s někým z rodiny, často se tak staví na straně dítěte vůči rodičům, kteří z něho udělali obět', či dokonce vznikne koalice poradce s rodiči. V případě sporů a konfliktů v partnerství má začátečník tendenci vytvářet nepřiznanou koalici s jedním z partnerů. Zkušený poradce musí vědět jaké zaujímá postoje, a pokud někomu straní, tak pouze jen přechodně s určitým záměrem.

Většina zkušených poradců také zjišťuje, že psychiatrické problémy jsou vlastně problémy sociální, související s celým ekologickým systémem, propojeností se sociální systémy a institucemi s nimiž je rodiny propletena.

Poradce by si měl být vědom, že zodpovědnost za sebe sama nese sám klient, nemůže za něj jednat a přebírat zodpovědnost. Je dočasným průvodcem v době krize, nikoliv jeho kamarád či dokonce všeznalý vůdce. Na klientovi záleží zda se změní nebo nikoliv a jak bude dál nakládat se svou životní dráhou.

(Haley,J., 1973)



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Která je první forma terapie?
2. Jaké chyby se často vyskytují mezi začínajícími poradci, či pracovníky, kteří jednájí s klienty na různých profesních úrovních?



Literatura

Základní literatura:

DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.

HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.

MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.

SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.

13. Frekventované problémy v současné poradenské praxi



K zapamatování

- Porucha rodinného bydlení
- OIKOS
- POLIS
- Domov
- Identita
- Prostor

Poruchy rodinného bydlení - rozdíl mezi bytem a domovem

K úhelným kamenům naší západní kultury patří rozlišení mezi OIKOS (vše, co se týká rodiny, soukromí, domoví, slovo OIKOS je také základem slova ekologie, ekonomie) a POLIS (tím, co je venku, AGORA, veřejný prostor). Jde o oddělení prostorů, jeden je spjat se soukromím a druhý s veřejným prostorem, přitom klasicky se nahlíží na vnitřní prostor jako feminní a vnější jako maskulinní.

“Byt” znamená fundamentálně něco jiného, jde o objekt, který si můžeme koupit, postavit či se do něj nastěhovat, ovšem teprve životem v něm se pozvolna dlouhodobě začne tvořit *domov*. Lze říci, že “domov” je nejtragičtějším tématem uplynulého i současného století. V době zaměřené a orientované na moc, sílu, na individualitu, jakoby zevnitř znehodnocovalo, či dokonce útočilo na “domov”. Nejsou to pouze války a konflikty, které znehodnocují a rozkládají domov, asi závažnější je to, že “domov” je denuncován subliminálně, zevnitř, plíživě a to ve jménu “lepšího, plnějšiho a svobodného individuálního života”. Domov se v minulém století stal tématem různých filosofických témat, být pokud možno všude “cizincem”, světoobčanství v sobě nese náboj lidskosti, které nerozlišuje národnost, ale akceptuje lidskost, ovšem paralelně v sobě obsahuje neusazenost, nomádství, které plně vystihuje současnou neusazenost, ztrátu zakotvení, bezdomoví.

Bezdomovectví tak není tématem pouze spjatého s lidmi, kteří jsou vymezováni jako bezdomovci, ale tématem současného světa.

To znamená, že dochází k opouštění konkrétní, bytostné mezilidské komunikace a příklon ke komunikaci již výrazně formální, zprostředkované prostřednictvím institucí, sledující plnění “základních funkcí rodiny”.

Stačí prolistovat starší i současné učebnice, publikace věnující se rodině a nalezneme opakující se vymezování klasických “základních funkcí rodiny”, ostatně se taková vymezení objevují i u odborníků, věnující se rodině, jako například i u V. Satirové, která taxativně uvádí přehledy “funkcí”, které by měla či má zabezpečovat rodina. Ale ani zde, bohužel, nenalezneme zmínku o *domově*. Lze ji pouze vypátrat pod shrnutím psychologických potřeb jedince, což je trochu něco jiného. Ovšem, i když vyjmenujeme taxativně všechny “základní funkce rodiny”, *domov* tím není vymezen.

Paradoxně tak, když vyjmenujeme učebnicově základní funkce rodiny, pouze souhlasíme s tím, že rodina nemá domov. Jmenujeme znaky modernosti jako normu a následně se věnujeme problémům současné rodiny, není potom naše tázání se po příčinách dysfunkcí rodiny, rozvodovosti a nestálosti rodinných vztahů pochybné tázání, které proklamuje, či akceptuje výchozí stav pojetí “funkcí rodiny” a přitom jej kritizuje?

Co je to domov? Povědomí obvykle odkazuje k nějakému místu, má tedy činit něco s prostorem? Jaké je to místo, které má takovou moc na naše životy? Pokud řekneme, že domov

je tam, kde jsem zvyklý žít, tak to není přesné, protože zvyknout si můžeme i na vězení, a přitom to není domov. Ve zvyku tedy domov nespočívá, i když je to jistě jedna z důležitých okolností. Domov není pouze ani nějaká důvěrná známost místa, lokality, třeba i příjemné, tak jako když někdo jezdí pravidelně na nějaké místo na dovolené.

Domov není také jen nějaká “psychologická realita”. Domov můžeme vymezit jako spolubytí, situovanost spjatou s fenoménem lásky.⁶ Domov se vyznačuje tím, že zde lidem na sobě záleží, ona vzájemnost tuto situovanost plně vyjadřuje, vzájemnost, to znamená spolubytí v zájmu. Situovanost zvaná “domov” ovšem není dána jen tímto způsobem spoluzití, ale ta otevírá další. Domov je “útočištěm” (což je starý biblický výraz označující místa, kde jedinec nalezne spravedlnost). Místem, kde člověk je přijímán takový , jaký je, jinak to pro něj není domov, místo kde se přináší i vzájemné oběti, má-li být ubráněn. Na rozdíl od živočichů není člověk v přírodním světě doma, je z něj nenávratně “ vykloněn” , ví o jeho nehostinnosti i konečnosti. Domov je výrazem odpovědnost, nikoliv pouhé obstarávání prostředků k životu a jejich spotřebování, ale starost o trvání toho , co umožňuje být člověkem. Domov, to nejsou jen nejbližší lidé, ale také sousedé, známí v okolí, vzpomínky z minulosti, které jsou spjaté s domovem, vůní okolí i svého bytu.

Domov, to je i cesta k domovu, tak důvěrně známá všem, kteří se vrací z dálky konečně domů, zvuky, které doprovázejí všednost i svátečnost dnů včetně vůně, která je vždy spjatá nejen s ulicí, ale i jednotlivými byty, vizuální, hmatové podněty. Domov je neopakovatelný genius loci. Vybudovat nový domov je dlouhý proces opouštění starého domova a budování nového, který již nikdy nebude identický s tím minulým, protože se musí teprve společně vybudovat , pokud chceme s někým žít a založit rodinu, kompromis mezi dvěma domovy. Návraty domů již potom nejsou, cesta životem je cesta Abrahámovská, nutnost jít stále dopředu.

Bezdomoví naopak představuje způsob existence, kde se starost zúží na obstarávání a spotřebování prostředků k životu. Ztrátu místa, které je nositelem naší paměti, ztrátu zakotvení ve vztazích. Nikoliv náhodou můžeme v případě rozvodů či rozchodů take částečně hovořit o ztrátě domova, i když v něm i po rozvodu zůstaneme bydlet.

Abstraktní velká společnost se nikdy nemůže stát domovem, je tedy bezdomovím. Změna personifikace prostoru znamená narušení, nutnou proměnu (nedobrovolnou) sebeidentity jedince. Identita člověka je od narození závislá na vztazích , lokalitě, věcech, nemluvě o našem zabydlení v jazyce. Jsme vždy obklopeni domovem , domem, ulicí, sousedstvím, prostorem v němž žijeme, lidmi , mezi nimiž a s nimi žijeme. Naše identita není zakotvena pouze v nás, ale také okolo nás, a to je fundamentální rozdíl.

Domov, není tam, kde jsem právě já, nýbrž právě já sám mohu být z domova vzdálen – domov je útočiště, místo, kam patřím více než kamkoli jinam – více domovů nemůže být prožíváno zároveň toutéž intenzitou .

Domov se tak stává pozvolna místem, chápané stále více jako přístřeší, kde se přespává, ukládá pracovní výtěžek a kde se vede rodinný život, který existuje stále méně.

Moderní doba posunula a rozvrátila hranice mezi světem a domovem, údělem se stalo „bezdomoví“ . Staré společenské struktury, které držely pohromadě sdílením místa i časového rozvrhu, pozvolna metamorfózuji v nové , rizikové formy soužití. Tradiční prostorové a časové rozlišení mezi domácností a zaměstnáním se stává neudržitelné. Bude narůstat tlak na pružnou pracovní dobu a flexibilní pracovní podmínky těch, kteří pečují o své děti, ať již matky nebo otcové, či „otky a matinky“. Změna prostoru rodiny probíhající se změnou tradičních rolí rodičů je hlavní příčinou konfliktních ploch v rodinách a paralelně i nestálostí zakotvených partnerských vztahů .

Gergen popisuje nově vznikající rodinu jako “ rodinu nasycenou”, smývajícím rozdíl mezi pracovištěm a domovem, uvedené prolínání domova a práce způsobuje , že post-moderní děti

již prochází dvojí paralelní socializací : v rodině a v různých školních i mimoškolních institucích. Uvedené prolínání způsobuje snižující se zakotvenost, pocit fragmentace domova. Rodina jako místo intimity a stability a denní centrovanost dětí v institucích jako místo sebeovládání, výuky, cvičení a po dětech je požadováno, aby udržovali kontinuální spojení mezi těmito dvěma odlišnými sférami.

Případně lze hovořit v souvislosti s nezakotveností člověka o *oikofóbiu* , tj. strachu z domova. Orientace na „problém rodiny, jedince v kontextu vztahů“ nesmí ale být odmýšlená od faktu, že i dům je příběhem, městské prostředí, architektura v sobě skrývá pochopení doby v níž se právě tyto vztahové rámce odehrávají a ovšem i zpětně ovlivňují. Vyvolávají totiž iluzorní zdání, že jejich staticnost nemá tak zásadní vliv na lidské chování a jednání.

Dříve byla dána jasná opozita „my a ti druzí“, „společnost a příroda“, dnes tyto protiklady a hraniční jistoty neexistují. V současné době hranice mizejí, což má výrazně negativní důsledky : bez hranic a jasných protikladů se nedá žít a rozhodovat, přesto tak musíme neustále činit.

Zakotvit v sociálním prostoru, lokalitě místa, domova, znamená identifikovat se s prostorem, personifikovat prostor v němž žiji, kam docházím a kde se nachází můj domov. Krátce , nezakotvenost v místě domova znamená nezakotvenost v širších mezilidských vztazích, nezáměr o veřejné věci, nezáměr o druhé lidi, lhostejnost jak k okolí tak i k sociální funkci ulice. Osobní identita předpokládá identitu místa, náš existenciální prostor se překrývá s místem ve kterém prožíváme svůj život. Identifikace z hlediska místa je východiskem pro vytvoření pocitu sounáležitosti, vztahů a orientace (našeho dalšího směřování, trajektorie voleb). V případě naplánování transparentního sociálního prostoru bez možnosti vlastní invence znamená nezakotvení, ztrátu pocitu identity ve „svém“ prostoru a následném zúžení na prostor bytu. Tak, jak kdysi se bořily hradby s cílem „vyvětrat“ město, otevřít jej do širšího prostoru, dnes se lidé v prostorech, kde neexistuje veřejný prostor – a tudíž ani „veřejný člověk“, uzavírají před okolím. Důsledkem je ztráta širšího sociálního prostoru , nezáměr o okolí i o sousedy

Osobní identita totiž vždy předpokládá i identitu místa, sociální život – sociální prostor je vždy založený na neustálé výměně, setkávání, a městský prostor , či obec v menším rozměru byl a je stále nejideálnějším místem pro komunitní a společenský život.

Narušení identity spjaté narušením, či destruováním žitého prostoru vede k odcizení se dosavadní lokalitě, sociálnímu prostoru i osobám, s nimiž jsme tvořili domov, celek My.

Platí, že za změnu sociálního prostoru, ať již dobrovolnou či nedobrovolnou se platí extrémní psychosociální zátěží.

P.Bourdieu hovoří o sociálním prostoru jako mentální struktuře, zvláštním konstruktu, který zahrnuje schémata vnímání, myšlení i akci v souvislosti s životním prostředím včetně individuální zkušenosti a kolektivní historii. Zahrnuto je zde i sociální podmínění různé percepce prostoru a místa. Sídlištní výstavba v dřívějších letech zcela rozbila tradiční městský prostor, ulici jako sociální prostor , což vytvořila známou anonymitu uniformního prostoru jejímž důsledkem je konformita a následně nesnášenlivost a netolerantnost. Bohužel i v současné době dochází k obdobné uniformitě : suburbánní výstavby rodinných domů destruujících lokality bydlení cestou *ztráty místa* a souběžně s ní i *ztrátou identity*.

Rozpad veřejného prostoru a celková neuchopitelnost prostorových vazeb u člověka vede k hledání jiných vazeb, které nemohou být tak snadno rozrušeny bez ohledu na náš postoj.

Modernost je obvykle interpretována jako příčina „bezdomoví“, lidé žijí diskontinuálně: v práci, doma, v klubech či společenstvích, pokaždé v jiných situacích, kde platí různé normy a mnohdy protikladná pravidla. Stále více lidí vede stěhovavý, mobilní a variabilní život. Střídají se různé kontexty sociálních prostorů. Stále více lidí v současné společnosti je nejen vykořeněno ze svého původního sociálního prostředí, ale žádné nové prostředí nedokáže stát se oním skutečným, autentickým domovem. Socializace je rovněž dvojí : jedna probíhá

v rodině a druhá, paralelní institucionální, se uskutečňuje v různých školních i mimoškolních institucích.

Pojem “multilokální rodina”, tj. rodina, která kotví na více místech z důvodu zaměstnanosti, se tak stává výrazem ztráty zakotvenosti v “domově”.

Pluralistická uspořádanost společností vede k tomu, že stále více lidí veden neusazený, stěhovavý proměnlivý život. Vykořeněnost z původního sociálního prostředí komunit vede k tomu, že žádné nové prostředí nemůže vytvořit skutečný domov. Pokud přihlédneme k výši rozvodovosti, je zřejmé, že k neusazenosti jsou děti ve vysokém počtu vedeni od dětství – obvykle jde o domov dočasný u otce a domov trvalý u matky.

Modernost tak osvobozuje od omezení daných rodinou či vesnickou komunitou a nabízí nezměrné alternativní životní možnosti a materiální hodnoty, ovšem za cenu zřeknutí se tradičního hodnotového vztahového rámce. Zřeknutí se vždy znamená ztrátu jistot (domova - domoví) a smyslu, a žít bez nich pro mnohé z nás je velmi nesnadné.

Bydlení ve vlastním slova smyslu je nyní nemožné, domov je minulostí, tvrdí dokonce T.W. Adorno. Jeho argumentace o „nemožnosti bydlení“ ovšem pramení z etické senzibility, protože nebýt doma ve vlastním domě je čistě věcí morálky, pokud svůj život vedeme špatně, nelze žít správně.

Nespravedlnost sociálního systému na níž se všichni spolupodílíme, vyvolává v nás tak výrazný pocit nepohodlí, že je nemožné, abychom se v takovém světě cítili dobře.

Moderní stavby, byty či vily se tak stávají prázdnými ulitami významu zbavených, bydlení se vytrácí do dálky. Paralelně ovšem mnohem horší sociální situovanost je těch, kteří nemají žádnou jinou volbu k bydlení, tj. bezdomovci, utečenci, cizinci, ti nemají ani iluzi zabydlenosti. Všechny uvedené přístupy k pojetí zabydlenosti dovozují, že modernost a bydlení jsou v opozici, v moderním světě se svět stává neobytným, moderní vědomí je „vědomím bez domova“ a současní nomádi jsou předobrazem zkušenosti, jak pozvolna zažívá každý jedinec v mobilní, nestálé společnosti. Bydlení se vytrácí do dálky – metafora užívaná k vystižení moderní zkušenosti poukazuje na odvrácenou tvář modernosti.

U zmíněných autorů tak můžeme nalézt společného jmenovatele a tím je tvrzení, že modernost a bydlení se nachází v diametrální opozici. V současné době se svět stává neobytným, moderní vědomí je vědomím bez domova, cizinci a migranti okolo nás jsou jen předobrazem přítomné zkušenosti nestálé společnosti

Z vzniklého protikladu odlišného životního stylu, město – vesnice, se vytvořil protiklad centrum – periferie, dnes se ale vytvářejí nové protiklady nomádů a usazených.

Diagnostika obytného prostoru, byt jako monitoring mezilidských vztahů

Návštěva v bytě je vstupem do osobního prostoru, který je monitoringem rodinných vztahů, prostor není netečné médium, ale vynikající sémiotickou informací o existujících interpersonálních vazbách, chování všech členů v rodině. Všimáme si různých úprav jednotlivých privátních prostorů a míst, kde se nejvíce odehrává společný život, výzdoby pokojů apod. Diagnostikující si může dát ukázat například rodinné album, navázat kontakt s dětmi a sledovat přítom reakce rodičů apod. Při prohlížení fotografií zjišťujeme, kdo je fotografoval. Jde o náročnou metodu, při níž se sami musíme vzdát navyklého poradenského prostoru, v němž se obvykle setkáváme se svými klienty a ve vysoké míře můžeme užít své vlastní osoby jako diagnostického nástroje.

1) Vysvětlení pojmů – co je normální a co je dysfunkční

Rodinné bydlení: dvousměrný ději, ve kterém byt nebo dům může

A. vyjadřovat sebepojetí rodiny, strukturu její komunikace, koalic, přání a obran, blízkost a vzdálenost v rodině, individuaci a symbiózu

B. představovat pro rodinu problémovou situaci, která má být řešena, soustava zhmotnělých pravidel nebo dokonce komplex determinátů.

Habitém: sémiotická jednotka bydlení, věc, kus nábytku nebo strukturální prvek, který je materializací rodinných pravidel a vypovídá o problému nebo o poruše (např. dveře pacientova pokoje, které „je zakázáno“ zavírat nebo dokonce zamykat).

Osobní prostor: „bublina“ kolem nás, kterou si všude nosíme s sebou a která představuje skutečný prostor Ega ve světě. Liší se u různých kulturních okruhů (Skandinávci mají větší osobní prostor než Arabové) i u lidí s různě vystupňovanými osobnostními rysy nebo problémy (prakticky nulový osobní prostor u psychosomaticky nemocných, nadměrný u narcistických osobností, oscilující mezi nulou a nekonečnem u schizofreniků).

Teritorium: osobní prostor, stabilněji nebo trvale zakotvený na určitém místě, které člověk zakouší jako své vlastní, ztotožňuje ho se sebou a sebe s ním (vzájemná identifikace osoby a teritoria) a brání ho proti vniknutí druhých osob. V této stati uvažujeme o teritoriích v rodinném bytě nebo domě, ale teritorium si člověk vytváří i na pracovišti nebo během jízdy vlakem).

Normální: každý člen rodiny má své teritorium, které je dobře definované a má uspokojivou velikost.

Dysfunkční: velká nerovnoměrnost ve velikosti teritorií, teritoriální fragmentace nebo rozštěp na „jádro“ a „narázníkovou zónu“. Nejzávažnější nález je chybění nebo pohlcení teritoria jednoho člena rodiny (znovu si připomeňme souvislost teritoria a Ega).

Hranice: „kůže teritoria“ určují jeho okraje, oddělují jedno teritorium od druhého a představují bariéru o různém stupni propustnosti, která musí být překována, má-li dojít ke komunikaci. Hranice teritoria mají podobné vlastnosti jako hranice Ega v psychologii a psychopatologii.

Normální: hranice jsou jasné, ale ne rigidní a ne zcela nepropustné.

Dysfunkční: nejasné hranice, teritoriální zmatek, „všichni mohou všude, všichni sdílejí všechny prostory“ nejasné ohraničení rodiny od vnějšího světa – nebo naopak strnulé a nepropustné hranice, které omezují každodenní život rodiny a znemožňují komunikaci.

Rituály: vzorce chování, které nám umožňují vstoupit do teritoria druhé osoby s jejím svolením, tj. jako instruktoři. Nejjednodušší případ rituálu je „signál a odpověď“, např. zaklepání na dveře a zavolání „dále“. Složitější rituály vidíme např. při přijímání návštěvy.

Normální: rituály jsou používány s ohledem na autonomii každého člena rodiny, stupně separace, intimity manželského páru a jsou k dispozici pro to, aby umožnily vstup návštěvám a odlišili rodinu od okolního světa.

Dysfunkční: rituály jsou zanedbávány nebo nejsou vůbec vytvořeny. Pokud o jejich zavedení je vnímán jako vyjádření hostility nebo ohrožující distance (např. zavedení klepání na dveře v rodinách se zmatenou a nejasnou teritorialitou budí úzkost, je pokládáno za projev nepřátelství, odcizení atd.). Někdy naopak přemíra přísně dodržovaných rituálů svazuje život rodiny a znemožňuje komunikaci a setkání. Jsou ještě jiné typy rituálů, které se nevztahují k teritorialitě, ale např. namlouvání, předávání kulturních vzorců, uzdravování atd.

Teritoriální značky: věci, kusy nábytku, ale také např. vůně, zápachy, exkrementy, hudba atd., které mohou

C. upozorňovat ostatní: „Toto je moje teritorium, je obsazené a jsem to já, komu náleží“,

D. označovat teritoriální hranice jako hraniční kameny a sdělovat: „Můžeš jít až sem a dál už ne!“.

E. definovat změnu hranic, expanzi, intruzi, invazi do cizího teritoria, jako posunutí hraniční kameny, a říkat: „Co bylo tvé, je nyní moje“ nebo „Mám vládu nad tvým územím“.

Normální: teritoriální značky mají význam prostě a přiměřené informace o existenci a hranicích určitého teritoria. Jsou to věci, které především slouží jiným činnostem a potřebám a teprve v druhém plánu jsou používány jako značky a nabývají signální význam. Okolím mohou být

interpretovány nejdříve jako tzv. funkční nepořádek (Můj muž má hrozný nepořádek na svém stole, ale on se v něm vyzná a zlobil by se, kdybych mu to uklidila“), který nikoho zásadně neohrožuje.

Dysfunkční: teritoriální značky vypovídají o teritoriálním ohrožení, sporu nebo expanzi. Jejich signální význam je prvořadý, účelový se často ztrácí. Jsou-li interpretovány jako nepořádek, děje se to obvykle podobnými slovy: „Můj muž nechává svoje věci ležet po celém bytě. Snad mi to dělá naschvál, kdo to má pořádek po něm uklízet“. Čím je dysfunkce rodiny hlubší, tím více úlohu teritoriálních značek hrají nejrůznější symptomy, např. bolesti u srdce nebo halucinace.

Trasy: linie pohybu mezi teritorií nebo z jednoho teritoria k důležitému místu, které slouží všem jako zdroj potravy, vody, zábavy a jiných potřeb (konkrétně např. lednička, televizor, koupelna, WC, okna a dveře).

Normální: trasy zajišťují přístup ke všem důležitým zdrojům a místům, jsou udržovány volně průchodné a nenarušující ničí soukromí.

Dysfunkční: trasy vedou přes určitá teritoria bez ohledu na soukromí osoby nebo dvojice. Na trasách se vyskytují bariéry, které brání jedné nebo všem osobám volně se pohybovat a dostávat se na důležitá místa v bytě nebo v domě. Bariéry mohou být selektivní: to, co jedné osobě ještě umožní volný pohyb, je pro druhou nepřekonatelnou překážkou. Tento problém je znám z architektury, kde se nyní hodně hovoří o bariérách, které svět zdravých staví do cesty tělesně nebo syslově handicapovaným lidem.

Je potřebné se na tomto místě zabývat vztahem mezi bariérou a teritoriální značkou. Často se zaměňují. Jestliže sis např. rodiče zvykli volně vcházet nebo nahlížet do pokoje svého syna dveřmi, které jsou stále otevřené, potom když syn dveře zavře (teritoriální značka), rodiče to interpretují jako postavenou překážku (bariéru). Tato změna je často spojována se záměnou asertivity (přirozené prosazování vlastních teritoriálních a jiných práv) za agresivitu (násilné omezování nebo útočení na druhé). To má velký význam v rodinách s psychotickým členem. Je nutné zkoumat, čím je teritorium – zda toho, kdo ho brání, zda jde o společné území či trasu, nebo zda teritorium patří tomu, koho tam ten druhý nechce pustit. Značkovat si své teritorium je oprávněné, zatímco bariéra je vždy neoprávněná a vyplývá z nadměrných nároků nebo z nerespektování nároků druhých.

Zóny: oblasti bytu nebo domu, které jsou vyhrazené určitému typu rodinného chování a rodinných funkcí.

Normální: základní je rozdělení na zónu společenskou, soukromou a provozní, Každý člen rodiny má mít možnost

F. být sám

G. být s druhými

H. dělat to, co potřebuje (domácí práce, úkoly, studium, hobby)

Dysfunkční: zóny jsou nerozlišené, zejména vážné je splynutí soukromé a společenské zóny, které jednomu nebo všem členům rodiny neumožňuje výběr mezi „být sám“ a „být s druhými“. Navíc se mohou objevit „magické zóny“, které neslouží žádnému reálnému účelu, ale rodinným mýtům nebo symptomovým rituálům.

Vrstvy: na rozdíl od všech předchozích pojmů, které jsou spíše topologické, spojuje se pojem vrstev s časem a vývojem rodiny. Vrstvy jsou pozůstatky struktur bydlení z předchozích stádií života rodiny nebo dokonce jiných rodin.

Normální: určité památky, materializované vzpomínky, změny nebo starý nábytek, který je funkční i estetický v nových podmínkách.

Dysfunkční: vrstvy vypovídají o tom, že minulost je pokládána za hodnotnější než přítomnost rodiny, omezují současný život rodiny, brání jí v normálním vývoji a rodina není schopna se

jich zbavit. Jindy se naopak setkáváme s tím, že rodina není schopna si nic ponechat, nejen že chybí „vzpomínky na minulost“, které jsou důležité pro identitu rodiny i jednotlivých osob, ale i veškeré zařízení je neustále obměňováno.⁷

Desatero neurotických trendů podle K. Horney

1. Neurotická potřeba náklonosti a souhlasu
 - Nerozlišující potřeba potěšit druhé, být oblíben, potřeba souhlasu ostatních
 - Automatické podřizování života očekávání druhých lidí
 - Těžiště není v sobě, ale i ve druhých a směřodatné jsou jejich přání a názory
 - Strach ze sebeprosazení
 - Strach z nepřátelství druhých nebo z nepřátelských pocitů v sobě samém

2. Neurotická potřeba „partnera“, který převezme zodpovědnost za život
 - Těžiště je zcela v „partnerovi“, který plní všechna očekávání a přebírá zodpovědnost za dobré i zlé. Hlavním úkolem je úspěšně s ním manipulovat
 - Nadhodnocení „lásky“ – od „lásky“ se očekává řešení všech problémů
 - Strach z opuštění
 - Strach být sám

3. Neurotická potřeba omezit svůj život do úzkých hranic
 - Nutnost nic požadovat a být spokojen s málem, omezit své ambice a touhu po materiálních potřebách
 - Nutnost zůstat nenápadný, být na druhém místě
 - Podceňování svých schopností a možností, skromnost jako nejvyšší hodnota
 - Nutkání neutráct, šetřit
 - Strach mít jakékoliv požadavky
 - Strach mít nebo prosazovat expanzivní přání

4. Neurotická potřeba moci
 - Touha po ovládnutí druhých pro svůj vlastní prospěch
 - Oddanost nezbytnosti, povinnosti, odpovědnosti hraje určitou roli, není však hnací silou
 - Naprosté nerespektování druhých, jejich individuality, důstojnosti, pocitů. Jediný zájem o jejich podřízenost
 - Velké rozdíly v míře zúčastněných destruktivních elementů
 - Nekritické obdivování síly a pohrdání slabostí
 - Strach z nekontrolovatelných situací
 - Strach z bezmocnosti

- 4a. Neurotická potřeba ovládat sebe i druhé prostřednictvím rozumu a prozíravosti
 - Varianta č. 4 u lidí, kteří jsou příliš inhibováni na to, aby uplatňovali moc přímo a otevřeně
 - Víra ve všemohoucnost inteligence a rozumu
 - Vlivu emočních sil a pohrdání jimi
 - Popření vlivu emočních sil a pohrdání jimi
 - Přičítání extrémně vysoké hodnoty prozíravosti a předvídanosti
 - Pocity nadřazenosti nad druhými ohledně schopností a prozíravosti
 - Pohrdání vším v sobě, co se nevejde do obrazu intelektuální nadřazenosti
 - Strach z poznání objektivních omezení síly rozumu

⁷ Využito podkladů PhDr. M. Vančury

- Strach z „hlouposti“ a špatného úsudku
- 4b. Neurotická potřeba věřit ve všemohoucnost vůle
- Introvertní varianta č. 4 u velmi samotářských lidí, pro něž přímé uplatňování moci znamená příliš mnoho kontraktu s druhými
 - Pocit odvahy získaný vírou v magickou moc vůle (jako mít kouzelný prsten)
 - Reagování pocitem opuštěnosti na každou frustraci přání
 - Tendence vzdát nebo omezovat přání a ztrácet zájem ze strachu ze „selhání“
 - Strach z poznání jakýchkoli omezení samotné vůle
5. Neurotická potřeba využívat druhé a právem či neprávem z nich mít prospěch
- Druzí jsou primárně hodnoceni podle toho, zda mohou být využíváni, jestli z nich může být prospěch
 - Rozličná ohniska využívání – peníze (vášnivě smlouvání o ceny), ideje, sexualita, pocity
 - Hrdost na schopnost využívat druhé
 - Strach být využit a tak se stát „hloupým“
6. Neurotická potřeba společenského uznání nebo prestiže
- Může, ale nemusí být spojena s touhou po moci
 - Všechno – neživé objekty, peníze osoby, vlastní kvality, aktivity a pocity – je hodnoceno pouze podle hodnoty pro prestiž
 - Sebehodnocení je zcela závislé na stavu veřejného přijetí
 - Rozdíly v použití tradičních nebo rebelantských způsobů, jak vzbudit závist nebo obdiv
 - Strach ze ztráty postavení (ponížení) díky zevních okolnostem nebo vnitřním faktorům
7. Neurotická potřeba osobního obdivu
- Nafouknutý obraz sebe (inlace self, narcismus)
 - Potřeba být obdivován nikoli pro to, co člověk má nebo prezentuje v očích veřejnosti, ale pro představované self
 - Sebehodnocení závislé
 - Sebehodnocení závislé na tom, jak se daří vést život podle této představy a jak ji obdivují ostatní
 - Strach ze ztráty obdivu (ponížení)
8. Neurotické ambice vykonat velké činy
- Potřeba překonat druhé – nikoliv tím, co člověk prezentuje nebo je, ale svými aktivitami
 - Sebehodnocení je závislé na potřebě být nejlepší – milenec, sportovec, spisovatel, pracovník
 - Potřeba být nejlepší zvláště sám před sebou, přesto je uznání druhými také důležité a jeho nepřítomnost je velmi nepřijemná
 - Příměs destruktivních tendencí (poražení druhých) nikdy nechybí, ale kolísá v intenzitě
 - Neodbytný tlak self k větším výkonům pronikáný úzkostí
 - Strach ze selhání (ponížení)
9. Neurotická potřeba soběstačnosti a nezávislosti
- Nutnost nikdy nikoho nepotřebovat, nepodléhat jakémukoliv vlivu, nebýt jakkoli spoután, každá blízkost obsahuje nebezpečí, zotročení – distanc a separace jako jediný pramen bezpečí
 - Strach z potřeby druhých, z vazeb, blízkosti, lásky

10. Neurotická potřeba dokonalosti a nezasajitelnosti
- Neodbytná potřeba dokonalosti
 - Ruminování svých možných kazů a sebeobviňování
 - Pocity nadřazenosti nad druhými vyplývající z vlastní dokonalosti
 - Strach z nalezení kazů v sobě, z dělání chyb
 - Strach z kritiky nebo výčitek

Základní pokyny při partnerské krizi

1. NESNAŽME SE ŘEŠIT, NA CO NESTAČÍME

Manželskou (partnerskou) krizi definujeme jako vážný konflikt dvou očekávání, který na nějakou dobu poruší pocit manželské spokojenosti.

Zvažme, zda je v našich silách jí zvládnout. Těžké povahové defekty, alkoholismus apod. Tam je třeba, aby se nositel těchto problémů léčil. Konečnou diagnózu raději přenechejme odborníkům.

2. LOKALIZUJME KONFLIKT A ZASTAVME SE

Je nebezpečí, že konflikt ochromí všechny sféry soužití s partnerem. Zkusme ho udržet jen v té sféře, kde vznikl. Pozor na výbuchy emocí. Sdělujeme je proto raději s menším časovým odstupem a v nejmenší nutné míře. Strežme se projevů (slov), které se dlouho pomatují a nedají se vzít zpět.

3. UVAŽUJEME O VLASTÍM PODÍLU

Nějaký podíl na krizi máme i my. Nejlépe se daří řešit krizi v těch případech, kdy oba předem uznáváme, že poměr selhávání je půl na půl. Nemá cenu rozebírat vývoj krize několik let nazpátek, ale pomůže, když pouvažujeme, jak jsme se my sami chovali bezprostředně předtím, než krize vypukla.

4. UVAŽUJEME O SITUAČNÍCH VLIVECH

Přispívat ke každé krizi může vždy náhodné situační napětí (nemocné dítě, rozladění šéfa v zaměstnání atd.)

5. UVAŽUJEME O OBECNÝCH ROZDÍLECH MEZI MUŽI A ŽENAMI

Muži jsou více orientováni na svět věcí, ženy na svět vztahů. Muži jsou otevřenější, snáze dávají najevo nepřátelství a vyrovnávají se snáze s tím, když se k nim někdo chová hrubě.

Ženy jsou nedůvěřivější a má pro ně větší význam atmosféra vztahu, hůř snášejí nekooperativní projevy protějšku. Zlost vyjadřují nepřímo, přetrvává v nich pocit křivdy.

6. ZKUSME SE PROPRACOVAT KE STANOVISKU NAD VĚCÍ

Stojíme-li nad věcí, máme jasno v hodnotách. Snadno se rozhodneme, co je důležitější – pocit, že jsem si nenechal nic líbit nebo pocit, že jsem svou velkorysostí zlikvidoval hrozící kalamitu.

7. NEPŘERUŠUJEME, ALE REGULUJEME KOMUNIKACI

O tom, co s předmětem neshody nesouvisí, by se mělo komunikovat dál normálně. Pokud možno se vyhněte tzv. „tiché“ domácnosti. Když si myslíte, že stojí za to si věci vyřkat, udělejte to brzy po vzniku krize a vyhýbejte se velkým slovům. Pravda, Lež, Zrada. Připravte se na to, že v některých věcech nikdy nebudete mít stejný názor. Problém nestojí „JAK HO PŘEDĚLAT“ ale „JAK SE VYROVNAT S TÍM, JAKÝ JE“.

NEVĚRU A ŽÁRLIVOST NELZE ŘEŠIT MANŽELSKOU ,PARTNERSKOU, DISKUSÍ.

8. NEPŘERUŠUJME, ALE REGULUJME SOUŽITÍ

Vše, co můžeme mít společné, mějme i nadále společné. Trvalé vypadávání jednoho z manželů z rodinného provozu, útky k rodičům a podobné manévry krizi zhoršují. Zachovávejme rituály, které rodinu sjednocují. Společné jídlo, trávení části volného času, finance. Pokud to jde, zachovejme běžnou častost sexu.

9. POKUD CÍTÍTE POTŘEBU POMOCI, OBRAŤTE SE NA ODBORNÍKA

Vyhýbejme se snaze přenášet svoje problémy na blízké. Zejména rodiče a děti. Hledáním spojence v rodině věc spíše zkomplikujete. Dospělý je schopen, když chce, odrazit manévry, jimiž ho chceme do krize zaplést. Ne tak dítě.

10. SBLIŽUJME SE RYCHLE, ALE OPATRNĚ

Rychlost sblížení určuje ten, kdo je pomalejší. Možná je méně způsobilý pro vytváření manželské (partnerské) harmonie, ale nemá smysl mu to vyčítat. Spíš si dejme pozor, abychom to zrovna nebyli my.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké problémy se objevují v souvislosti s bydlením a stabilitou rodiny?
2. Proč souvisí rozpad veřejného prostoru s rozpadem partnerských a rodinných vztahů?
3. Proč je byt monitoringem mezilidských, rodinných vztahů
4. Jaké jsou teritoriální značky v bytě,



Literatura

Základní literatura:

- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015.

Doporučená literatura:

- CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008.
- HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada, 2009.
- MOUSSOVÁ, H.Z., VALENTOVÁ, L. a kol. *Poradenské teorie a strategie*. Praha: UK, 2002.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009.
- PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Manuál vysokoškolského profesního poradce : metody*. Praha: VŠE v Praze, 2008.
- SVOBODA, M. (ed.). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995.