

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/344202430>

Teória a metódy sociálnej práce II.

Book · January 2015

CITATIONS

4

READS

3,633

3 authors, including:



[Andrej Matel](#)

St. Elizabeth College of Health and Social Work in Bratislava

42 PUBLICATIONS 77 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Maria Hardy](#)

St. Elizabeth College of Health and Social Work in Bratislava

2 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Identification of Professional Values within the Social Work in the Slovak Republic [View project](#)

Teória a metódy sociálnej práce II.

Andrej Mátel

Mária Hardy

Daniela Bachyncová Giertliová

Bratislava 2015

Názov diela: Teória a metódy sociálnej práce II

© **Autori**

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD. (kapitoly 1 a 3)

doc. PhDr. Mária Hardy, PhD. (podkapitola 1.4.1; kapitola 2)

doc. PhDr. Daniela Bachyncová Giertliová, PhD. (kapitola 4)

Recenzenti:

prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Vydavateľ

Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce

2015

Vydanie prvé

Tlač: Art AIR Center s.r.o., Dolný Kubín

Náklad: 250 ks

ISBN 978-80-971445-7-9

OBSAH

ÚVOD	6
1 KAPITOLY Z TEÓRIE SOCIÁLNEJ PRÁCE.....	7
1.1 TEÓRIA, PRAX A VZDELÁVANIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI.....	7
1.2 SLOVENSKÝ PROFESIJNÝ ZÁKON O SOCIÁLNEJ PRÁCI	14
1.3 VÝSKUM V SOCIÁLNEJ PRÁCI NA SLOVENSKU	32
1.3.1 <i>Výskum pre sociálnu prácu</i>	34
1.3.2 <i>Výskum v sociálnej práci</i>	40
1.3.3 <i>Výskum realizovaný sociálnymi pracovníkmi</i>	45
1.3.4 <i>Perspektívy výskumu v sociálnej práci na Slovensku</i>	46
1.4 VYBRANÉ TEÓRIE SOCIÁLNEJ PRÁCE.....	48
1.4.1 <i>Teória vzťahovej väzby</i>	48
1.4.1.1 Prekážky utvárania bezpečnej vzťahovej väzby	50
1.4.1.2 Typológia vzťahovej väzby u detí	52
1.4.1.3 Vzorce vzťahovej väzby v jednotlivých obdobiach života	55
1.4.1.4 Teória vzťahovej väzby v praxi sociálnej práce	89
1.4.2 <i>Systémové a systemické teórie</i>	95
1.4.2.1 Rodinná terapia	107
1.4.2.2 Štruktúrálna rodinná terapia	111
1.4.2.3 Strategická rodinná terapia.....	114
1.4.2.4 Kontextuálna terapia a medzigeneračný koncept.....	115
1.4.2.5 Systemicko-kybernetická rodinná terapia.....	116
1.4.2.6 Transformačná systemická terapia	118
1.4.2.7 Krátka terapia orientovaná na riešenia.....	122
1.4.2.8 Naratívna terapia	126
1.4.2.9 Systemické otázky	127
1.4.2.10 Prezentovanie informácií o systéme.....	131
1.4.2.11 Techniky používané v systemickej rodinnej terapii.....	140
1.4.3 <i>Sociálno-ekologické teórie</i>	145
1.4.3.1 Life model	148
1.4.3.2 Aplikovanie sociálno-ekologickej teórie na rodiny so sociálno-ekonomickými problémami	150
1.4.4 <i>Antiopresívne prístupy v sociálnej práci</i>	154
1.4.4.1 Antidiskriminačné a antiopresívne prístupy	155
1.4.4.2 Paulo Freire a pedagogika oslobodenia	158
1.4.4.3 Vybrané princípy AOP v sociálnej práci.....	162
2 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE S RODINOU.....	164
2.1 POSUDZOVANIE FUNKČNOSTI RODINY	166

2.1.1	<i>Prehľad faktorov protektívnych pre rodiny.....</i>	171
2.1.2	<i>Vplyv rizikových faktorov na záťaž rodiny</i>	174
2.1.3	<i>Hodnotenie ohrozenia dieťaťa.....</i>	191
2.2	TERAPEUTICKÉ TECHNIKY RODINNEJ TERAPIE	198
2.3	SANÁCIA RODINY	203
2.4	SOCIÁLNA ASISTENCIA	209
2.5	SOCIÁLNA REHABILITÁCIA	212
2.6	MEDIÁCIA V OBLASTI RODINY A COCHEMSKÁ PRAX.....	215
2.7	RODINNÉ SKUPINOVÉ KONFERENCIE	217
2.8	ŠPECIFICKÉ INTERVENČNÉ PODPORNÉ PROGRAMY	222
2.8.1	<i>Programy poskytované v domácom prostredí.....</i>	227
2.9	ZÁKLADNÉ ŠTANDARDY ASISTOVANÉHO STYKU RODIČOV A DETÍ.....	229
3	SKUPINOVÁ SOCIÁLNA PRÁCA.....	235
3.1	TYPOLÓGIA SKUPINOVEJ PRÁCE	235
3.2	VÝZNAM A ŠPECIFIKÁ SKUPINOVEJ PRÁCE	242
3.3	VEDENIE SKUPINY	244
3.4	SOCIÁLNY PRACOVNÍK PRACUJÚCI SO SKUPINOU	249
3.5	KOMUNIKÁCIA V PRÁCI SO SKUPINOU	252
3.6	SKUPINOVÁ DYNAMIKA.....	254
3.7	PRÍPRAVA SKUPINOVEJ PRÁCE	264
3.8	ETAPY SKUPINOVEJ PRÁCE	266
3.9	TECHNIKY V SKUPINOVEJ PRÁCI	269
4	KOMUNITNÁ SOCIÁLNA PRÁCA.....	273
4.1	ÚČASTNÍCI KOMUNITNÉHO PLÁNOVANIA	276
4.2	ETAPY PRÁCE S ÚZEMNOU KOMUNITOU	281
4.2.1	<i>Prípravná etapa.....</i>	283
4.2.2	<i>Analytická etapa.....</i>	288
4.2.3	<i>Strategická etapa</i>	289
4.2.4	<i>Implementačná etapa</i>	291
4.2.4.1	Prístup TOP-DOWN	294
4.2.4.2	Prístup BOTTOM-UP.....	295
4.2.5	<i>Evaluačná etapa</i>	296
4.3	MODELY SOCIÁLNEHO PLÁNOVANIA	299
4.4	PRINCÍPY KOMUNITNÉHO PLÁNOVANIA	302
4.5	NADVÄZOVANIE KONTAKTOV A SPÁJANIE LUDÍ.....	305
4.6	SOCIÁLNE SLUŽBY AKTIVIZUJÚCE ÚZEMNÚ KOMUNITU	311
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	315

PRÍLOHA Č. 1 ŠTRUKTÚRA DOTAZNÍKA FUNKČNOSTI RODINY	330
PRÍLOHA Č. 2 DVADSAŤ PROSIEB DETÍ PO ROZCHODE RODIČOV	331
PRÍLOHA Č. 3 ETICKÝ KÓDEX SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA A ASISTENTA SOCIÁLNEJ PRÁCE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	333

ÚVOD

Publikácia *Teória a metódy sociálnej práce II* kontinuálne nadväzuje na vysokoškolskú učebnicu *Teória a metódy sociálnej práce I* (2013), ktorej tretie vydanie vyšlo v septembri roku 2015. Autori preto predpokladajú, že čitatelia sú oboznámení so základnou terminológiou, teóriou a vybranými metódami sociálnej práce, ktoré sú v nej prezentované.

Ako každé iné dielo, aj táto publikácia má svoje miesto v živote a historický kontext, kedy sa zrodila. Čitateľovi chceme otvorene objasniť, že síce ide o novú publikáciu z hľadiska titulu, ale nie obsahu. Je skôr prepracovaním predošlej učebnice *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II* (2013, 2014), ktorá je doplnená o viacero vedeckých a odborných článkov autorov. Ďalším dôležitým východiskom je skutočnosť, že publikácia je primárne určené študentom magisterského štúdia sociálnej práce. Keďže vychádza v období implementácie slovenského profesijného zákona o sociálnej práci, viacero pojednávanií túto skutočnosť v texte reflektuje. Súčasťou prílohy je nový slovenský Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce.

Z hľadiska obsahu prvá kapitola prehľbuje poznatky o prepojení vzťahu medzi teóriou, metódami a vzdelávaním v sociálnej práci, ďalej o špecifiká výskumu v sociálnej práci a ponúka reflexiu slovenského profesijného zákona. Výber konkrétnych teoretických konceptov úzko súvisí s prezentovanými metódami, ktorými sú sociálna práca s rodinou, skupinová a komunitná sociálna práca.

Podobne ako predošlú publikáciu, aj túto by sme radi venovali významnej osobnosti slovenskej sociálnej práce pri príležitosti jeho tohtoročného okrúhleho životného jubilea. Venujeme ju profesorovi Jánovi Gaburovi, ktorý nás aj v sedemdesiatich rokoch svojho života neustále obohacuje a inšpiruje svojimi teoretickými poznatkami a praktickými skúsenosťami v oblasti sociálnej práce s rodinou, sociálneho poradenstva, supervízie, mediácie a komunikácie.

Andrej Mátel

V Bratislave, 22. 11. 2015

1 KAPITOLY Z TEÓRIE SOCIÁLNEJ PRÁCE

1.1 Teória, prax a vzdelávanie v sociálnej práci¹

V minulosti – na Slovensku žiaľ aj v súčasnosti – jestvovala neochota praktikov prijímať teórie do svojej práce. Podľa tohto prístupu sú teória a výskum považované pre priamu prax za nedôležité, nezrozumiteľné, abstraktné a neaplikovateľné. Vedecký rozmer sociálnej práce je preto pre prax nepoužiteľný. Do istej miery tieto tvrdenia vychádzali zo skúsenosti, keď praktici nevideli konkrétny úžitok teórie pri výkone svojej práce. Nedôvera k teóriám v sociálnej práci bola pomenovaná ako anti-teoretický prístup⁴⁴ resp. anti-intelektualizmus⁴⁴ (Jones, 1996). Namiesto nich je dôležitejšia *praktická múdrosť*, ktorou sa rozumie spôsobilosť jedinca založená na osobnej skúsenosti o tom, „čo má v praxi robiť“ (Hardiker, Barker 1981). Talianky autor Lorenz (2007) uvádza, že sociálni pracovníci sú často obviňovaní z toho, že intervenciu zakladajú na zbytočne zložitých metódach, ktoré nie sú vhodné pre okamžité prijateľné riešenia. Iní autori chápu sociálnu prácu skôr ako *umenie* než ako vedu.

Prax sa antiteoretickým prístupom prinajmenšom ochudobňuje o množstvo dôležitých poznatkov, vysvetlení, intervenčných stratégií, ktoré by mohli byť použité v sociálnej práci pre efektívnejšiu, účinnejšiu a komplexnejšiu prácu. Sociálni pracovníci potrebujú mať idey, ktoré sa snažia vysvetliť *prečo a ako* majú realizovať svoje praktické rozhodnutia (Payne, 2005, s. 5). Teoretické zázemie je jedným zo zdrojov profesionálnej identity sociálnych pracovníkov i jednou z podmienok ich práce a vzájomnej komunikácie. Teória pomáha sociálnym pracovníkom porozumieť, objasniť a nájsť zmysel v situáciách alebo správaniach a poskytuje pohľad na to, čo sa mohlo odohrať v minulosti alebo môže vyskytnúť v budúcnosti (Teater, 2010). Profesionálny výkon sociálneho

¹ Kapitulu tvorí z väčšej časti autorov príspevok publikovaný na medzinárodnej vedeckej konferencii *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci*, konanej v dňoch 26.-27. apríla 2012 v Prešove pod titulom „Teoretizovanie praxe“ v slovenskej sociálnej práci: výzva pre (ďalšie) vzdelávanie sociálnych pracovníkov.

pracovníka možno chápať ako využitie vedomostí a aplikovanie teórie pri dosahovaní požadovaných zmien. „Je veľmi rozdielne, či sa jeho intervencia uskutočňuje na základe domnienok, pocitov, intuície, alebo na základe kompaktného teoretického rámca. Snaha pomáhať ľuďom bez presného porozumenia ich ťažkostí a bez znalosti metodických postupov môže byť nebezpečná. Môže ohrozovať klientov, v prípade dlhotrvajúcich projektov i celú spoločnosť“ (Navrátil, 2001, s. 25). Na druhej strane aj užívatelia sociálnych služieb majú právo na to, aby sociálni pracovníci mali usporiadané stanoviská (*organized views*) k tomu, *čo robia a prečo to robia*, aby získali porozumenie a vysvetlenie svojej činnosti (Howe, 2009, s. 3). Ako vyjadruje schéma 1, teória pomáha informovať a upovedomiť sociálneho pracovníka, akú metódu, prístup, techniky alebo typ intervencie môže použiť pri práci s klientom v istých situáciách.

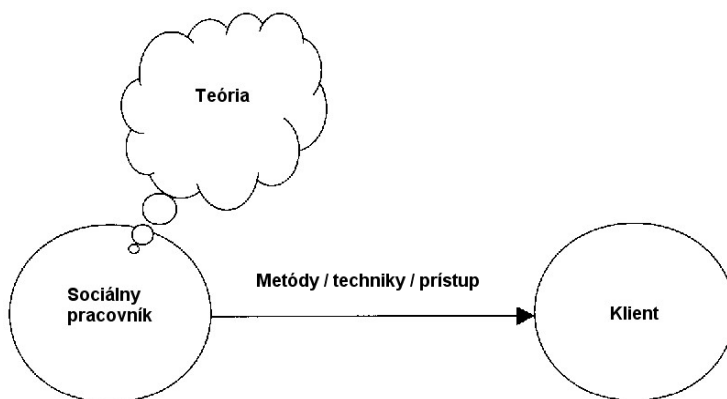


Schéma 1 Teória informujúca prax, zdroj: Teater, 2010 (upravené autorom)

Neil Thompson (2010) preto dôrazne odmieta falošnú a zavádzajúcu ideu, že teória a prax môžu byť ponímané ako celkom oddelené entity, ale chápe ich ako dve strany tej istej mince. Porozumenie sociálnej práci neznamená vyberanie si medzi teóriou alebo praxou, ale skôr spájanie oboch – vykonávanie praxe, ktorá je formovaná poznaním a teoretickým porozumením. Vykonávanie sociálnej práce znamená *teoretizovanie praxe* (nájdenie súborov ideí,

ktoré jej dávajú zmysel) a *praktizovanie teórie* (používanie týchto ideí v praktickom kontexte). Pamela Trevithicková (2005) v tomto duchu upozorňuje, že medzi teóriou a praxou má byť neustály dialóg.

Keďže špecifikom teórie sociálnej práce je jej veľmi úzky vzťah k praxi, preto sa zvyknú jednotlivé teórie v tejto disciplíne nazývať aj „praktické teórie“ (por. Payne, 2005, s. 5). Beckett (2006, s. 33 In Howe, 2009, s. 2) definuje teóriu v sociálnej práci ako „súbor myšlienok alebo princípov, ktoré sprevádzajú prax“.

Obrazným spôsobom vyjadril Susser (1968 In Howe, 2009, s. 3) vzťah medzi teóriou a praxou nasledovne: „Prax bez teórie je ako plavba po nezmapovanom (nepreskúmanom) mori, teória bez praxe znamená vôbec sa nezúčastniť plavby.“ V našich podmienkach by sme mohli použiť obdobný obraz z oblasti turistiky: „Prax bez teórie je ako turistika bez náležitej prípravy (bez vhodného odevu, bez znalosti terénu a jeho rizík, bez mapy a pod.), teória bez praxe je ako keď si doma podrobne preštudujeme mapu, identifikujeme riziká, navrhujeme vhodnú trasu, ale na cestu sa nikdy nevydáme.“ V prvom prípade môžeme za ideálnych podmienok prísť do cieľa, ale riziká takejto cesty sú veľké. Počas cesty môžeme ohroziť nielen seba, ale aj ďalších ľudí, ktorých sprevádzame. V druhom prípade sa do plánovaného cieľa nik reálne nedostane.

Teoretické poznatky sociálnej práce sa aplikujú do praxe prostredníctvom metód sociálnej práce (Oláh et al., 2009, s. 102). Koncepty teórie a metód sú zároveň nezávislé aj vzájomne súvisiace. Zjednodušene môžeme povedať, že teória je to, čo si *myslíme* o špecifickej situácii a čo sa *špekulatívne* môže vyskytnúť v tejto situácii a metóda je to, čo sociálny pracovník *vykoná* prostredníctvom uvažovania. Teória pomáha sociálnemu pracovníkovi predvídať alebo opísať istý fenomén, pre hlbšie porozumenie rôznorodým situáciám, ťažkostiam, správaniu a skúsenostiam a metóda ho inštruuje ako má adekvátne konať vzhľadom na identifikovaný fenomén.

Vzhľadom na odbornú prípravu sociálnych pracovníkov na vysokých školách je nutné udržiavať veľmi úzke spojenie sociálnej práce ako profesie a vedy, praxe a teórie, praktických zručností a odborných spôsobilostí.

Tradičný spôsob vyučovania teórie sociálnej práce je prezentovanie opisov teórií v pregraduálnom (bakalárskom)

a graduálnom (magisterskom) vysokoškolskom štúdiu a následné povzbudzovanie študentov *aplikovať* teóriu v praxi. Sociálni pracovníci by následne mali vedieť implementovať teórie a metódy do rozličných situácií sociálnej práce vzhľadom na konkrétnych klientov, s ktorými pracujú. Pri výkone svojej práce môžu využiť jednu teóriu a metódu alebo si môžu zvoliť aj eklektický prístup. Ním sa rozumie cieľavedomé používanie viacerých teórií a metód a vzájomné kombinovanie ich rozličných aspektov v praxi podľa aktuálnych potrieb klientov. Voľba teórií a metód pritom závisí od viacerých aspektov:

- od klientov, s ktorými sociálny pracovník pracuje;
- od prostredia, kde sa práca odohráva;
- od situácií, v ktorých sa klienti nachádzajú;
- od sociálno-politického kontextu a možností danej krajiny;
- od sociálneho pracovníka, jeho poznatkov, tréningov a skúseností;
- od charakteru organizácie, v ktorej sociálny pracovník pracuje.

Tento prístup má však niekoľko fundamentálnych problémov súvisiacich s takými faktormi, ako sú obmedzenia ľudskej pamäte, či rôzne rozptyly. Porozumieť teórii v jej abstraktnej rovine a s odstupom času ju využiť v praxi je veľmi zložitú. Problematickosť tohto prístupu sa prehľbuje vtedy, ak študenti sociálnej práce nemajú dostatočne zabezpečenú kvalitnú odbornú prax. Formálny prístup k odbornej praxi, či už zo strany študentov alebo poskytovateľov sociálnych služieb prehľbuje vzdialenosť medzi akademickým vyučovaním teórie a možnosťou jej overovania v praxi. V tomto kontexte aj mnohí študenti vnímajú teóriu ako málo použiteľnú v praxi a neschopnú dať priame odpovede na praktické otázky. Odlišným prístupom ako zavrnutie teórie pre prax je začať s praxou a potom pozorovať, ako teóriu môžeme „privolať“ podľa potreby. Najideálnejšou cestou je oba prístupy spojiť do jednej nite celoživotného vzdelávania sociálnych pracovníkov.

Neil Thompson, autor publikácie *Theorizing Social Work Practice* (2010), píše o svojej osobnej skúsenosti, keď ako sociálny pracovník v zariadení pre deti vykonával svoju profesiu najskôr bez hlbšieho porozumenia toho, čo daná profesia je. Prevažne išlo o napodobovanie toho, čo robili iní zamestnanci. Až neskôr – po absolvovaní univerzitného štúdia a skúsenosti v jednom

pracovnom tíme – porozumel, aké je dôležité, aby prax bola *informovanou praxou*, založenou viac na porozumení než zaužívaných zvykoch alebo mechanickom napodobovaní iných. Podľa Thompsona by sociálni pracovníci mali byť nielen *doers* (ľuďmi činu, aktérmi), ale aj *thinkers* (tými, ktorí uvažujú, mysliteľmi). Mali by byť schopní využívať analytické spôsobilosti porozumieť komplexu zložitých situácií, s ktorými sa stretávajú v práci s ľuďmi. Využívanie analytických spôsobilostí vyžaduje používanie ideí alebo „konceptov“. Porozumenie komplexu situácií prostredníctvom konceptov nazýva Thompson *theorizing*, čiže ich teoretizovaním (por. Thompson, 2010). Uvedený autor používa sloveso *theorizing* (vo všeobecnom význame formulovať teóriu, teoretizovať, špekulovať, uvažovať) – na rozdiel od substantíva *teória* vyjadrujúceho aktuálnu poznatkovú bázu – k opísaniu aktívneho aktuálneho procesu využívania poznatkovej bázy na objasňovanie situácií, s ktorými sa sociálny pracovník v praxi stretáva. Tento proces potom zahŕňa nasledujúce prvky:

1. *Dôverná znalosť poznatkovej bázy* – pokusy o manažovanie komplexu situácií bez adekvátnej úrovne ich porozumenia môžu priniesť katastrofálne dôsledky, napr. ak by sa sociálny pracovník pokúšal pomôcť ohrozenému dieťaťu bez adekvátnej znalosti CAN syndrómu.
2. *Starostlivosť o permanentné, aktuálne vzdelávanie* – poznatková báza sa neustále vyvíja, preto nemožno pripustiť, aby poznanie sociálnych pracovníkov zostalo statickým a stagnovalo.
3. *Používanie analytických spôsobilostí* – schopnosť „operacionalizovať“ teóriu, vedieť odhadnúť, ktoré teórie sú potrebné pre sociálnu prácu, kedy a prečo sú práve tieto potrebné.
4. *Používanie praktických zručností* – schopnosť vedieť zručnosti vhodným spôsobom „naladiť“ do špecifických typov situácie, ktorou sa zaoberáme; mať pragmatické spôsobilosti, angažovanie sa v práci pre ľudí, ale aj „reflektovanie v praxi“.

5. *Mať dôveru a vieru vo vlastné schopnosti* – sebadôvera je dôležitým predpokladom každej činnosti sociálneho pracovníka. Ak by nemal vieru v seba samého, nemožno očakávať, že iní ľudia mu budú dôverovať.

Podobne aj Barbra Teaterová (2010) uvádza, že by sociálni pracovníci mali kriticky posudzovať, evaluovať a reflektovať svoju vlastnú prax. Malcolm Payne (2009) používa v tejto súvislosti výraz *critically reflective practice*, čiže kriticky reflexívna prax. Tá si od sociálnych pracovníkov vyžaduje, aby robili reflexiu svojej práce a kriticky nad ňou uvažovali.

Tento proces môžu začať kladením si nasledovných otázok po stretnutí s klientmi: Čo sa stalo? – Ako to môžem porovnať s predošlými skúsenosťami? – Ako som vtedy konal? – Ako dobre a správne som konal? – Čo môžem robiť ešte lepšie? – Čo môžem konať inak a odlišne? Prvé tri otázky sú nasmerované na reflektovanie situácie a toho, čo sa stalo a ďalšie tri smerujú ku kritickému prehodnocovaniu skúsenosti. Dôležité je uvedomenie si toho, čo sa sociálny pracovník môže zo skúsenosti naučiť, čo môže prispôbiť alebo modifikovať pre budúcu prax (Adams, 2009, s. 234 In Teater, 2010).

Z hľadiska teoretických konceptov prístupu kriticky reflexívnej praxe je zaujímavý model **praxe založenej na dôkazoch** (*evidence based practice*). Pôvod modelu je v medicíne (por. Sackett et al., 1996), v sociálnej práci sa začal uplatňovať v 60. - 70. rokoch 20. stor. V sociálnej práci ide o prístup, ktorý „pomáha ľuďom robiť dobre informované rozhodnutia o politike, programoch a projektoch na základe dostupných dôkazov založených na výskumoch, ktoré sú srdcom politického rozvoja a implementácie“ (Orme, Shemmings, 2010).

Ďalším modelom kriticky reflexívnej praxe je tímová, prípadne supervízna reflexia prípadových štúdií alebo kazuistik v rámci *case-based approach* (prístupu založenom na reflexii prípadov). V oblasti etiky sociálnej práce priniesli veľmi zaujímavý projekt do sociálnej práce Britka Sarah Banksová a Dánka Kirsten Nøhrová (2012). Išlo o projekt medzinárodnej organizácie FESET (Formation d'Educateurs Sociaux Européens), čiže Európskej asociácie tréningových centier pre sociálno-vzdelávaciu prácu s názvom European Social Ethics od roku 1998. Jeho hlavnou náplňou bola systematická práca s „etickými kazuistikami“, ich etickou reflexiou

a využívaním pre výskum a vzdelávanie v etike sociálnej práce. Ide pritom o špecifickú metodológiu „naratívnej etiky“, ktorá využíva príbehy z praxe na objasnenie etickej reflexie a rozhodovania. V tomto prístupe sa nezačína s prezentovaním teórie etiky, ale reflexia začína konkrétnymi prípadmi z praxe, ktoré sú prezentované v rámci systému a špecifických okolností, v akých sa vyskytli. Spoločnou reflexiou sa hľadajú eticky korektné postoje k danému prípadu, prihliadajúc na teoretické znalosti filozofických konceptov etiky, etické hodnoty a princípy prezentované v etických kódexoch sociálnej práce, špecifiká danej organizácie a podobne. „Kazuistika pritom nie je normatívnou teóriou, ale metódou pre robenie etického posúdenia a rozhodnutia. Pri etike založenej na kazuistikách zohráva kľúčovú rolu morálne rozvažovanie“ (Banks, Nøhr, 2012, s. 9).

Kriticky reflexívnu prax môžeme chápať aj ako účinný nástroj zodpovednosti sociálneho pracovníka voči sebe samému a trvalý nástroj skvalitňovania sociálnych služieb. Teoretizovanie praxe je odbornou aktivitou, ktorej je potrebné venovať náležitý čas a pozornosť na viacerých úrovniach:

1. *Osobná* – z hľadiska osoby sociálneho pracovníka ju môžeme vnímať ako jednu z foriem sebareflexie. V rámci nej sa sociálny pracovník pravidelne zamýšľa nad tým, čo vie, čo koná a prečo tak koná, teda analyzuje svoje myšlienky, pocity a konanie. Sem patrí aj schopnosť pracovníka modifikovať svoje vlastné konanie vo svetle reflektovaných skutočností a nových poznatkov (por. Mátel, 2012).

2. *Inštitucionálna, resp. úroveň organizácie* – kritická reflexia praxe sa môže stať súčasťou organizačnej kultúry, ktorej cieľom je zvyšovanie kvality poskytovaných služieb a dosiahnutie čo najväčšieho dobra pre klientov. K povinnostiam organizácie potom patrí poskytnutie dostatočného časového priestoru a sprístupnenie podporných nástrojov, ktorými môžu byť najmä:

- kolegiálne konzultovanie,
- supervízia,;
- ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov.

Zamestnávateľské organizácie majú zodpovednosť, aby zabezpečili adekvátne finančné zdroje nielen pre svojich

klientov, ale aj pre zamestnancov, vrátane podpory ich odborného rastu a supervíznej pomoci.

3. *Profesijná* – sem patrí predovšetkým stavovská organizácia sociálnych pracovníkov, resp. komora sociálnych pracovníkov. Hoci sa o jej zriadenie na Slovensku už v roku 2006 usiloval Štefan Strieženec, legislatívny predpoklad pre jej zriadenie priniesol až profesijný zákon o sociálnej práci v roku 2014. Bližšie informácie o komore uvádzame v nasledujúcej kapitole.

4. *Spoločenská* – z hľadiska makroúrovne a sociálnej politiky je dôležitá inštitucionálna, koncepcná a systematická podpora sociálnej práce a profesionálnych sociálnych pracovníkov. Zvlášť by sme opätovne zdôraznili zabezpečenie finančných zdrojov pre náležité mzdy vysokoškolsky vzdelaných odborníkov, finančnú podporu ďalšieho vzdelávania a forsírovanie realizovania výskumu v sociálnej práci.

1.2 Slovenský profesijný zákon o sociálnej práci²

Dňa 9. júla 2014 Národná rada Slovenskej republiky schválila návrh zákona o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej „zákon o sociálnej práci“). V Zbierke zákonov bol publikovaný pod číslom 219/2014.

Cieľom kapitoly je reflektovať proces tvorby zákona z diachrónneho hľadiska vzhľadom na jeho prípravu, myšlienkové postupy a obsahovo-tematické redakčné úpravy, ktoré ovplyvnili finálnu podobu zákona. Čitateľ zákona o sociálnej práci, ktorý nemal možnosť participovať na procese jeho tvorby, zvyčajne vychádza z finálneho znenia zákona a akékoľvek nejasnosti a sporné časti interpretuje zo synchronného hľadiska. Účelom je obohatiť čitateľov o diachrónnu perspektívu, ktorá môže čitateľovi a prijímateľovi zákona napomôcť hlbšiemu vzhľadu v nasledujúcich oblastiach: a) porozumenie širšieho kontextu vzniku zákona, najmä procesu konštruovania obsahu zákona; b) pomenovanie a predstavenie

² Kapitoly tvorí z väčšej časti príspevok Mátel, A., Schavel, M. *Nový zákon o sociálnej práci: retrospektíva, perspektívy a otázky* publikovaný v časopise Sociálni práce / sociálna práca, č. 1/2014.

klúčových tém dokumentu v rámci širšej – nie vždy jednotnej – expertnej diskusie; c) kritická reflexia prínosu zákona do praxe a načrtnutie niektorých otvorených tém a otázok, ktoré tento zákon pri implementácii môže priniesť.

Špecifikom našej reflexie bolo prelínanie diachrónneho a synchronného pohľadu vzhľadom na skutočnosť, že ide o nedávnu históriu. Ďalším špecifikom skúmania bol dôraz na proces. Tento teoreticky chápeme ako cieľavedomý systematický postup stanoveného subjektu. Zákon ako dokument pritom nechápeme ako konečný výsledok procesu profesionalizácie sociálnej práce na Slovensku, ale ako jeden z jej nástrojov. Ďalším procesným aspektom je, že udalosti, diskusie a myšlienkové posuny, ktoré sa odohrali v priebehu prípravy a v samotnom legislatívnom konaní, ovplyvnili finálnu podobu zákona, a domnievame sa, že aj v budúcnosti budú dôležitým aspektom interpretácie jeho sporných stránok a nejednoznačných formulácií.

Ciele a účel vzniku zákona

Do účinnosti zákona č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov neexistovali pre výkon sociálnej práce žiadne oficiálne pravidlá výkonu – profesijné, etické, právne. Existovali (a aj existujú) v právnych predpisoch upravujúcich jednotlivé oblasti výkonu čiastkové úpravy kvalifikačných podmienok na výkon sociálnej práce pre jednotlivé oblasti výkonu: a) sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela (zákon č. 305/2005 Z. z. v z. n. p.); b) sociálne služby (zákon č. 448/2008 Z. z. v z. n. p.); c) sociálna posudková činnosť (zákon č. 447/2008 Z. z. v z. n. p.). Tieto však nedokázali upraviť podmienky výkonu profesie v celom jej rozsahu.

Hoci bol zákon o sociálnej práci predložený Vláde SR ako iniciatívny návrh Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, išlo o dielo vytvorené v úzkej a intenzívnej spolupráci so zástupcami vysokých škôl, na ktorých sa odbor sociálna práca študuje. Z vlastnej skúsenosti môžeme uviesť, že úzka spolupráca začala už v roku 2011 pod gesciou ministerstva (konkrétne pracovníkov sekcie sociálnej

a rodinnej politiky) a Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci, ktorej v tom čase predsedal profesor Milan Schavel. Už v tom období boli často medzi vzdelávateľmi, pracovníkmi ministerstva a sociálnymi pracovníkmi pertraktované otázky s ohľadom na profesionálne zabezpečenie sociálnej práce v praxi, deficitu reálne činnej profesijnej organizácie sociálnych pracovníkov, resp. komory, potreby celoživotného vzdelávania, aktualizácie etického kódexu a pod. Z prostredia praxe sa často ozývali hlasy o nízkom profesijnom statuse profesie, napriek tomu, že sa neustále v spoločnosti zdôrazňuje jej význam. Uviest' možno aj nepriamu úmernosť medzi narastajúcim počtom absolventov vysokoškolského štúdia odboru sociálna práca a ich statusom v spoločnosti (Schavel, 2012). Na nízky profesijný kredit sociálnych pracovníkov v spoločnosti upozornila aj odborná diskusia návrhu zákona. V rámci medzirezortného pripomienkového konania veľmi pozitívne hodnotila návrh zákona Konfederácia odborových zväzov SR. Podľa ich vyjadrenia „sociálna práca ako profesia nie je spoločnosťou dostatočne oceňovaná, nemá jasne definovaný status, morálne a finančné ocenenie je veľmi nízke“ (por. Vláda SR, 2014). O skutočnosti, že profesia sociálna práca si na Slovensku zaslúži väčšiu spoločenskú pozornosť – bez ohľadu na spoločensko-politické zmeny – svedčí aj fakt, že nová vláda v roku 2012 nielenže proces tvorby zákona nezablokovala, ale dokonca ho včlenila do svojho programového vyhlásenia na roky 2012–2016. V ňom stojí, že „vláda vytvorí podmienky na profesijné zabezpečenie výkonu sociálnej práce“ (Programové vyhlásenie, 2012). Týmto bola prezentovaná politická vôľa uskutočniť zásadné zmeny v uplatnení sociálnych pracovníkov na trhu práce, zabezpečiť posilnenie statusu sociálneho pracovníka, vytvoriť podmienky pre celoživotné vzdelávanie a odbornú graduáciu a zároveň kreovať profesijnú organizáciu na princípe profesijnej komory. Hlavným cieľom zákona je podľa predkladateľov zákona, ako aj členov expertnej skupiny podieľajúcich sa na jeho príprave, podpora profesionalizácie výkonu sociálnej práce, a to najmä ustanovením nevyhnutných kvalifikačných predpokladov a zriadením Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce (por. Vláda SR, 2014).

Zákon má aspiráciu dopadu a pozitívneho kvalitatívneho vplyvu na všetky klientske skupiny sociálnej práce a na prístup vykonávateľov sociálnej práce k službám, ktoré bude pre nich zabezpečovať komora (Sociálne vplyvy predkladaného materiálu, in Vláda SR, 2014). Ako komplexný zákon chce utvoriť bazálny zákonný rámec pre osobitné právne predpisy, podľa ktorých sa na Slovensku vykonáva sociálna práca, najmä v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny, konkrétne v oblastiach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ďalej v sociálnych službách a sociálnej posudkovej činnosti. Nový zákon potvrdzuje, že sa sociálna práca na Slovensku prispôsobuje svetovým trendom, ktoré identifikoval Tomeš (2010). Podľa jeho štúdie sa sociálna práca inštitucionalizuje, profesionalizuje, špecializuje a vnútorne štruktúruje, privatizuje, mení sa obsah, rozširuje sa jej záber a preniká do iných rezortov. Profesionalizáciu konkretizuje tým, že sociálni pracovníci sú verejne uznaní (licencovaní a registrovaní), majú monopol na určitý typ práce, čo im dáva profesijnú výnimočnosť a sú profesijne autonómni.

Sociálna práca ako predmet zákona

Hlavným filozofickým hľadiskom predkladateľov zákona bolo, že sociálnu prácu v praxi môže vykonávať len ten, kto ju vyštudoval, a výhradne ten, kto sociálnu prácu vyštudoval a vykonáva ju v praxi, je sociálny pracovník (Dôvodová správa, in Vláda SR, 2014). V zásade ide o princíp, ktorý v Británii komunikuje Neil Thompson (2010) tvrdením, že sociálna práca je všetko to, čo (profesionálne) vykonávajú sociálni pracovníci. V zákone stojí, že sociálna práca je odborná činnosť vykonávaná sociálnym pracovníkom alebo asistentom sociálnej práce. Predkladatelia pritom nemali aspiráciu predstaviť vedeckú alebo odbornú definíciu tejto disciplíny, keďže táto patrí skôr do oblasti teórie.

Medzirezortné pripomienkové konanie návrhu zákona vyvolalo diskusiu s ohľadom na označenie sociálnej práce pojmami „profesia“ alebo „povolanie“. Napríklad Ministerstvo zdravotníctva žiadalo nahradiť pojem „profesia“ pojmom „povolanie“. Nakoľko slovenský právny poriadok nemá zadaný ani jeden z týchto pojmov, navrhovatelia zákona pojmy vynechali s odôvodnením, že sa v celom

zákone bude hovoriť iba o podmienkach výkonu sociálnej práce (Vláda SR, 2014). Napriek tomu sa implicitne predpokladá chápanie sociálnej práce ako profesie, o čom svedčí napríklad označenie komory ako *profesijnej organizácie* a v rámci jej orgánov zriadenie *profesijnej rady komory*, ktorá svojou činnosťou utvára podmienky na zvyšovanie *profesionálnej úrovne* sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce (por. § 23 zákona). Podobne to potvrdzuje aj používanie *profesijných titulov* sociálny pracovník a asistent sociálnej práce. V tejto súvislosti treba pripomenúť, že sociálna práca – na rozdiel od iných povolání – nie je regulovaná právom Európskej únie. Podľa medzinárodnej klasifikácie zamestnaní (povolání) ISCO-08, ktorú zverejňuje Medzinárodná organizácia práce (ILO, 2007), patrí sociálna práca (social work) do skupiny číslo 26 *špecialisti v oblasti práce, sociálnych vecí a kultúry* a podskupiny 2635 *špecialisti v oblasti sociálnej práce a poradenstva*. Príbuzným zamestnaním sú potom aj odborní pracovníci v oblasti sociálnej práce (podskupina 3412).

V rámci pripomienkovania návrhov zákona sa objavovali názory, že by sociálnu prácu mohli vykonávať aj iné profesie (Dôvodová správa, in Vláda SR, 2014). Zákon svojou filozofiou tomu zásadne odporuje tým, že sociálnu prácu ako odbornú činnosť môže vykonávať výhradne sociálny pracovník alebo asistent sociálnej práce. Okrem sociálnej práce však rozlišuje ešte dva typy činností:

- špecializované odborné činnosti* – ide de facto o užšie zamerané „špecializácie“, tieto vykonávajú sociálni pracovníci (teda už nie asistenti sociálnej práce), ktorí majú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu (por. § 2 ods. 2; § 8 ods. 2);
- nadstavbové odborné činnosti* – ide o rôznorodé odborné činnosti, ktoré nepatria primárne alebo výhradne do oblasti sociálnej práce, teda nie sú vlastné len sociálnym pracovníkom a patria aj do oblasti výkonu iných povolání. Podľa zákona ich môže v oblasti sociálnych vecí a rodiny vykonávať okrem sociálneho pracovníka aj psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg

alebo iná osoba, ktorá spĺňa kvalifikačné predpoklady, vrátane absolvovania akreditovaného vzdelávacieho programu (por. §§ 12–13).

Čitateľ zákona sa však nedozvie konkrétne, o ktoré činnosti sa jedná. Uvádza sa v ňom, že sústavu špecializovaných odborov sociálnej práce ustanoví vláda SR nariadením (§ 5 ods. 5). Podľa predkladateľov zákona z MPSVaR SR pôjde o flexibilnejší legislatívny nástroj. Zo súčasnej praxe je predpokladom, že medzi špecializované odbory môže patriť napríklad sociálna kuratela, sociálna posudková činnosť, do budúcna možno špecializované sociálne poradenstvo, sociálna terapia (resp. socioterapia) a pod. Medzi nadstavbové odborné činnosti môže patriť napríklad supervízia, mediácia a pod. Nadstavbové odborné činnosti sú praktickým príkladom multidisciplinárneho prístupu sociálnej práce, ktorý zároveň rešpektuje hranice rezortov. Zákon o sociálnej práci predpokladá, že sa sociálna práca vykonáva primárne v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny. Pri nadstavbových odborných činnostiach to zákon uvádza (por. § 12), aby nedošlo k zásahu do pôsobnosti iných rezortov. Explicitné zdôraznenie multidisciplinárneho charakteru činností v sociálnej sfére vložili do dikcie zákona cez pozmeňujúce návrhy poslanci vládnej strany. V texte zákona preto stojí: „*Sociálna práca je sociálnym pracovníkom a asistentom sociálnej práce vykonávaná vo vzájomnej súvislosti s inými odbornými činnosťami z oblasti psychológie, práva, medicíny, pedagogiky, sociológie a z ďalších oblastí*“ (§ 2 ods. 3). Keďže v dikcii zákona nie je zrejmé, čo sa presnejšie myslí pod formuláciou „vzájomná súvislosť“ a prečo sú vybrané práve zmienené disciplíny, bude potrebná hlbšia odborná diskusia s ohľadom na spresnenie multidisciplinárneho charakteru sociálnej práce v teoretickej rovine ako aj v aplikačnej praxi.

Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce

Na Slovensku bolo po revolúcii v roku 1989 ešte pomerne dlho používané označenie sociálny pracovník veľmi široko. Podľa Porubskej (1997) sa ešte v roku písania jej príspevku používalo na označenie všetkých osôb, ktoré sa profesijne podieľajú v oblasti sociálnej práce s deťmi, mládežou, dospelými. Išlo pritom o veľmi

široké spektrum realizátorov, koordinátorov, poradcov, tútorov, kurátorov, ktorí pracovali v rôznych štátnych i neštátnych inštitúciách, ale aj charitatívnych organizáciách, nadáciách a v ďalších zariadeniach a ústavoch. O takomto stave platí, že za „sociálneho pracovníka“ je považovaný každý, kto pomáha, a súčasne nikto – veď predsa pomáhajú aj psychológovia, právnici, ošetrovatelky, pedagógovia voľného času, ochrancovia ľudských práv a pod. (Musil, 2008). Pre porozumenie identity sociálneho pracovníka je preto dôležité stanovenie, na základe akých kritérií je možné identifikovať a definovať sociálneho pracovníka, resp. sociálnu pracovníčku. V súčasnosti sú týmito kritériami zvyčajne (Mátel, Schavel, 2014, s. 28):

- kvalifikačné kritérium (minimálne vzdelanie) – toto je potrebné pre zabezpečenie odbornej spôsobilosti. Ide o kľúčové kritérium, bez ktorého sa v súčasnosti nezaobíde žiadne definovanie sociálnych pracovníkov;
- kritérium nutnosti výkonu praxe – vzhľadom naň je možné rozlišovanie absolventov sociálnej práce, ktorí nevykonávajú túto profesiu od sociálnych pracovníkov pôsobiacich v praxi;
- iné kritériá potrebné na výkon práce sociálneho pracovníka – napr. z eticko-právnej oblasti (spôsobilosť k právnym úkonom, bezúhonnosť), nutnosť členstva v profesijnej organizácii, zdravotná spôsobilosť, minimálny vek a pod.

Vzhľadom na kvalifikačné predpoklady pre výkon sociálnej práce sa na Slovensku dlhodobo – na rozdiel od iných krajín (napr. Nemecka alebo Českej republiky) – dávalo do úzadia štúdium sociálnej práce v systéme vyššieho odborného školstva. Už zákonom č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov bolo ustanovené, že sprostredkovanie náhradnej rodinnej starostlivosti, sociálnu kuratelu pre deti, koordinovanie prijímania a realizovania opatrení pre deti alebo pomoci deťom, ktoré sú týrané, pohlavne zneužívané, zanedbávané alebo u ktorých je dôvodné podozrenie z týrania, pohlavného zneužívania alebo zanedbávania alebo ktoré boli obeťou obchodovania, môžu na účely sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonávať len fyzické osoby, ktoré získali

vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca alebo majú uznaný doklad o takom vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou. Obdobne sociálnu kuratelu pre plnoletých mohli na účely tohto zákona vykonávať len fyzické osoby, ktoré získali vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca alebo andragogika. Od 1. 1. 2007 sociálnu prácu v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately mohli vykonávať len fyzické osoby, ktoré získali vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore sociálna práca alebo majú uznaný doklad o takomto vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou a plnenie úloh koordinátora v zariadení pri spracúvaní individuálnych plánov práce s dieťaťom, s plnoletou fyzickou osobou alebo s rodinou môžu vykonávať len fyzické osoby, ktoré získali vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca. Od roku 2009 bol na účely zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. definovaný sociálny pracovník ako „fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca v prvom stupni, druhom stupni alebo má uznaný doklad o takomto vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou“. Od roku 2014 bol novelizáciou zákona pridaný aj tretí stupeň, čím sa umožnilo vykonávanie sociálnej práce v sociálnych službách aj absolventom doktorandského štúdia. V zásade sa tak legislatívne definovanie sociálneho pracovníka priblížilo americkému spôsobu, podľa ktorého sú sociálni pracovníci absolventi škôl sociálnej práce (v bakalárskom, magisterskom alebo doktorandskom stupni), ktorí používajú svoje poznatky a zručnosti na poskytovanie sociálnych služieb klientom (Barker, 2003, s. 410). Takéto chápanie akcentuje vysokoškolské vzdelanie a vykonávanie praxe zároveň a rozlišujú sa v ňom absolventi štúdia odboru sociálna práca od sociálnych pracovníkov v praxi. Ďalšou oblasťou výkonu, ktorá počítala s profesionálnym výkonom sociálnej práce, je sociálna posudková činnosť upravená v zákone č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Do účinnosti zákona o sociálnej práci sociálnu posudkovú činnosť mohol vykonávať

sociálny pracovník a sociálnym pracovníkom mohla byť fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca v prvom, druhom alebo treťom stupni alebo má uznaný doklad o takomto vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou.

Vyššie sme spomenuli základnú logiku, ktorú prevzal nový slovenský zákon o sociálnej práci, podľa ktorej sociálnu prácu v praxi môže vykonávať len ten, kto ju vyštudoval. Tvorcovia zákona však pri kvalifikačných predpokladoch akceptovali len prvý a druhý stupeň vysokoškolského štúdia. Od 1. januára 2015 preto pre potreby legislatívy platí, že sociálnu prácu ako odbornú činnosť môže vykonávať:

- *asistent sociálnej práce* – kvalifikačným predpokladom je získanie vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v študijnom odbore sociálna práca. Týmto sú definitívne vylúčené iné študijné odbory, vrátane študijného odboru sociálne služby a poradenstvo. Na Slovensku ide o nový termín, ktorý prináša zásadné rozlíšenie medzi absolventmi bakalárskeho a magisterského štúdia sociálnej práce aj vzhľadom na možnosti ich pracovného uplatnenia. Asistenti môžu vykonávať odbornú prácu v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v zariadeniach sociálnych služieb a byť odbornými inštruktormi sociálnej rehabilitácie;
- *sociálny pracovník* – kvalifikačným predpokladom je získané vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca. Okrem rovnakého uplatnenia ako asistenti sociálnej práce môžu byť sociálni pracovníci navyše koordinátormi pri spracovaní individuálnych plánov práce s dieťaťom, s plnoletou fyzickou osobou alebo rodinou (pre účely zákona č. 305/2005 Z. z.), vykonávať sociálnu posudkovú činnosť (pre účely zákona č. 447/2008 Z. z.). Okrem toho bude môcť sociálny pracovník vykonávať sociálnu prácu aj ako samostatnú prax.

Zákon okrem toho upravuje používanie profesijných titulov sociálny pracovník, asistent sociálnej práce a sociálny pracovník,

špecialista (§ 36). Tieto sú vyhradené tým, ktorí spĺňajú vyššie uvedené kvalifikačné predpoklady. Slovensko sa týmto priradilo ku krajinám, v ktorých je titul sociálny pracovník chránený zákonom (por. Tomeš, 2010).

Dôležité sú však prechodné a záverečné ustanovenia zákona (§§ 43–46), podľa ktorých sa považuje za sociálneho pracovníka aj fyzická osoba vykonávajúca k 1. januáru 2015 pracovné činnosti, ktoré svojím charakterom zodpovedajú sociálnej práci, nespĺňa kvalifikačné predpoklady vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca, ale spĺňa ich v odboroch psychológia, právo, sociálne služby a poradenstvo, verejná politika a verejná správa alebo v študijných odboroch pedagogického zamerania. Obdobne aj pri funkcii asistenta sociálnej práce, kde stačí buď vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v menovaných odboroch, resp. spĺňa podmienku výkonu praxe sociálnej práce bez náležitého VŠ vzdelania (por. § 45 ods. 1). V zásade je cez tieto ustanovenia odmietnutá retroaktivita. V praxi to znamená, že uvedené ustanovenia umožnia využívať odborný potenciál skúsených odborníkov pôsobiacich aktuálne v praxi (Pozmeňujúci návrh, in NR SR, 2014). Títo však nemôžu byť riadnymi členmi komory, nebudú môcť vykonávať samostatnú prax a používať profesijné tituly (por. § 45 ods. 3).

Otázniky samozrejme vyvoláva absencia **tretieho (doktorandského) stupňa štúdia** v odbore sociálna práca u tých osôb, ktoré majú v prvom a druhom stupni vyštudovaný iný, zvyčajne príbuzný odbor. U nich podľa zákona platí, že napriek 3-ročnému dennému alebo 5-ročnému externému doktorandskému štúdiu sociálnej práce nie sú podľa predkladateľov zákona spôsobilí sociálnu prácu v praxi vykonávať. V procese tvorby zákona sa zvyčajne predkladatelia odvolávali na nedostatočnú prípravu v doktorandskom štúdiu pre prax a prílišné zameranie sa na teóriu a výskum. Otázkou je, či ide o spoločný prístup všetkých, resp. väčšiny vysokých škôl na Slovensku a či legislatívou nebudú zásadne poškodení absolventi doktorandského štúdia sociálnej práce s graduálnym vzdelaním v inom odbore. V zásade budú exkludovaní z profesijnej komunity a vykonávania praxe. Nový zákon im necháva

voľný priestor byť garantmi (špecializačného) vzdelávacieho programu, kde sa požaduje tretí stupeň vysokoškolského vzdelania (por. § 29 ods. 2). Na druhej strane je však požiadavkou garanta aj päťročná prax v odbore, ktorého sa vzdelávací program týka, čo pre dotýčaných bude v odbore sociálna práca veľmi problémové až nemožné. Domnievame sa, že táto exklúzia absolventov doktorandského štúdia bude musieť byť opätovne diskutovaná, tak na úrovni tvorcov legislatívy, ako aj v prostredí vysokých škôl poskytujúcich doktorandské štúdiá v odbore. Za zmienku a ako príklad z dobrej praxe stojí situácia vo Švédsku, kde sú vysoko hodnotení absolventi magisterského a doktorandského štúdia odboru sociálna práca – socionómovia práve kvôli náležitému teoretickému vzdelaniu (por. Tomeš, 2010).

Kvalifikačné kritérium je kľúčovou, ale nie jedinou podmienkou pre odbornú spôsobilosť na výkon sociálnej práce. Ďalšou je celoživotné vzdelávanie, ktorému sa budeme venovať nižšie. Úplnou novinkou v podmienkach Slovenskej republiky je, že sociálna práca sa môže vykonávať nielen v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu, ale aj ako **samostatná prax** (por. §§ 3, 7). Reálne sa bude dať vykonávať až od roku 2016. V rámci verejnej odbornej diskusie ministerstvo požiadalo o vyjadrenie názoru odbornej verejnosti k dvom alternatívam riešenia výkonu samostatnej praxe, a to formou viazanej živnosti alebo výkonu slobodného povolania. Názory smerovali k podpore oboch alternatív, ale nakoniec bola vybraná vhodnejšia alternatíva výkonu samostatnej zárobkovej činnosti, ako je napríklad u umelcov, lekárov, veterinárov, advokátov a iných profesií (Dôvodová správa, in Vláda SR, 2014). Samostatná činnosť pri výkone povolania sociálny pracovník bola teda vyňatá zo živnostenských činností a nebude sa na ňu vzťahovať živnostenský zákon. Podliehať bude zákonným pravidlám pre slobodné povolania. Podmienkou samostatnej praxe bude, okrem splnenia kvalifikačného predpokladu magisterského vzdelania v odbore sociálna práca, získanie povolenia od komory. Žiadateľ pritom musí vykonávať sociálnu prácu najmenej tri roky v praxi a spĺňať aj osobité predpoklady, konkrétne byť bezúhonný, mať spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu a mať zabezpečenú

supervíziu (§ 7). Domnievame sa, že predpoklady bezúhonnosti, spôsobilosti na právne úkony, prípadne aj zdravotnej spôsobilosti (podobne ako v ČR) by mal spĺňať každý sociálny pracovník a asistent sociálnej práce a je na zamestnávateľoch, aby ich aj skutočne vyžadovali. Ak sa zákonnou cestou vyžaduje zabezpečenie supervízie pre výkon samostatnej praxe, obdobne by malo ísť o povinnosť pre zamestnávateľov, aby zabezpečili supervíziu sociálnym pracovníkom a asistentom, ktorých zamestnávajú. Zaujímavosťou s ohľadom na supervíziu je, že pozmeňujúcim návrhom poslancov NR sa podarilo zakomponovať do zákona, že túto môže zabezpečiť *„len fyzická osoba, ktorá skončila odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce v rozsahu najmenej 240 hodín“* (Národná rada SR, 2014). Týmto sa legislatívnou cestou všeobecne opätovne precizoval minimálny rozsah výcviku supervízorov (tento bol doteraz stanovený pre potreby SPODaSK), ktorý by mal byť záväzný pre všetky akreditované vzdelávacie programy ako aj inštitúcie, ktoré ich realizujú.

Vzhľadom na deficit akejkoľvek definície sociálnej práce bolo formou pozmeňujúceho návrhu poslankýň a poslanca NR SR do zákona zakomponované základné interpretačné a aplikačné pravidlo pre výkon sociálnej práce sociálnymi pracovníkmi a asistentmi sociálnej práce, že títo *„uplatňujú prístupy zodpovedajúce cieľu vykonávanej sociálnej práce a poznatkom odboru sociálna práca s využitím odborných metód práce v závislosti od zamerania sociálnej práce...“* (§ 2 ods. 3; NR SR, 2014).

Otázkou je, ako sa nové legislatívne vymedzenie profesie sociálny pracovník a asistent sociálnej práce prejaví aj v ďalších rezortoch, kde sociálni pracovníci pôsobia. Podobne ako v Českej republike platí aj na Slovensku, že regulácia sociálnej práce v zdravotníctve, školstve a trestnej justícii je nedostatočná a systémovo neprepojená (por. Tomeš, 2010). Najhoršia je situácia v školstve, kde nie je sociálny pracovník oficiálne zaradený v príslušnej legislatíve o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch, na rozdiel od sociálneho pedagóga (por. zákon č. 317/2009 Z. z. v z. n. p). V rezorte zdravotníctva doposiaľ stojí, že *„ak ústavné zdravotnícke*

zariadenie poskytuje zdravotnú starostlivosť na oddelení pediatrickom, geriatrickom, doliečovacom, psychiatrickom, medicíny drogových závislostí, gynekológie a pôrodnictva alebo dlhodobo chorých, musí mať v pracovnoprávnom vzťahu sociálneho pracovníka na podporu zmiernenia alebo odstraňovania sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie pacienta v súvislosti s hospitalizáciou a prepustením“ (Vestník MZ SR, 2012). Ide pritom o nižší právny predpis, než je zákon, čoho dôsledkom je, že sa často v praxi ignoruje. Na vedení rezortu zdravotníctva je, aby bol dôsledne uvádzaný do praxe a v dialógu s rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny bolo sprecizované, či bude môcť vykonávať sociálnu prácu výhradne sociálny pracovník – absolvent magisterského vzdelania odboru, alebo aj asistent za istých podmienok. Podobne to je aj v rezorte spravodlivosti, pod ktorý spadá aj Zbor justičnej a väzenskej stráže. Podľa platného predpisu „*výkon sociálnej práce s obvinenými a odsúdenými v ústave na výkon väzby zabezpečuje sociálny pracovník alebo pedagóg poverený vykonávaním sociálnej práce*“ (Zbierka rozkazov, 2008). Sociálny pracovník je podľa tohto predpisu chápaný ako kvalifikovaný odborník v oblasti sociálnej práce. Otázkou je, ak sa aj v súčasnej praxi zboru pripúšťa iné vysokoškolské vzdelanie, než je odbor sociálna práca (napr. pedagogické), či nová legislatívna úprava v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny bude mať adekvátny vplyv aj na tento rezort. Domnievame sa, že aspirácia objasniť a zjednotiť profesijné tituly v sociálnej práci by nemala zostať izolovanou na jeden – hoci aj kľúčový – rezort, ale malo by ísť o celospoločenský konsenzus. Pri zachovaní zásady, že nepôjde o retroaktívnu zmenu, a intenzívnom dialógu s ostatnými rezortmi je táto možnosť reálna, hoci pôjde o beh na dlhé trate.

Vzdelávanie v sociálnej práci v kontexte profesijného zákona

V akademickej oblasti je na Slovensku samostatný študijný odbor sociálna práca integrálnou súčasťou slovenského vysokoškolského vzdelávania od roku 1991. Vtedy bola na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave otvorená prvá katedra sociálnej práce v SR. Podľa Schavela (2012) záujem o štúdium v študijnom

odbore sociálna práca prevyšoval na Slovensku od začiatku kapacitné možnosti škôl. Počet študentov na univerzitách a vysokých školách bol vysoký a motivácia pre štúdium rôzna. Ďalšou okolnosťou, ktorá ovplyvnila zvýšený záujem najmä už zamestnaných uchádzačov o štúdium sociálnej práce, bola skutočnosť vyplývajúca zo zákona č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe, podľa ktorého zamestnanec štátnej správy musel v rámci výkonu svojich odborných činností splňať minimálnu podmienku ukončeného prvého stupňa vysokoškolského štúdia. V tomto prípade išlo najmä o zamestnancov okresných úradov, neskôr úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, s podmienkou začať študovať v zmysle vyššie uvedeného zákona do konca roku 2005. Záujem začať študovať odbor sociálna práca prejavili aj iné cieľové skupiny, ako napr. zamestnanci policajného zboru, trestnej justície, colných úradov, sociálnej poisťovne, samosprávy miest a obcí ako aj podnikatelia, bankovní úradníci, zamestnanci súkromných firiem najmä na úseku personálnych vecí a pod. Na tento mimoriadny záujem začali reagovať aj vzdelávacie inštitúcie na Slovensku svojimi ponukami prostredníctvom akreditovaného vzdelávacieho programu (Schavel, 2014). V súčasnosti sú študijné programy odboru sociálna práca akreditované až na 10 slovenských vysokých školách a ich 18 fakultách.

V rámci medzirezortného pripomienkového konania Ministerstvo zdravotníctva SR upozornilo na problém v praxi, ktorý vychádza zo skutočnosti, že neštátne vysoké školy prijímajú do externej formy štúdia v odbore sociálna práca študentov bez prijímacích pohovorov. Podľa skúseností autorov je táto prax rozšírená aj u viacerých verejných škôl v SR. Sociálna práca je často chápaná len ako možnosť ľahko získať titul, pričom študent po skončení štúdia nikdy nebude pracovať v odbore. MZ SR preto odporučilo externú formu štúdia umožniť len osobe, ktorá už takúto prácu vykonáva a potrebuje si zvýšiť kvalifikáciu pre potreby aplikačnej praxe. Keďže ambíciou zákona nebola úprava podmienok vysokoškolského štúdia, ale úprava podmienok výkonu sociálnej práce v praxi, predkladatelia sa návrhom nezaoberali (Vláda SR, 2014). V každom prípade jestvujúci právny stav ponecháva pomerne veľkú dôveru

v dostatočnú kvalitu vysokoškolského vzdelávania v študijnom odbore sociálna práca, najmä v 1. a 2. stupni. Táto dôvera by podľa autorov mala vyvolať zvýšenú zodpovednosťou všetkých vysokých škôl v Slovenskej republike, aby náležite a zodpovedne pripravovali svojich študentov na praktický výkon sociálnej práce, a to nielen v dennej, ale aj externej forme štúdia, ak ju majú akreditovanú.

Odborná spôsobilosť nie je stotožnená len s kvalifikačným predpokladom, ale podľa dikcie zákona zahŕňa aj podmienku sústavného vzdelávania. **Sústavné vzdelávanie**, resp. absolvovanie vzdelávania na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a zručností potrebných na výkon sociálnej práce, je podmienkou odbornej spôsobilosti počas výkonu sociálnej práce. Povinnosť zabezpečiť podmienky pre sústavné vzdelávanie nesie zamestnávateľ (§ 6 ods.1). Len v prípade sociálnych pracovníkov vykonávajúcich samostatnú prax preberá zodpovednosť k hodnoteniu sústavného vzdelávania komora (§ 6 ods. 2). Pôvodný návrh zákona nenavrhol presné znenie toho, čo by malo patriť do sústavného vzdelávania, ale pozmeňujúcim návrhom poslancov NR boli vložené do znenia zákona nasledujúce činnosti: a) samoštúdium, b) jednorazová vzdelávacia aktivita, c) odborná sťaž, d) publikačná činnosť v tlači alebo publikáciách, ktoré majú odborný charakter a ich obsah sa týka predmetu tohto zákona, e) vedeckovýskumná činnosť týkajúca sa predmetu tohto zákona vrátane účasti na výskumných projektoch (§ 41; NR SR, 2014). Nejasné však zostáva, aké kvantitatívne a kvalitatívne ukazovatele majú byť použité pri hodnotení sústavného vzdelávania. Ak ich aj komora určí pre potreby pracovníkov vykonávajúcich samostatnú prax, budú záväzné aj pre zamestnávateľov? Akým mechanizmom môže byť potom kontrolované?

Zákon upravuje aj základné právne predpoklady **vzdelávania pre rozličné oblasti špecializácie** – teda špecializačné vzdelávacie programy realizované postgraduálnou formou. Predkladatelia považovali za potrebné predložiť právny rámec na zavedenie samostatných vzdelávacích programov, nakoľko tie, ktoré v súčasnosti jestvujú z iniciatívy vzdelávacích inštitúcií, nemajú dostatočnú legislatívnu oporu ani jasne stanovené pravidlá (Osobitá

časť dôvodovej správy, in Vlása SR, 2014). Podľa zákona všetky špecializačné vzdelávacie programy, ako aj vzdelávacie programy pre nadstavbové odborné činnosti, musia byť akreditované, pričom ich zoznam a konkrétne štandardy ustanoví vláda nariadením (§ 29). Zákon o sociálnej práci uvádza len všeobecné podmienky udelenia akreditácie. Rozhodovacie právomoci s ohľadom na akreditáciu si ponechalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Kľúčovým orgánom bude akreditačná komisia zriadená ministerstvom, pričom jej členov menuje minister z odborníkov teórie a praxe (§ 28). Univerzity a vysoké školy budú v akreditačnej komisii zastúpené najmenej tromi členmi a profesijná rada komory najmenej jedným členom (por. § 28 ods. 3). Podobný model akreditačnej komisie funguje aj v súčasnosti, pričom polovicu jej členov tvoria pracovníci štátnej správy (ministerstva a ústredia práce). Otázne je, či akreditačná komisia bude mať viacej členov, ktorí budú zastupovať prax, alebo zostane pri minimálnom počte 1. Definitívne rozhodnutie má priniesť nový štatút akreditačnej komisie, ktorý vydá ministerstvo (§ 28 ods. 3).

Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce

Každý, kto sa chce stať sociálnym pracovníkom, musí získať predpísané vzdelanie, dodržiavať profesijnú etiku a byť členom profesijnej komunity (por. Navrátil, 2000). Spôsob začlenia sa do profesijnej komunity môže byť rozličný v závislosti od spoločenských a právnych podmienok jednotlivých krajín a od požadovaného stupňa formalizácie a inštitucionalizácie. Minimálnym štandardom je náležité kvalifikačné vzdelanie v odbore a reálna účasť na živote profesijnej komunity, v zahraničí chápaná nielen priamou sociálnou prácou, ale aj vzdelávaním, výskumom, manažmentom a pod. V jednotlivých krajinách môže byť okrem toho požadovaný formálny vstup do profesijnej asociácie, komory, registrovanie alebo udelenie licencie. Napríklad v USA model licencií vznikol v roku 1973, od roku 1994 sa požaduje licencia v 47 štátoch USA (Mátel, Schavel, 2014, s. 34). Na Slovensku sa pokúšala v 90. rokoch 20. stor. o formálne spojenie profesijnej komunity

mimovládna organizácia Asociácia sociálnych pracovníkov na Slovensku. Jej členovia v roku 1997 prijali Etický kódex sociálnych pracovníkov Slovenskej republiky, asociácia sa stala členom medzinárodných inštitúcií, ale jej aktivity sa pomerne rýchlo utlmili a v súčasnosti nevykazuje fakticky žiadnu činnosť. Vzhľadom na reálny deficit profesijnej organizácie sociálnych pracovníkov na Slovensku reagovali zástupcovia škôl sociálnej práce inštitucionálne zastrešením v Asociácii vzdelávateľov v sociálnej práci na Slovensku a pracovníci Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR návrhom zriadenia komory formálnou cestou. Tento cieľ naplnil práve nový zákon o sociálnej práci, ktorým sa zriaďuje „komora ako profesijná organizácia združujúca sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce“ (§ 14). Za jej prípravu bol zodpovedný prípravný výbor na zriadenie komory, ktorého členovia pripravili návrh základných dokumentov komory: *Štatút komory, Hospodársky poriadok, Rokovací poriadok, Volebný poriadok, Disciplinárny poriadok, Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v SR*. Ustanovujúci snem komory sa konal 18. septembra 2015 v Bratislave. Na programe stretnutia bolo schvaľovanie vyššie uvedených základných dokumentov komory, voľba predsedu a členov orgánov komory a rozhodovanie o výške členského príspevku a vybraných poplatkoch. Prvým predsedom komory sa stal sociálny pracovník Peter Kulifaj.³

Vo všetkých návrhoch zákona sa predpokladalo povinné členstvo v komore pre sociálnych pracovníkov vykonávajúcich samostatnú prácu z dôvodu toho, že predkladatelia nevedeli nájsť iný mechanizmus, zabezpečujúci v takýchto prípadoch profesionalitu výkonu sociálnej práce, s možnosťou vyvedenia disciplinárnych opatrení pri porušení záväzných právnych predpisov a etického kódexu (Vláda SR, 2014). K zmene došlo počas rozpráv Výboru národnej rady SR pre sociálne veci, ktorého sa zúčastnil aj autor kapitoly. Vtedy nastal súhlas s koncepciou všeobecného nepovinného členstva v komore. Členmi komory môžu byť fyzické osoby odborne spôsobilé na výkon sociálnej práce, musia sociálnu

³ Bližšie informácie o činnosti komory je možné nájsť na webovej stránke www.socialnapraca.sk.

prácu reálne vykonávať a o členstvo formálne požiadať (pozri §§ 14–27). Vylúčení z členstva sú teda absolventi odboru sociálna práca, ktorí sociálnu prácu v praxi nevykonávajú, ako aj súčasní sociálni pracovníci, ktorí nespĺňajú kvalifikačné predpoklady. Ak by išlo o odborníkov, napríklad z oblasti vzdelávania, títo môžu byť za istých procesných predpokladov hosťujúcimi alebo čestnými členmi komory, ale bez hlasovacieho práva (§ 18). Môžu byť členmi jedného z orgánov komory, a síce jej profesijnej rady, ktorá má kompetencie najmä v oblasti profesijnej etiky, vzdelávania a jeho hodnotenia (§ 23). Eticky senzitívny prístup v praxi má zabezpečiť etický kódex profesie. Tento navrhujú a schvaľujú samotní sociálni pracovníci a asistenti sociálnej práce práve prostredníctvom snemu komory na návrh profesijnej rady. Z hľadiska pôsobnosti komory táto predovšetkým *„chráni práva a záujmy svojich členov v súvislosti s výkonom sociálnej práce, poskytuje členom komory bezplatné poradenstvo v súvislosti s výkonom sociálnej práce a sprostredkúva členom komory v prípade potreby zastupovanie v konaní pred súdmi vo veciach súvisiacich s výkonom sociálnej práce“* (§ 15).

Z hľadiska finančného zabezpečenia ponúklo z vlastnej iniciatívy ministerstvo na roky 2015 až 2017 podporu jej činnosti, a to financovaním z vlastnej kapitoly rozpočtu, čím prelomilo nesúhlas Ministerstva financií SR v rámci medzirezortného pripomienkového konania, aby bola komora financovaná z prostriedkov rozpočtu verejnej správy.

Zriadenie komory patrí na jednej strane k najdôležitejším prínosom nového zákona, ale zároveň vyvoláva aj niektoré otázky. Môže byť komora, ktorej zriadenie je do veľkej miery finančne aj procesne podporované, a teda aj ovplyvňované v svojich začiatkoch štátom, stavovskou organizáciou? Bude si môcť zachovať nezávislosť, keď dôjde ku konfliktu záujmu jej členov so štátnymi orgánmi? Prečo sú z jej riadnej činnosti vylúčení tí sociálni pracovníci, ktorí doposiaľ nespĺňali podmienky vzdelania v odbore sociálna práca, ak sa predpokladá ich význam pre prax, len preto, že nespĺňajú súčasne nastavené kvalifikačné predpoklady? Nepríde týmto komora o významných odborníkov z oblasti výskumu

a vzdelávania, keďže nie všetci môžu byť členmi profesijnej rady? Aký bude mať dopad koncepcia dobrovoľného nepovinného členstva v komore na širšiu profesijnú komunitu? Nepríde k triešteniu na členov a nečlenov?

Na záver je zaujímavé uviesť, že hoci zákon o sociálnej práci nebol v Národnej rade prijatý jednohlasne, proti návrhu zákona nehlasoval nikto. Hoci spoločensko-politický kontext ovplyvňoval jeho konečné znenie, zdá sa, že profesionalizácia sociálnej práce je spoločným záujmom zástupcov celého politického spektra na Slovensku. Vzhľadom na viaceré inovatívne prvky obsiahnuté v zákone sa domnievame, že sa tento legislatívny nástroj stane míľnikom na ceste zlepšovania profesionalizácie sociálnej práce na Slovensku. Z hľadiska procesu tejto profesionalizácie je ho potrebné chápať skôr ako zastávku na ceste než ako cieľovú stanicu.

1.3 Výskum v sociálnej práci na Slovensku⁴

V prvej podkapitole sme uviedli, že výskum v sociálnej práci je skôr o tom ako vykonávať sociálnu prácu než prispievať k poznatkom o sociálnych problémoch a ich teoretickému porozumeniu. Ormeová a Shemmings (2010) zaujímavým spôsobom opísali špecifiká výskumu v tomto odbore cez anglické predložky:

Social work research can be *for* social work, *on* social work or *from* social work that is *by* social workers.

Výskum v sociálnej práci má byť *pre* sociálnu prácu, *v rámci* sociálnej práce, *zo* sociálnej práce a je realizovaný *sociálnymi pracovníkmi*.

Z tohto konceptu budeme vychádzať aj v tejto kapitole. Okrem toho je vhodné stručne si pripomenúť z diachrónneho hľadiska chápanie sociálnej práce v našom geopolitickom priestore. Z dejinného hľadiska môžeme rozlíšiť štyri základné historické etapy v novodobých dejinách Slovenska, pretože pre každú z nich je príznačné špecifické chápanie sociálnej práce.

⁴ Kapitola vychádza z anglického príspevku Mátel, A., Mojtová, M. *Research In Social Work in Slovakia*, ktorý bol publikovaný v štúdiu The European Research Institute for Social Work (ERIS) s titulom *Social Work Research across Europe - Methodological positions and research practice* (2014). V publikácii je text aktualizovaný a doplnený.

1. Roky 1918 – 1939 obdobie Česko-slovenskej republiky. Typické preň je preberanie amerických modelov sociálnej práce podľa vzoru M. Richmondovej a J. Addamsovej. Výskum bol v tomto období spätý s prípadovou sociálnou prácou, čoho dokladom je aj dielo *Sociálny prípad* (Krakeš – Krakešová, 1934) alebo bol súčasťou sociologických štúdií (A. Bláha). V tomto období vznikali prvé školy sociálnej práce v Československu. A. Masaryková, A. Berkovcová založili v roku 1918 prvú Ženskú vyššiu školu sociálnej práce v Prahe. Na Slovensku E. M. Šoltésová založila v roku 1925 Ústav M. R. Štefánika, ktorého súčasťou bola aj škola sociálno-zdravotnej starostlivosti.

2. Roky 1939 – 1948 vojnové a povojnové obdobie, vrátane vzniku prvého Slovenského štátu (1939 – 1945). V tomto období bol zriadený Sociálny ústav HSLS v Bratislave, ale jeho činnosť bola primárne zameraná na praktickú sociálnu prácu. V povojnovom období vedecký rozmer sociálnej práce rozvíjala najmä M. Krakešová-Došková. Jej významné dielo *Psychogeneze sociálnych prípadů. O vzniku sociální úchylnosti* (1946) patrí k priekopníckym dielam v psychosociálnom prístupe v prípadovej práci označovanom aj ako sociálna terapia.

3. Roky 1948 – 1989 obdobie Československej socialistickej republiky spojené s totalitným komunistickým režimom. Keďže štát mal ambíciu vyriešiť všetky sociálne problémy, pôsobenie sociálnej práce sa začala presúvať na preventívnu činnosť (Brnula, 2012) a do popredia sa dostala zideologizovaná štátna sociálna politika. Medzi významné výskumné inštitúcie patrila v tomto období Sociologická spoločnosť.

4. Obdobie po novembri roku 1989 a najmä vznik samostatnej Slovenskej republiky 1. januára 2003. V máji 2004 sa Slovensko pripojilo k Európskej únii. Charakteristický je rýchly a masívny vývoj vysokoškolského vzdelávania v odbore sociálna práca po roku 1991, etablovanie sociálnej práce ako samostatnej profesie, ale aj k tomu nepriamo úmerný vývoj sociálnej práce ako vedeckej a výskumnej činnosti. Práve tomuto obdobiu sa budeme venovať bližšie.

1.3.1 Výskum pre sociálnu prácu

Teoretickým aspektom výskumu v spoločenských vedách sa na Slovensku po roku 1989 venovali najmä výskumníci zo spoločenskovedných disciplín, ktorých predmet výskumu je blízky aj sociálnej práci. Patria k nim renomovaní odborníci v sociológii (Ondrejko, Bednár, Matulík), psychológii (Ritomský, Repková) a sociálnej pedagogike (Gavora, Hroncová), pričom niektorí získali vedecko-pedagogický titul docent či profesor už v odbore sociálna práca. Viaceré slovenské výskumné inštitúcie realizujú výskum, ktorý by sme mohli označiť za dôležitý pre sociálnu prácu a jej teoretické koncepty. Výber prezentovaných inštitúcií nepovažujeme za vyčerpávajúci, bol zrealizovaný na základe piatich kritérií: realizácie viacerých výskumných projektov (viac ako 3), výskumný predmet spadá aj pod odbor sociálna práca, verejná dostupnosť výskumných správ, medzinárodná výskumná spolupráca a užívanie výsledkov výskumu v sociálnej práci.

Inštitút pre výskum práce a rodiny (IVPR) – je bez sporu najvýznamnejšou výskumnou inštitúciou dôležitou pre sociálnu politiku a sociálnu prácu. Tento vznikol v roku 2003 zlúčením Medzinárodného strediska pre štúdium rodiny a Výskumného ústavu práce, sociálnych vecí a rodiny. Do roku 2006 pôsobil pod názvom Stredisko pre štúdium práce a rodiny. Jeho zriaďovateľom je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Prioritnou náplňou tejto inštitúcie je výskumná činnosť v oblasti sociálnej a rodinnej politiky, politiky trhu práce, zamestnanosti, zamestnaneckých vzťahov a v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. V súčasnosti je zverejnených v týchto oblastiach takmer dvesto výskumných štúdií, ktoré sú sprístupnené na webe v slovenskom jazyku, skrátené výskumné správy sú aj v anglickom jazyku. Takmer stovka z nich je z oblasti rodiny, prípadne rovnosti príležitostí. Špecifikum Inštitútu je veľmi úzka previazanosť s ministerstvom v oblasti zadávania výskumných úloh a financovania, čo do veľkej miery ovplyvňuje nezávislosť výskumu. Viaceré zadania sú zamerané na monitoring sociálno-politických opatrení v oblasti sociálnych služieb, sociálno-právnej ochrany detí

a sociálnej kurately, náhradnej starostlivosti a politiky rodovej rovnosti. Z hľadiska metodológie IVPR pri medzinárodných výskumných projektoch vychádza zo štandardizovaných postupov Európskej únie a preferuje najmä kvantitatívnu výskumnú stratégiu. Pre sociálnu prácu sú významné nasledujúce výskumné témy a oblasti:

❖ Dlhodobá starostlivosť, v danej oblasti bolo zrealizovaných viacero výskumov (2001, 2008) za účelom podpory systému rodinného (neformálneho) opatrovania a jeho previazania na komunitné plánovanie v sociálnych službách v rámci dlhodobej starostlivosti o odkázaných členov rodiny. Patrí sem aj medzinárodný výskumný projekt INTERLINKS (2008 – 2011), zameraný na vzťahy a prieniky zdravotných systémov a systémov dlhodobej starostlivosti o starších ľudí v Európe.

❖ Sociálna ochrana osôb so zdravotným postihnutím (2006, 2007), osobitne chránená práca pre nich (2012, 2014). Špecifický výskum bol zameraný na systém integrovaného zamestnávania a rekvalifikácie nevidiacich a slabozrakých ľudí (2005 – 2008). Inštitút je zapojený do medzinárodnej Akademickej siete európskych expertov a expertiek na problematiku zdravotného postihnutia (ANED). Garankou mnohých projektov a hlavou autorkou publikácií v tejto oblasti, rovnako aj v problematike dlhodobej starostlivosti, je Kvetoslava Repková.

❖ Prevencia a eliminácia násilia páchaného na ženách (2002 – 2015), prevalencie násilia páchaného na deťoch (2013), skúmanie systému sociálnej ochrany detí pred násilím v rodinnom prostredí (2015) a analýza fenoménu žobrania detí (2010). IVPR je riešiteľom národných projektov Prevencia a eliminácia násilia na ženách a Podpora eliminácie a prevencie násilia na ženách (2014 – 2015). Výskumné výsledky sú dôležitým podkladom pre národné akčné plány prevencie a eliminácie násilia páchaného na ženách a na deťoch. Aplikovaný charakter výskumu dokladuje napríklad zriadenie Národnej nonstop bezplatnej linky pre ženy zažívajúce násilie a špecializovaného dištančného internetového poradenstva.

❖ Inklúzia občanov z marginalizovaných rómskych komunít do spoločnosti. Výskumy boli zamerané na pomáhajúce profesie

v práci s rómskou komunitou (2013), špecifické postavenie žien v marginalizovaných rómskych komunitách (2012) a podporu udržateľnosti bývania (2010).

❖ Chudoba a sociálna exklúzia, skúmanie jej indikátorov (2009), alternatívnych hraníc životného minima (2008 – 2013) a chudoby pracujúcich (2012). IVPR bol riešiteľom projektu Národnej rámcovej stratégie podpory sociálneho začlenenia a boja proti chudobe (2013 – 2014). Inštitút sa pravidelne zapája do analýzy longitudinálnej európskej databázy EU SILC (2005 – 2012), ktorá obsahujú charakteristiky a premenné pre výpočet permanentnej chudoby.

❖ Nové aktívne opatrenia na trhu práce (2010 – 2015) a zlepšovanie pracovných podmienok, vrátane prieskumov nezamestnanosti. Inštitút sa zapája do medzinárodného projektu dublinskej Európskej nadácie pre zlepšovanie životných a pracovných podmienok s názvom Network of European Observatories, ktorý monitoruje kolektívne pracovnoprávne vzťahy, pracovné podmienky a reštrukturalizáciu podnikov (2006 – 2012, 2014 – 2018). IVPR je aj riešiteľom národného projektu Národnej stratégie zamestnanosti (od roku 2014), hlavným garantom je Rastislav Bednárík.

Štatistický úrad Slovenskej republiky je v súčasnosti integrálnym prvkom Európskeho štatistického systému. Pre sociálnu prácu sú dôležité výskumy v oblasti sociálnej ochrany a sociálnych služieb. Uviest' môžeme najmä účasť na medzinárodnom výskume o príjmoch a životných podmienkach domácností EÚ SILC – indikátory chudoby a sociálneho vylúčenia. Ide o harmonizované zisťovanie členských štátov EÚ, ktorého úlohou je zabezpečiť produkciu pravidelných, včasných a kvalitných údajov o príjmoch, chudobe a sociálnom vylúčení v krajinách EÚ. Projekt bol v podmienkach Slovenska zahájený v roku 2005 a stal sa zdrojovou základňou pre analýzy životnej úrovne obyvateľstva, ako i pre koncepčné zámery a prijímanie opatrení, ktoré smerujú k zvyšovaniu kvality života občanov SR. Ďalej môžeme spomenúť ročné štatistické zisťovania údajov o výdavkoch a príjmoch na sociálnu ochranu podľa metodiky ESSPROS (od roku 2007). Slovensko má podľa metodiky 22 identifikovaných sociálnych programov sociálnej ochrany. Pre potreby sociálnej politiky a sociálnej práce poskytuje

Štatistický úrad SR komplexné štatistické údaje o zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike (2003 – 2014). Dôležité informácie poskytuje ŠÚ SR aj pre oblasť politiky zamestnanosti, konkrétne ročné údaje o zamestnancoch a priemerných mesačných mzdách v SR, štruktúre miezd, nákladoch práce v SR a ďalšie výberové zisťovanie pracovných síl SR.

Sociologický ústav Slovenskej akadémie vied je najväčším pracoviskom základného výskumu v oblasti sociológie na Slovensku. Je garantom slovenskej účasti v programoch medzinárodného komparatívneho medzinárodného sociálneho výskumu (ISSP) a výskumu európskych hodnôt (EVS). Ústav vydáva karentovaný časopis Sociológia a prevádzkuje Slovenský archív sociálnych dát, ktorý sprístupňuje verejnosti dátové súbory z výskumov realizovaných na Slovensku. Výskumy realizované ústavom využívajú najmä kvantitatívnu metodológiu. Veľký význam majú pre sociálnu prácu najmä od vlády nezávislé výskumy chudoby a sociálneho vylúčenia. V spolupráci so Slovenskou sieťou proti chudobe z nich vzišli aj tieňové správy o chudobe a sociálnom vylúčení v Slovenskej republike (Kusá, 2012, 2013). Zuzana Kusá je aj hlavnou riešiteľkou aktuálneho výskumného projektu zameraného na sociálnu inklúziu v škole z pohľadu sociológie každodennosti (2014 – 2016). Spomedzi ďalších výskumov významných pre sociálnu prácu môžeme uviesť:

❖ EDUMIGROM Etnické rozdiely vo vzdelávaní a odlišujúce sa vyhliadky mestskej mládeže v rozšírenej Európe (2008 – 2011). Výskumný projekt skúmal do akej miery súčasné vzdelávacie politiky, postupy a skúsenosti v zjavne odlišných režimoch sociálneho zabezpečenia (v deviatich členských štátoch EÚ) ochraňujú mládež etnických menšín pred marginalizáciou a prípadným sociálnym vylúčením a ako etnické rozdiely vo vzdelávaní prispievajú k nerovnakým vyhliadkam mládeže etnických menšín v mestskom prostredí.

❖ Komparatívny výskum drogových politík v krajinách V4 (2011 – 2012). Projekt sa zamerával na deskripciu vývoja drogových politík v krajinách V4 od pádu komunizmu (od r. 1990) po súčasnosť. Cieľom bolo posúdiť nakoľko boli počiatkové podmienky

v jednotlivých krajinách podobné a ako sa ďalej vyvíjali podobnosti a rozdiely v jednotlivých drogových politikách. Tomuto výskumu predchádzala štúdia *Drugs and Drug Policy in the Slovak Society. International Context and Perspectives* (2005 – 2007). V súčasnosti je realizovaný výskumný projekt zameraný na drogovú politiku na Slovensku a v iných krajinách (2014 – 2016).

❖ Využitie všeobecných sociologických teórií pri analýze sociálnych problémov na Slovensku (2011 – 2013). Výskumný projekt sa usiluje preveriť vysvetľujúcu silu teoretických modelov vytvorených v špecifickom prostredí francúzskej, nemeckej a britskej spoločnosti, ak sú zasadené do historicko-kultúrneho kontextu slovenskej spoločnosti.

❖ HELPS Bývanie a domáca starostlivosť o starších ľudí a zraniteľné skupiny občanov a stratégie miestnych partnerstiev v mestách strednej Európy (2011 – 2014). Hlavným cieľom medzinárodného projektu bola tvorba stratégií a metód, ktoré zvyšujú kvalitu života starých ľudí v mestskom prostredí krajín Strednej Európy.

Ústav výskumu sociálnej komunikácie SAV vznikol v roku 1990 pod názvom Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV. Ústav vykonáva najmä základný interdisciplinárny výskum zameraný na komplexné vzťahy medzi sociálnymi, kultúrnymi a psychologickými aspektmi ľudského bytia v nadväznosti na súčasné psychologické, filozofické, pedagogické a iné spoločenskovedné teórie. Zameriava sa na komunikáciu, ktorá je tak predmetom výskumu, ako aj metodologickým rámcom. Z metodologických výskumov významných pre sociálnu prácu môžeme uviesť výskum vybraných problémov metodológie sociálnych a humanitných vied (2002 – 2004). V spolupráci s WHO ústav zrealizoval výskumné štúdie zamerané na rýchle hodnotenia situácie používania návykových látok (1998 – 2000) a stratégie sexuálneho a drogového zdravia (2001 – 2003). V spolupráci s IOM zrealizoval projekt migračného informačného centra (2005 – 2008). Z aktuálnych výskumných projektov môžeme uviesť výskum zameraný na gramotnosť ako nástroj sociálnej inklúzie detí zo sociálne znevýhodneného prostredia a marginalizovaných

komunit (2015 – 2017) a výskum intervencie na zmiernovanie predsudkov voči stigmatizovaným minoritám (2015 – 2019). Ústav vydáva medzinárodný časopis Human Affairs: Postdisciplinary Humanities & Social Sciences Quarterly.

Medzinárodná organizácia pre migráciu (IOM) je medzinárodná medzivládna organizácia, ktorá vznikla v roku 1951 v Ženeve a v súčasnosti sa organizácia venuje rôznym oblastiam manažmentu migrácie na celom svete. Na Slovensku IOM pôsobí od roku 1996, kedy bola podpísaná Dohoda medzi vládou SR a Medzinárodnou organizáciou pre migráciu, na základe ktorej vznikol úrad IOM v Bratislave. V roku 2006 bol ukončený výskum zameraný na integráciu migrantov na trh práce a do spoločnosti. Išlo o aplikovaný výskum, ktorého hlavným cieľom bolo pomôcť pri efektívnom začleňovaní migrantov a obetí obchodovania s ľuďmi do spoločnosti prostredníctvom poskytovania poradenských, asistenčných a reintegračných služieb Migračného integračného centra. Z metodologického hľadiska išlo o kombináciu kvalitatívneho a kvantitatívneho výskumného prístupu. Výskumnými nástrojmi boli hĺbkové individuálne interview, diskusie vo fokusových skupinách a dotazník, ktorý mapoval skúsenosti, postoje, prípadne predsudky majoritnej populácie k migrantom. Ostatne realizovaný výskum IOM bol zameraný na skúsenosti migrantov a migrantiek na Slovensku s násilím. Opätovne išlo o aplikovaný výskum s cieľom vypracovať komplexnú analýzu fenoménu násillia na štátnych príslušníkoch tretích krajín, predovšetkým ako podklad na zavedenie efektívnych legislatívnych, politických a praktických opatrení zameraných na prevenciu, odhaľovanie, potláčanie násillia a riešenie jeho dôsledkov (Blažek et al., 2013).

Vzhľadom na uvedené výskumné inštitúcie treba dodať, že žiadna z nich nerealizuje primárne a explicitne výskum určený disciplíne sociálna práca alebo sociálnym pracovníkom. Transdisciplinárnosť sociálnej práce sa prejavuje tak, že metodologické, epistemologické a teoretické aspekty výskumu v hraničných disciplínach sociálnej práce sú preberané do tejto disciplíny ako celok. Dôsledkom je, že sociálna práca sa javí na Slovensku ako disciplína bez vlastnej a osobitej metodológie. Konsekvenciou na vysokých školách

sociálnej práce je skutočnosť, že študentov sociálnej práce vyučujú nezriedka výskum metodológie z iných disciplín, najmä sociológie a (sociálnej) psychológie.

1.3.2 Výskum v sociálnej práci

V poslednom desaťročí sa viacerí slovenskí autori, najmä z prostredia vysokých škôl, pokúšali načrtnúť špecifiká výskumu v sociálnej práci vzhľadom na iné disciplíny. Táto snaha býva zvyčajne súčasťou hľadania vedeckej identity sociálnej práce. Medzi pionierov, ktorí sa na Slovensku snažili konceptualizovať vedecké, metodologické a teoretické špecifiká sociálnej práce patria Strieženc, Ondrejko, Tokárová, Žilová, Levická, Repková, Brnula, Máteľ a ďalší. Štefan STRIEŽENEC (1938 – 2006) bol autorom prvého, doposiaľ jediného, slovenského slovníka sociálneho pracovníka (1996). Významná bola aj jeho autorská spoluúčasť na zahraničných publikáciách lexikónového charakteru, konkrétne: Dictionary of Social Protection Terms, European Commission (2000) a tiež poľského Leksykon Wideotreningu Komunikacji (2002). Jeho vrcholným dielom bola monografia Teória a metodológia sociálnej práce (2006). V nej upriamuje pozornosť na niektoré vybrané teoretické a metodologické problémy, metodické postupy a zameriava sa na tie systémové prvky, ktoré pomáhajú spoznávať problémové oblasti odboru sociálna práca. Striežencov prínos v oblasti vedy a výskumu je primárne v koncipovaní základnej odbornej terminológie a v dôraze na systémový prístup, ktorý konkretizoval najmä v úzkom prepojení sociálnej politiky a sociálnej práce.

Výskum v sociálnej práci je na Slovensku realizovaný predovšetkým školami sociálnej práce. Tu je potrebné pripomenúť, že na rozdiel od Nemecka a Českej republiky, sa na Slovensku neetablovalo vzdelávanie sociálnych pracovníkov na vyšších odborných školách, ale výhradne na vysokých školách (univerzitách), k činnostiam ktorých výskum integrálne patrí. V súčasnosti je študijný odbor sociálna práca akreditovaný na desiatich slovenských vysokých školách. Tieto inštitúcie by mali byť zároveň strediskami vedecko-výskumnej činnosti odboru.

Z údajov, ktoré tieto inštitúcie verejne sprístupňujú na svojich webových stránkach, sa o výskumných aktivitách niektorých z nich nič nedozvieme. V kapitole vyberáme preto tie vysoké školy respektíve ich organizačné jednotky (fakulty, katedry, ústavy), ktoré realizovali a realizujú výskum v odbore sociálna práca a informácie o ňom sú verejne dostupné prostredníctvom oficiálnych webových stránok. Uvedené sú v geografickom poradí.

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta – Katedra sociálnej práce tuhá vznikla v roku 1991 ako prvá jednoznačne špecializovaná katedra sociálnej práce v Československu. Prví pracovníci katedry (Gabura, Kövérová, Labáth, Pružinská) vychádzali z príbuzných odborov sociálnej práce (liečebná pedagogika, psychológia, psychoterapia, sociológia), preto sa aj veľký dôraz kládol na interdisciplinárny charakter odboru a medzinárodnú spoluprácu. Štúdium na tejto katedre kladie dôraz na sociálno-psychologické výcviky a odbornú prax študentov, vedecký výskum bol doposiaľ okrajovou záležitosťou. Prvé zrealizované výskumy pochádzali od mladších pracovníkov katedry, ktorí parili medzi jej prvých absolventov. Spomenúť môžeme historický výskum v oblasti dejín sociálnej práce (Brmula, 2012), výskum supervízie u začínajúcich profesionálov vo výkone sociálnej práce (Vaska, Čavojská, 2012). Výskumnú činnosť mal na univerzite posilniť Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, ktorý vznikol v roku 2011 pod vedením Evy Mydlíkovej, ktorý sa zameriava na sociálne inovatívne projekty. Táto je v súčasnosti zodpovednou riešiteľkou výskumu zameraného na kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín (2014 – 2016). V súčasnosti stojí na čele ústavu Ľuba Pavelová. Táto je zároveň hlavnou riešiteľkou aktuálneho projektu zameraného na delikvenciu mládeže SR v kontexte vybraných špecifických faktorov (2014 – 2016) a v minulosti aj projektu evaluácie výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach SR (2011 – 2013).

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – zameranie tejto súkromnej vysokej školy je primárne na rozvojovú pomoc (napr. medzinárodný projekt Palliative Care delivery to the

community in developing countries, 2012 – 2015; Risk factors for stigmatisation among PLWHA, 2011 – 2014). Interdisciplinárnosť sociálnej práce sa špecifikuje najmä vo vzťahu k zdravotníckym odborom. V rámci výskumnej, projektovej činnosti a rozvojovej pomoci spolupracuje s viacerými medzinárodne uznávanými inštitúciami, akými sú Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, CHAP, PCAU. Pracovníci Ústavu sociálnej práce sa zameriavajú na výskum v oblasti supervízie (Schavel, Oláh, 2008 – 2011, 2013), vzdelávania v sociálnej práci (Schavel, 2010 – 2012) a profesijnej etiky sociálnej práce (Mátel, 2012, 2015 – 2017). Metodologicky sa často využívajú zmiešané výskumné stratégie, kombinované kvalitatívne a kvantitatívne metodologické postupy. Napríklad výskum v oblasti etiky tvorila kombinácia kvalitatívnej analýzy dokumentov – medzinárodných a národných etických kódexov z 15 krajín a kvantitatívne zisťovanie národných špecifik etiky sociálnej práce na Slovensku. Výsledky výskumu slúžili ako podklady pre tvorbu nového Etického kódexu sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v roku 2015. Výskum v oblasti zdravotného postihnutia realizuje aj katedra sociológie, napr. výskum zameraný na prechod do dospelosti u mladých ľudí so zdravotným postihnutím ovplyvňujúce sociálne faktory (Matulník, 2012 – 2013).

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce – Katedra sociálnej práce je v súčasnosti spojená z hľadiska vedy najmä s garantkou odboru Janou Levickou, ktorá patrí k najproduktívnejším autorkám v oblasti sociálnej práce na Slovensku. Jej výskumné aktivity boli zamerané najmä na sociálne služby (Evalváciu sociálnych služieb, 2011 – 2013; Komunitné plánovanie rozvoja sociálnych služieb v Bratislavskom samosprávnom kraji, 1998 – 2002) a možnosti práce s neorganizovanou mládežou v podmienkach SR (2007 – 2008). V súčasnosti je zodpovednou riešiteľkou projektu zameraného na identitu sociálnej práce v kontexte Slovenska (2013 – 2017). Ďalší projekt pracoviska je orientovaný na analýzu potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska (2015 – 2019). V rámci fakulty boli okrem toho realizované rozvojové výskumné projekty najmä na detašovanom pracovisku univerzity v Keni (2004).

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva – Katedra sociálnej práce a sociálnych vied je z historického hľadiska spojená s pôsobením sociológa Petra Ondrejkooviča, ktorý bol koordinátorom tvorby prvého kurikula sociálnej práce v roku 2003. Ondrejkoovič neskôr pokračoval v pôsobení na Katedre sociológie. Za významný prínos pre oba odbory sú výskumy v oblasti sociálnej patológie, rodiny a anómie (napr. Súčasná rodina na Slovensku na príklade rodiny vytypovaného regiónu v medzinárodnom porovnaní, 2004 – 2006; Prejavy anómie v súčasnej slovenskej rodine, 2008 – 2010). Jeho prínos je aj v oblasti metodológie sociálnych vied a kritickom prístupe k nedostatočnému vedeckému etablovaniu sa sociálnej práce na Slovensku. V ostatnom čase sa výskumné aktivity katedry orientovali na oblasť profesijnej etiky (Tvrdoň, Mališková, 2012 – 2014), medzinárodný výskum zlepšenia uplatňovania absolventov sociálnych odborov na trhu práce (Mátel, Mališková, Hetteš, 2012 – 2013) a bezdomovectva (Haburajová-Ilavská, 2013 – 2015). Aktuálne je realizovaný výskum zameraný na identifikovanie profesijných hodnôt sociálnej práce v SR (Mátel, Mališková, 2015 – 2017). Na fakulte okrem toho pôsobí aj Ústav romologických štúdií. Výskumné projekty sú zamerané predovšetkým na marginalizované rómske komunity, napríklad Sociálne vyčlenenie verzus kultúra – determinanty sociálneho správania obyvateľov osád (Kozubík 2011 – 2014). Aktuálne rieši výskum zameraný na Násilie páchané na rómskych ženách v partnerských vzťahoch (Rác, Mátel, 2015 – 2017).

Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Pedagogická fakulta – výskumné zameranie Katedry sociálnej práce je orientované na výskum mládeže, prácu s mládežou, mládežnícku politiku a subkultúry mládeže (napr. Sociálno-pedagogické aspekty cyberbullingu v podmienkach základných a stredných škôl, Hudecová, 2011 – 2014; Probácia a mediácia ako súčasť vysokoškolskej prípravy študentov pomáhajúcich profesií, Jusko, 2014 – 2016). Úzke interdisciplinárne prepojenie má pracovisko najmä so sociálnou pedagogikou. Novšou oblasťou výskumu katedry je problematika dobrovoľníctva (Broznanová Gregorová).

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta – špecifikom pracoviska je úzke interdisciplinárne prepojenie s katolíckou teológiou a sociálnou náukou cirkví. Preto aj časť

výskumných aktivít pracoviska bola zameraná na vyučovanie katolíckej sociálnej náuky na vysokých školách (2009 – 2010) a sociálne aspekty bioetických konfliktov (Košč, 2007 – 2009). Zahraničné projekty univerzity sú primárne orientované na Poľsko (napr. Komparácia starostlivosti Cirkvi o jednotlivcov s mentálnym postihnutím na Slovensku a v Poľsku, Tisovičová, 2007 – 2009). Okrem toho sú výskumné projekty orientované najmä na prevenciu sociálno-patologických javov (napr. Šikana ako sociálno-patologický jav, Rusnáková, 2008 – 2010). Riaditeľnou Ústavu sociálnych vied je Anna Žilová, ktorá sa z hľadiska výskumu venuje najmä teoretickým aspektom chudoby (Chudoba a jej premeny na Slovensku, 2005) a teoretickým aspektom sociálnej práce ako vedy (Kapitoly z teórie sociálnej práce, 2000; 2003; Úvod do teórie sociálnej práce, 2005; v Poľsku vydané Teoria i zarządzenie w pracy socjalnej, 2007; Between Theory and practice – a modern view on the social work, 2009).

Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta a Pravoslávna bohoslovecká fakulta – Katedra sociálnej práce je súčasťou Inštitútu edukológie a sociálnej práce Filozofickej fakulty. Z dejinného hľadiska bola dlhší čas úzko spätý s odborom andragogika a osobnosťou Anny Tokárovej (1947 – 2013). Táto patrila k prvým zakladateľkám sociálnej práce na Slovensku. Je autorkou prvej komplexnej publikácie o sociálnej práci (2002) a patrila k podporovateľkám vedecko-výskumného prístupu v sociálnej práci. Výskumné projekty Inštitútu boli zamerané na kvalitu života (napr. Kvalita života – kvalita sociálnej práce a vzdelávania dospelých, 2003 – 2005, Kvalita života v sociálnych kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti, 2000 – 2002), rodovo citlivú sociálnu prácu (Maskulinity a feminity vo feminizovaných odboroch, 2011-2013; Rodová rovnosť v prostredí stredných odborných škôl na Slovensku) a sociálnu prácu zameranú na seniorskú populáciu resp. medzigeneračné vzťahy (Balogová, 2008 – 2010). V súčasnosti je Beáta Balogová zodpovednou riešiteľkou projektu zameraného na teoretické a metodologické kontexty socioterapie (2014 – 2016) a Denisa Šoltésová projektu zameraného na canisterapiu (2014 - 2016).

Štúdium sociálnej práce na Pravoslávnej bohosloveckej fakulte vychádza z interdisciplinárnosti tohto odboru k pravoslávnej teológii. Výskumné projekty sú zamerané na antropologické východiská sociálnej práce (Zozulák, 2008 – 2010), skúmanie vzťahu medzi charitatívnou a sociálnou službou v spoločnosti a cirkvi (Zozulák, 2005

– 2007) a využitie experimentálnej oneiroterapie v praxi (Kuzyšin, 2013 – 2015). Oneiroterapia je nová socioterapeutická a rehabilitačná metóda formulovaná ako cielene a systematicky upravená alternatívna forma arteterapie. Jej podstata spočíva v kontrolovanom vyvolaní hĺbkovej introspekcie formou procesu manifestovanej a intenzívnej umeleckej tvorby.

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta – Katedra sociálnej práce je z hľadiska výskumu orientovaná psycho-sociálne, čo súvisí aj so psychologickým vzdelaním garantky odboru Evy Žiakovej. Výskumné projekty katedry boli orientované na analýzu vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci (Lovašová, 2012 – 2014) a interdisciplinárnu analýzu zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov (Žiaková, 2012 – 2014). V súčasnosti je riešený projekt zameraný na sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie (Žiaková, 2015 – 2017).

1.3.3 Výskum realizovaní sociálnymi pracovníkmi

Výskumnú činnosť realizujú sociálni pracovníci na Slovensku žiaľ takmer výhradne počas štúdia v spojení s dosahovaním akademickým titulov: v magisterskom štúdiu (magister Mgr.), rigoróznom konaní (PhDr.) a doktorandskom štúdiu (PhD.), pretože sa v nich vyžaduje výskum. Takýto výskum nie je určený pre prax, ale pre dosiahnutie akademického titulu. Práce zostávajú zapadnuté v univerzitných knižniciach.

Drucker (2003) výstižne uvádza, že samotní sociálni pracovníci v žiadnom prípade nemusia byť bádateľmi vo formálnom akademickom význame, ak to nemá byť ich profesionálnou špecializáciou. Sociálni pracovníci by mali byť primárne horlivými zákazníkmi výskumu. Zo svojej praxe by mali identifikovať a komunikovať príslušným výskumným inštitúciám (napr. školám sociálnej práce), čo by malo byť preskúmané. Podľa tohto autora by profesionálnych pracovníkov z praxe a zo škôl mala spájať identifikácia potrieb, samotné realizovanie výskumu, tvorba a rozvoj

poznatkov, zlepšovanie profesionálnych spôsobilostí a ich aplikácia do praxe. Túto víziu sa niektoré vysokoškolské inštitúcie snažia uskutočniť tým, že aktívne spolupracujú so sociálnymi pracovníkmi v zariadeniach praxe svojich študentov a v tom, že vybraní sociálni pracovníci týchto zariadení môžu byť školiteľmi záverečných prác (ako experti z praxe). Záleží potom na vzájomnej spolupráci týchto externých školiteľov so školami sociálnej práce, aby už zadanie výskumu bolo dostatočne prepojené s aplikačnou pracou. Deficitom je absencia publikovania výsledkov kvalitných prác, ktoré rešpektujú štandardizované metodologické postupy a zároveň sú koncipované pre potreby praxe.

1.3.4 Perspektívy výskumu v sociálnej práci na Slovensku

Na Slovensku je sociálna práca v teoretickej rovine akceptovaná nielen ako pomáhajúca profesie a odbor vzdelania, ale aj ako vedecká činnosť. V praxi je však u nás výskum v tejto vede v počiatkoch. Sociálna práca ako vedná disciplína má isté špecifiká. Na Slovensku je primárne chápaná ako aplikovaná veda, praktická veda, praxeologický odbor, cez jej multi-, inter- a transdisciplinárnosť a kruhový vzťah teórie a praxe (por. Mátel, Schavel, 2015).

Na Slovensku, podobne ako aj v iných krajinách, sa v minulosti realizoval v sociálnej práci takmer výhradne aplikovaný výskum. Tento sa stáva istým paradigmatickým modelom sociálnej práce ako vednej disciplíny. Aplikovateľnosť výskumu sa základnou charakteristickou črtou výskumných aktivít. Dokonca aj výskum, ktorý je v iných sociálnych vedách (napr. v sociológii) chápaný ako základný výskum, má v sociálnej práci význam len vtedy, ak je využiteľný aj v praxi.

Perspektívny model rozvoja výskumu na Slovensku priniesla Repková v štúdií s titulom Integrovaná tvorba poznatkov v sociálnej práci a pre sociálnu prácu (2011). Ako sme vyššie uviedli, samotná autorka sa špecializuje na problematiku dlhodobej starostlivosti a zdravotného postihnutia. Práve z tohto prostredia vzišiel v 80. rokoch 20. stor. kooperatívny (integrováný) výskum v sociálnej oblasti. Dôraz sa pri ňom kladie na utvorenie integrovaných

výskumných partnerstiev. Znamená to výber reprezentatívnych organizácií, ktoré zastupujú záujmy širšej skupiny ľudí, potenciálnych odberateľov čiastkových a celkových výsledkov výskumného projektu, a majú dostatočný vplyv na dosiahnutie sociálnych zmien. Príkladom takéhoto integrovaného postupu je na Slovensku partnerstvo medzi Inštitútom pre výskum práce a rodiny a Národnou radou občanov so zdravotným postihnutím v SR, ako mimovládnu organizáciu zastupujúcou záujmy osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín (Repková, 2011). Táto skúsenosť môže byť inšpiratívna aj pre slovenské vysoké školy.

Viacerí autori (Lulei, 2010, Mátel, 2012b, 2013, Šuvada, 2014) v súčasnosti upozorňujú na dôležitosť konceptu „evidence based practise“, ktorá má síce pôvod v medicíne, ale v sociálnej práci sa začala uplatňovať už v 60.-70. rokoch 20. stor. V sociálnej práci ide o prístup, ktorý „pomáha ľuďom robiť dobre informované rozhodnutia o politike, programoch a projektoch na základe dostupných dôkazov založených na výskumoch, ktoré sú srdcom politického rozvoja a implementácie“ (Orme, Shemmings, 2010). Prax založená na výskume požaduje vytvorenie poznatkov o sociálnej práci z praxe. Takýto výskum môže byť realizovaný najmä tými, ktorí sú priamo zúčastnení v tomto procese, teda sociálnymi pracovníkmi. Perspektívou je preto posilnenie výskumu sociálnymi pracovníkmi najmä rozvíjaním spolupráce so školami sociálnej práce. Potrebne je, aby kvalitné výskumné výsledky boli verejne sprístupnené a publikované. Vhodným priestorom môže byť najmä česko – slovenský časopis Sociální práce / Sociálna práca. Vzhľadom na špecifiká postmodernej spoločnosti by bolo vhodné zriadenie osobitej webovej stránky, ktorej účelom by bolo spravovanie databázy výskumov dôležitých pre sociálnu prácu, v sociálnej práci a výskumov realizovaných sociálnymi pracovníkmi na Slovensku.

1.4 Vybrané teórie sociálnej práce

Vzhľadom na predmet publikácie, ktorým sú metódy sociálnej práce s rodinou, skupinou a komunitou, vyberáme v predložených kapitolách tie teórie, ktoré sú v praxi používané práve pri práci so zvolenými cieľovými skupinami. Patria medzi ne najmä teória vzťahovej väzby, systémové, systemické, sociálno-ekologické a antiopresívne teórie.

1.4.1 Teória vzťahovej väzby⁵

Teóriu pripútania (*attachment theory*) systematicky formuloval od roku 1958 britský psychológ, psychiater a psychoanalytik John BOWLBY (1907 – 1990). Teoretické korene má v psychoanalýze, evolučnej biológii, etológii, fyziológii a v systémových teóriách (Bowlby, 1997). Pripútanie je silná potreba kontaktu voči určitým osobám, je to pretrvávajúci, do značnej miery stabilný a od situácie nezávislý znak pripútačieho správania. Trvalé vzťahové väzby nadväzujú deti len k niekoľkým málo ľuďom (matka, náhradná matka, otec, starí rodičia, súrodenec a pod.), zatiaľ čo pripútačie správanie sa môže podľa situácie zameriavať na viaceré ďalšie osoby. Bowlby pritom postuluje vzťahovú väzbu a pripútačie správanie ako komplexný inštinktívny systém, ktorý nie je odvodený od uspokojovania iných potrieb (Hašto, 2006, s. 29).

Keď sa v nemčine používa výraz *Bindung* je potrebné rozlišovať, či sa tým myslí väzba rodičov na ich dieťa alebo väzba dieťaťa na jeho rodičov. V americkej angličtine sa pre to používajú dva termíny. Väzba / puto rodičov na ich dieťa sa označuje *bonding* a táto zahŕňa pohotovosť rodičov emocionálne sa nastaviť na dieťa a jeho vzťahové signály, starať sa oň primerane jeho potrebám a poskytnúť mu ochranu a bezpečie. Väzba dieťaťa (spravidla) na svojich rodičov sa označuje *attachment* a znamená, že dieťa sa pri svojom hľadaní ochrany a bezpečia obracia na osoby, s ktorými má vzťahovú väzbu. Väzba je zo strany dieťaťa skôr akýmsi bezpečnostným systémom, kým zo strany rodičov skôr opatrovateľský alebo ochranný systém (Brisch, 2011, s. 22).

⁵ Kapitola obsahuje časti z habilitačnej práce Márie Hardy *Koncept teórie vzťahovej väzby v sociálnej práci s rodinou* (2013).

Rodina je primárne prostredie, kde prebieha vytváranie vzťahovej väzby dieťaťa s opatroujúcou osobou, najčastejšie matkou resp. osobami, v ideálnom prípade matkou a otcom. Pripútacie správanie zamerané na uprednostňovanú osobu sa u väčšiny detí za priaznivých podmienok vyvinie v prvých 9 mesiacov života (Ainsworth, 1995, In Hašto, 2006). Dojča prichádza na svet s dedičnou predispozíciou hľadať si osobu pre bezpečnú vzťahovú väzbu, ktorá mu poskytne ochranu, starostlivosť a podporu. V priebehu prvého roku života si dojča vyvinie takúto špecifickú emocionálnu väzbu na takzvanú hlavnú osobu pre vzťahovú väzbu. Táto emocionálna vzťahová väzba zaručuje prežitie a vývin dojčaťa a môže byť nazvaná aj „bezpečným emocionálnym prístavom“ (Brisch, 2011). Peter Fedor-Freybergh (2008) posúva túto základňu života až do prenatálneho obdobia, kedy sa vzťahová väzba medzi matkou a dieťaťom začína vytvárať v prenatálnom období a dokonca už vtedy, keď matka začne rozmýšľať o svojom budúcom dieťati. Podobne to robí aj Karl H. Brisch v diele *Sichere Ausbildung für Eltern* (2010, slovensky *Bezpečná vzťahová väzba*, 2011). V slovenskom predhovore k tejto publikácii Fedor-Freybergh zdôrazňuje, že väzba a vzťah medzi dieťaťom a jeho najbližšími je základom všetkých ďalších vzťahov a väzieb dieťaťa v celom jeho ďalšom živote. Okrem biologickej základnej potreby pre prežitie, bude tento vzťah najvýznamnejším prostriedkom k socializácii, aby jedinec mohol byť úspešne a hodnotne začlenený do spoločnosti, v ktorej žije. Podľa Hašta (2006) bezpečná vzťahová väzba je protektívny faktor pre psychosociálny vývin. Neisté pripútanie sa signifikantne častejšie vyskytuje u pacientov s duševnými poruchami. Zakladateľ teórie vzťahovej väzby, hovorí, že *intímne pripútanie sa k inej ľudskej bytosti je základňou, okolo ktorej sa točí ľudský život nielen počas obdobia nemluvňata alebo batoľaťa alebo školského veku, ale aj po celú dobu dospievania, a tiež zrelosti až do staroby* (Bowly, 2010).

Vzťahovú väzbu, citové puto či príľnutie (*attachment*) môžeme chápať aj ako trvalé emočné puto, charakterizované potrebou vyhľadávať a udržiavať blízkosť s určitou osobou, hlavne v podmienkach stresu. Na základe teórie vzťahovej väzby človek disponuje vrozeným „vzťahovým systémom“, ktorý sa aktivuje, keď

sa objaví vnútorné alebo vonkajšie nebezpečenstvo. Ak nie je možné nebezpečenstvo odstrániť vlastnými silami, spúšťa sa tzv. vzťahové správanie. Malé dieťa sa obracia na osobu, ktorej dôveruje, ku ktorej si buduje špecifickú „vzťahovú väzbu“, napr. na svoju matku alebo otca. Do tejto väzby vstupujú jeho pocity, očakávania a stratégie správania, ktoré si dieťa rozvinulo na základe skúseností s najdôležitejšími vzťahovými osobami. Pre vývin dieťaťa sa zdá byť prospešné a pozitívne, ak si vytvára vzťahovú väzbu ku všetkým členom rodiny. Bezpečnú základňu pri odlúčení od primárnej osoby môžu poskytovať súrodenci alebo širšie príbuzenstvo.

Vzorec vzťahovej väzby sa rozvíja počas prvého roka života na základe prispôsobenia sa najdôležitejším vzťahovým osobám, v priebehu života sa premieňa, ale vo svojich základných štruktúrach zostáva vo väčšine prípadov relatívne konštantný. V otázkach stability reprezentácie vzťahovej väzby sa stretávame na jednej strane s vývinom a kontinuitou typu vzťahovej väzby u dvanásťmesačného dieťaťa až po adolescenciu, a na druhej strane tiež s diskontinuitou charakterizovanou výkyvmi v type vzťahovej väzby v priebehu života.

1.4.1.1 Prekážky utvárania bezpečnej vzťahovej väzby

Vytvorenie bezpečnej vzťahovej väzby je sťažené a takmer nemožné, ak sa dieťa stretáva s určitými patogénnymi vzorcami správania zo strany opatrojúcej osoby. Úzkostní alebo neistí ľudia sú často nezrelí a závislí od druhých. Pri strese majú sklon k prejavu neurotických symptómov, depresii alebo fobií.

V rodine môžu nastať nasledujúce typy patogénneho rodičovského správania (Bowlby, 1976, 2001 In Hašto, 2005, s. 116):

- pretrvávajúce nereagovanie jedného alebo oboch rodičov na pokusy dieťaťa privolať opatrovateľské správanie a/alebo podceňujúci či odmietavý prístup rodiča k dieťaťu;
- viac či menej časté prerušenia vzťahu rodič-dieťa, vrátane pobytu v nemocniciach alebo ústavoch;
- neustále hrozby zo strany rodičov, že dieťa nebudú mať radi, ktoré používajú ako donucovací prostriedok, aby mali dieťa pod kontrolou;

- vyhrážky jedného z rodičov, že opustí rodinu, či to už robí s úmyslom vynútiť si disciplínu dieťaťa alebo tlak na partnera;
- vyvolávanie pocitov viny u dieťaťa tvrdením, že správanie dieťaťa je alebo bude príčinou ochorenia alebo smrti rodiča.

Každé z týchto tvrdení môže viesť k tomu, že dieťa, mladistvý alebo dospelý žije v neustálej úzkosti zo straty svojej vzťahovej osoby. V dôsledku toho má vytvorenú nízku hranicu na spúšťanie vzťahového systému.

Primárne starajúca sa osoba je pre dieťa významná aj preto, že pomáha dieťaťu modulovať úzkosť. Tým pre dieťa predstavuje tzv. *afektívnu nádobu*. Hlavná osoba pre vzťahovú väzbu pomáha dieťaťu vytvoriť si schopnosť tolerovať úzkosť s využitím vlastných mentálnych procesov, ktoré slúžia k vyrovnaniu sa s vnútornými projekciami dieťaťa. Týmto spôsobom sú prvé kognitívne a afektívne fragmenty dieťaťa prijaté a akceptované, čo redukuje úzkosť. Tento proces tiež slúži dieťaťu k rozvinutiu schopnosti abstraktného myslenia. Bowlby (2010; Bretherton In Cassidy, Shaver, 1999) dôveru v prístupnosť jednej špecifickej ochraňujúcej a podporujúcej osoby označuje termínom *istá vzťahová väzba* resp. *vnútorný model fungovania vzťahovej väzby*. Paralelne sa tu vyvíja aj model vlastného hodnotného a kompetentného Ja. Obrátene vzniká model nehodnotného a nekompetentného Ja ako protipól fungovania primárnej osoby, ktorá odmieta alebo znevažuje väzbové potreby dieťaťa. V tomto prípade ide o neistú vzťahovú väzbu resp. neistý vnútorný model fungovania vzťahovej väzby. Vnútorný model fungovania vzťahovej väzby (*internal working model of attachment*) je označovaný aj ako mentálna reprezentácia citovej väzby (Bowlby, 2010; Main et al., 1985; Bretherton, Munholland In Cassidy, Shaver, 1999). Táto kognitívna štruktúra sa vytvára na základe skúseností s dostupnosťou a s reakciami opatrujúcej osoby (matky) v prvých rokoch života. Koncept vnútorných modelov fungovania je pre teóriu vzťahovej väzby zásadný, hlavne v spojitosti s emocionálnou reguláciou a psychopatológiou. Jednotlivé modely sú prepojené navzájom štruktúrou vzťahov, a tým zjednodušene odrážajú skutočne prežívané vzťahy na mentálnej rovine (Bretherton In Cassidy, Shaver, 1999).

Obsahom vnútorných modelov fungovania vzťahovej väzby sú zvnútornené minulé skúsenosti s citovou i fyzickou dostupnosťou opatrujúcej osoby, poskytovanou útechou a ochranou, alebo naopak s necitlivosťou k potrebám dieťaťa, ľahostajnosťou až odmietavou reakciou a nedostupnosťou v prípade potreby. Na základe interakcií dieťaťa s primárnou osobou sa tak vytvárajú vnútorné modely seba a druhých. Tieto modely zahrňujú mimo iného spôsoby interpretácie a spracovanie informácií, očakávania spojené so správaním druhých a v nadväznosti na ne tiež reguláciu vlastného správania a emócií. Navonok sa tak vnútorné modely prejavujú v podobe správania podmieneného vzťahovou väzbou (*patterns of attachment behaviour*). Často sa stáva, že človek (dieťa) používa viac ako jeden vnútorný model vo vzťahu k jednej osobe (tzv. *multiple models*). Mnohonásobné modely sú väčšinou protichodné a vznikajú, keď dieťa okrem primeranej starostlivosti zažíva neúnosné traumatizujúce udalosti, ktoré sú v rozpore s aktuálnym prežívaním dieťaťa. Viac modelov si môžu vytvárať deti s neistým úzkostným a dezorganizovaným typom vzťahovej väzby (Kulisek, 2000, Bretherton In Cassidy, Shaver, 1999; Grossmann, Grossmann, 2001 In Štefánková, 2005; Hašto, 2005). Napríklad rodič môže dieťa nútiť, aby potláčalo svoje prejavy emócií (plač, prejavy úzkosti, atď.) a potrebu vyhľadať rodiča v situácii, kedy prežíva bolesť alebo strach. Rodič tak dáva najavo svoj odmietavý postoj k týmto prejavom, a tým aj k dieťaťu samotnému. Ak dieťa tomuto nátlaku rodiča vyhovie, navonok sa javí ako zrelé a adaptované, čo rodič oceňuje. V dieťati sa tak vytvárajú dva protikladné modely vzťahu. Prvý, vedome udržiavaný, v sebe obsahuje prvky dobrého rodiča, ktorý dieťa odmeňuje za „zrelé a dospelé“ správanie. Druhý model, ktorý je nevedomý, je spojený s predstavou odmietajúceho "zlého" rodiča a je plný potlačovanej úzkosti, hnevu a agresie.

1.4.1.2 Typológia vzťahovej väzby u detí

Typológiu vzťahovej väzby kategorizovala Ainsworthová (1985) na základe výskumnej metodiky nazývanej „neznáma situácia“ (*strange situation*). Táto štandardizovaná metóda vychádza z dvoch predpokladov: systém vzťahovej väzby a exploračné správanie.

Spomínaná výskumná metóda bola uplatnená po celom svete a ukázala sa ako validný a spoľahlivý nástroj. Neznáma situácia vychádza zo sledu epizód, v ktorých sa matka odlúči od dieťaťa a znova sa s ním stretne. Predpokladá sa, že dieťa má okolo jedného roka vyprofilované správanie súvisiace so vzťahovou väzbou, kedy sa systém pripútavacieho správania aktivuje pri cudzích ľuďoch, v cudzom prostredí, pri únave, chorobe, bolesti, odlúčení, stresových podnetoch (In Hašto, 2005; Brish, 2011a).

Osoby, na ktoré dieťa zameriava vzťahové správanie sú milované a po príchode vrelo vítané a chcené. Pokiaľ je dieťa ničím neohrozené v prítomnosti hlavnej vzťahovej postavy, alebo je mu táto postava ľahko dosiahnuteľná, cíti sa v bezpečí. Hrozba straty tejto osoby vytvára úzkosť a skutočná strata zármutok; oboje najviac pravdepodobne vyvoláva hnev. Na základe týchto základných pocitov: odlúčenie a strata, prichádzame ku klasifikácii vzťahových väzieb:

❖ *Istý, bezpečný (secure) typ vzťahovej väzby* – bezpečne pripútané deti prejavujú výrazné vzťahové správanie po odlúčení od matky. Matka predstavuje pre dieťa skutočné bezpečné zázemie. To sa prejavuje hlavne v jej prítomnosti tým, že dieťa sa nebojí skúmať neznámu miestnosť. Zároveň matkinu blízkosť vyhľadáva a usiluje sa o jej prítomnosť. Pri odlúčení dieťa volá na matku, hľadá ju, potom plače a prejavuje mierne až stredné znaky stresu. Na matkin návrat reaguje s radosťou, naťahuje ruky, chce byť pohladené, pomojkané, hľadá telesný kontakt, ale po krátkej dobe sa dokáže upokojiť a vrátiť sa späť k hre. Matkina blízkosť a telesný kontakt sú pre neho upokojujúcimi zdrojmi útechy a pocitu bezpečia.

❖ *Neistý, vyhýbavý (avoidant) typ vzťahovej väzby* – deti s vyhýbavým správaním sú počas odlúčenia zdanlivo adaptované, reagujú iba malým protestom. Ich vnútorné prejavy emócií, hlavne stresu, sú inhibované. Niekedy sa s cudzou osobou hrajú a správajú priateľsky. S matkou neudržujú blízky kontakt a sú odtiahnuté. Po jej návrate je ich správanie poznamenané silnou nedôverou alebo sa kontaktu s ňou vyhýbajú, nechcú byť braté do náruče a mojkane. Väčšinou nedochádza k intenzívnemu telesnému kontaktu.

❖ *Neistý, úzkostný, ambivalentný (ambivalent) typ vzťahovej väzby* – tieto deti po odlúčení prejavujú najväčší stres a usedavo plačú. Po matkinom návrate sa sotva dajú upokojiť. Majú potrebu jej blízkosti a zároveň ju odmietajú. Všeobecne majú tendenciu k maladaptívnemu správaniu, prejavujú agresívne správanie alebo navonok sa javia ako bezmocné a nešťastné. Zvyčajne treba dlhší čas, aby tieto deti dosiahli stabilnejší emocionálny stav po návrate matky. Správanie matiek je ťažko predvídateľné, takže odmietavé deti vynakladajú veľké úsilie na získanie pozornosti a starostlivosti.

❖ *Neistý, dezorganizovaný, dezorientovaný (anxious-disorganised) typ vzťahovej väzby* – mnohé deti sa nedali zaradiť do vyššie uvedených kategórií. Boli u nich zistené často ťažko rozlíšiteľné protichodné či zdanlivo zmätené prvky v správaní, ktoré boli popísané ako „dezorganizované alebo neisté/dezorientované“ (Main, Solomon, 1986). Deti tejto kategórie sa správajú značne nekonzistentne, prejavujú sa u nich protichodné prvky v správaní, gestá a pohyby sú často stereotypné, neprimerané a opakujúce sa. Veľmi rýchlo sa striedajú afiliatívne a vyhýbavé prejavy vo vzťahu k matke, alebo ich zvláštne kombinujú. Napríklad približujú sa k matke a sú k nej otočné chrbtom. Objavuje sa náhle zatuhnutie (*freezing*) a otvorený strach zo starajúcej sa osoby. Výraz tváre niekedy ukazuje známky depresie, zmätenosti či absenciu akýchkoľvek pocitov. Stratégia správania dieťaťa zameraná na redukciu stresu je buď narušená alebo úplne chýba. Táto kategória býva označovaná ako poruchy vzťahovej väzby (*attachment disorder*).

Grossmann et. al. (1997) uvádza percentuálne rozdelenie rôznych vzorcov vzťahovej väzby u detí v rôznych dlhodobých výskumoch v nasledujúcej podobe: 50-60 % detí je bezpečne pripútaných, 30-40 % tvorí neisté a vyhýbavo pripútaných detí a 10-20 % detí je neisté a ambivalentne pripútaných (In Brish, 2011a).

Na základe mnohých výsledkov skúmania treba upozorniť na veľký vplyv sociálnych rizík a záťaží ako sú chudoba, násilie, zlé podmienky bývania. Rodičia, ktorí žili s takýmito bremenami, boli nápadní nepriateľským a bezmocným správaním voči svojim deťom

a mali zároveň častejšie deti so vzorcom dezorganizovanej (patogénnej) neistej vzťahovej väzby.

1.4.1.3 Vzorce vzťahovej väzby v jednotlivých obdobiach života

1. BEZPEČNÉ A AUTONÓMNE VZORCE

V normálnej populácii môžeme zvyčajne očakávať okolo 55-65 % ľudí s bezpečnou vzťahovou väzbou. V hraničných termínoch cítiť sa bezpečne znamená, keď deti aj rodičia disponujú s pozitívnym obrazom o sebe, iných ľuďoch a majú blízke vzťahy. Bezpečne pripútaní jedinci sú obdarení pozitívnym prístupom k sociálnemu životu, väčšinou sú schopní priznať si a zaobchádzať správne, primerane a efektívne so silnými emóciami vrátane strachu, úzkosti a hnevu. To neznamená, že bezpečne pripútaní ľudia majú život bez problémov. Namiesto toho, ich pocit bezpečia je meraný tým, ako sa dokážu vysporiadať so životnými úspechmi a pádmi. Najviac vedia čerpať z osobných a sociálnych zdrojov, aby sa vyrovnali so stresom a problémami. Tiež druhí ľudia vidia osoby s bezpečnou vzťahovou väzbou ako bystrých, emocionálne inteligentných a sociálne zdatných.

Rané detstvo. Matky istých detí sú vnímavé, prijímajúce, spolupracujúce, k dispozícii, dostupné a spoľahlivé. Majú tendenciu správne rozoznávať signály dieťaťa. Existuje synchronizácia medzi matkou a dieťaťom zahrňujúca dobré načasované, recipročné a obohacujúce interakcie. Rodičia sa vyznačujú empatiou, majú zmysel pre harmóniu. Matky, ktoré sú k dispozícii, reagujúce a utešujúce vytvárajú upokojujúce a predvídateľné prostredie. Pomáhajú dieťaťu modulovať silné stavy rozrušenia. Ak matky citlivo reagujú, deti sú oslobodené od dezorganizovaných účinkov intenzívneho emočného rozrušenia, a sú schopné skúmať svet. Toto je prvý krok k tomu, aby dieťa bolo schopné regulovať svoje vlastné emócie spôsobom, ktorý je sociálne vhodný a účinný. Dieťa sa stáva emocionálne inteligentné. Navyše v dospelosti sa emocionálna inteligencia získaná v ranej istej vzťahovej väzbe prejaví vo vytváraní vzťahov s inými, komunikácia sa stáva jasná a ľahko zvládnuteľná. Hnev je snáď najsilnejší prejav vzťahového správania. Bezpečne pripútané deti zažívajú menej hnevu v kratšom časovom

trvaní ako prežívajú deti s neistou vzťahovou väzbou. Opatrovateľ má tendenciu odpovedať rýchlo na prejavy protestu a hnevu, čím chráni dieťa pred vystavením neregulovateľného stresu na príliš dlhý čas. V rámci týchto interakcií dieťa rozvíja vnútorný pracovný model, v ktorom zažíva druhých ako emocionálne dostupných a spoľahlivých, zvlášť v čase potreby a rozrušenia. Deti zažívajú sami seba ako hodné lásky a starostlivosti. Vnútorný pracovný model detí s bezpečnou vzťahovou väzbou napomáha jasnej a priamej komunikácii v prítomných aj budúcich vzťahov.

V bezpečných vzťahových modeloch sú dieťa aj iní ľudia zobrazovaní pozitívne. Výsledkom týchto zážitkov a očakávaní je vytvorenie osobnosti s vysokou sebaúctou a sebarealizáciou. Deti, ktoré majú vysokú sebaúctu a pocity osobnej sebarealizácie vykazujú najvyššiu odolnosť v časoch nepriazne osudu. Inými slovami, je najmenej pravdepodobné, že bezpečne pripútané deti zažijú trvalé alebo ťažké sociálne nešťastie, a práve oni sú najschopnejšie zvládať stres (Howe et al., 1999; Hašto, 2005).

Batolivé obdobie a predškolský vek. Medzi 18 mesiacmi a 4-5 rokmi veku sa dieťa stáva pohyblivé, učí sa rozprávať a postupne sa zvyšuje aktivita v sociálnych vzťahoch. Učia sa vysporiadať so svojimi pocitmi rozumovo požívajúc jazyk a mentálne procesy. Vo vzťahoch sa učia rozoznávať spojenia medzi správaním, situáciami a emóciami, ktoré zapríčiňujú.

Emočné kompetencie. Prostredníctvom jazyka sú rodičia schopní pomôcť deťom, aby vedeli vyjadriť rôzne emócie slovne. Rozoznávanie emócií je veľmi dôležité vo vývoji dieťaťa, ktoré pomáha predvídať neskoršie fungovanie v spoločnosti a tiež uľahčuje reguláciu znevýhodnenia. Schopnosť rozpoznať, rozlišovať a pochopiť emočné stavy je spojená s funkciou usmerňovať vysoké rozrušenie a úzkosť. Deti potrebujú byť schopné hovoriť o svojich pocitoch, reflektovať ich na pozíciu vlastného chápania vzťahov. Bezpečne pripútané deti vykazujú flexibilitu v ich skúsenosti a vyjadrení pocitov, ktorá im umožňuje kognitívne pristúpiť k ich vlastným afektívnym stavom, správne rozumieť sociálnym vzťahom a reagovať adaptívne.

Samostatnosť, explorácia a hra. Bezpečne pripútané deti začínajú prejavovať vzrastajúcu nezávislosť. Dokážu si mentálne predstaviť prítomnosť rodiča, a preto sa prestávajú zaujímať o jeho fyzickú prítomnosť. Toto im umožňuje hrať sa s rovesníkmi dlhšie časové rozpätie bez hľadania rodičovského zapojenia. Začínajú komunikovať a zdieľať ich vlastné myšlienky, pocity a túžby. Tieto skúsenosti potvrdzujú u dieťaťa pocity, že svet je zrozumiteľný, ovládateľný a vnímavý. Zvyšuje sa tiež schopnosť koncentrovať sa, riešiť problémy a vyrovnávať sa s frustráciou. Predstieraná hra, ktorá vyžaduje schopnosť fantázie a predstavivosti, byť niekým alebo cítiť ako niekto, sa stáva dobre vbudovaná do detí s istou vzťahovou väzbou. Čím viac dieťa dokáže objavovať a experimentovať so svojimi vlastnými a aj s myšlienkami a pocitmi iných ľudí, tým väčšie bude ich sociálne porozumenie a vzťahové zručnosti. Čím viac sa dieťa stane kompetentné v sociálnej empatii, tým viac sa bude objavovať morálne a vnímavé správanie. Tiež to znamená, že deti začínajú zažívať viac kultúrne založené emócie ako hanba a vina, ktoré neskôr môžu zamedzovať správanie, ktoré je spoločensky neakceptovateľné.

Školský vek. Bezpečne pripútané deti v tomto veku majú dôveru priznať si a schopnosť porozumieť, a preto zvládajú zložité a úzkosť provokujúce emócie. Deti, ktoré vedia priznať si, prijať a obsahovo spracovať (radšej než vyhnúť sa, zaprieť, obranne rozdeliť alebo nerozumieť) znepokojujúce emócie ako strach a hnev sú lepšie pripravené zvládať a regulovať citové vzrušenie. Správanie detí v školskom veku sa hodnotí v troch oblastiach, v ktorých najčastejšie fungujú: rodina, škola a rovesnícke skupiny. Spôsob, akým deti popisujú vzťahy k rodičom, súrodencom, rovesníkom a autoritám sú kľúčovou záležitosťou pre sociálnych pracovníkov.

Rodinný život. V každodennom vzťahu s rodičmi sú bezpečne pripútané deti primerane a vnímavo spolupracujúce v súlade s rodičovskými usmerneniami. Kvalita komunikácie, prístupnosti a interakcií je dobrá. Ich vnútorný pracovný model vzťahovej väzby zostáva flexibilný, sú schopné používať mnoho stratégií ako zvládať požiadavky sociálnych vzťahov a regulovať rozčúlenie. Tieto deti sa aj naďalej učia zo skúseností. Vnútorný pracovný model je

pravidelne aktualizovaný, revidovaný a reorganizovaný, aby sa zvýšil rozsah možných reakcií jedinca.

Správanie v triede a dosiahnuté vzdelanie. Bezpečne pripútané deti vykazujú menej citovej závislosti na svojich učiteľoch. Ak majú ťažkosti, skôr sa priblížia k učiteľovi pozitívnym a konštruktívnym spôsobom. Lepšie sa správajú, dodržia pravidlá v škole, viac spolupracujú a sú ľahšie zvládnuteľné. Bradley et al. (1988) tvrdí, že deti, ktoré zažili pozitívnu rodičovskú starostlivosť v ranom detstve (6 mesiacov) sa dobre správajú v škole vo veku 10 rokov. Rovnako deti, ktorým boli poskytnuté primerané hračky a podnety vo veku 2 rokov, vykazujú dobré vedomostné výsledky zvlášť v čítaní, keď sú 10 ročné.

Vzťahy s rovesníkmi. Tieto deti sú všeobecne populárne u svojich priateľov, prejavujú empatiu, majú tendenciu rýchlo sa zapojiť do skupinových aktivít a vykazujú nízku úroveň konfliktov pri hre. V strednom detstve deti s istou vzťahovou väzbou preukazujú nasledujúce správanie, potenciál a schopnosti: väčšia koncentrácia pri hraní, pozitívnejší afekt, väčšie sociálne kompetencie, väčšia resiliencia, učelia s nimi zaobchádzajú vecnejšie, nebývajú obeť alebo agresori, disponujú zručnosťami na riešenie konfliktov, väčšia sebaúcta, nižšia bojzľivosť, pomerne málo problémov so správaním a nízka pravdepodobnosť hospitalizácie na psychiatrickom oddelení.

Dospievanie a dospelosť. Bezpečne pripútaní dospelí majú prístup k širokému spektru spomienok z detstva, k dobrým aj k zlým, skúmajú ich reálnym spôsobom. Sú schopní si pripustiť a integrovať bolestnú skúsenosť v ich rozprávaní. Cítia sa slobodne pri hodnotení svojich vzťahových skúseností s blízkymi a inými ľuďmi, rozoznávajú spojenia medzi prítomnými a minulými vzťahmi. Vážia si blízke vzťahy. Jedinci, ktorí zažili zneužívanie, nie sú predurčení stať sa dospelými s neistou väzbou. Mnoho týraných detí bude mať príležitosť zakúsiť vzťahy, v ktorých sa rozvinú pozitívne a flexibilné pracovné modely. Tieto pozitívne modely im pomôžu reflektovať a spracovať negatívne spomienky z detstva (Pianta et al., 1996; Howe et al., 1999; Main, 1996). Príbeh Anny nám ukáže, ako bola schopná sa vyrovnáť s týraním v detstve vyváženým spôsobom (Howe et al., 1999, s. 57):

Anna bola jediné dievča v rodine štyroch detí. Jej otec pracoval mimo domova. Jej matka mala obsesívnu kontrolujúcu osobnosť. Taktiež bola fascinovaná sexuálnymi záležitosťami. Trvala na tom, aby sa jej dcéra poriadne umývala na celom tele dva krát denne, a vždy po kúpaní sa musela nahá postaviť pred matku a bratov, aby ju skontrolovali. Matka veľa rozprávala o sexe a mužoch pred deťmi. Anna bola sexuálne zneužívaná jedným z bratov od 6 rokov počas obdobia 4 rokov. V tom čase vedela, že nemôže ísť k matke hľadať pomoc. Pri spätnom pohľade na udalosť má podozrenie, že jej matka nepriamo podporovala jej zneužívanie. Jej brat používal aj fyzické násilie, aby ju umlčal. Odišla z domu hneď ako bola schopná pracovať v hoteli, kde aj bývala. Napriek tomu, že nebola veľmi úspešná v škole, začala navštevovať strednú školu, kde mala dobré výsledky. V práci bola pravidelne povýšená. Keď mala 20 rokov stretla v hoteli mladého technika, ktorý tam vykonával prácu. Mal stabilný charakter, ktorý dal Anne veľa bezpečia. Neskôr sa zobrali. Napriek tomu nebola schopná zo začiatku sa mu zveriť so svojou traumou z detstva. Nakoniec mu povedala svoj príbeh s plačom a veľkým rozrušením. Manžel prejavil pochopenie a poskytol jej útechu. Anna to označila za začiatok jej rastúcej sebadôvery, ktorá jej umožnila spracovať nešťastné bolestné detstvo, aby mohla fungovať normálne.

Bezpečne a autonómne pripútaní dospievajúci a dospelí môžu tolerovať nedokonalosti na sebe aj na druhých, na svojich rodičov, na svojich súčasných partnerov, vrátane ich vlastných detí. Majú pozitívny obraz o sebe aj o druhých ľuďoch. V rámci vzťahov, hlavne s tými, s ktorými majú intímny vzťah, existuje reciprocita, dokážu sa rozprávať o osobných skúsenostiach, hľadajú kompromisy, počúvajú toho druhého s empatiou a reflexiou, spolupracujú pri riešení problémov. Títo ľudia sa cítia pohodlne v blízkosti druhých, tešia sa zo zdravého sebedomia, dôverujú druhým a vedia si vytvoriť zdravú závislosť na tých, s ktorými sa cítia blízko spojení. Ak majú problémy, vedia sa k tomu pozitívne postaviť, vykazujú veľkú silu koncentrácie a trpezlivosti, zostávajú konštruktívni pri hľadaní riešenia, vyznačujú sa nepoddajnosťou. To však neznamená, že nezažívajú stres. Ak sú vystavení stresu a ťažkostiam, ich resiliencia im pomáha, aby si udržali pozitívne orientovaný dlhší čas. Ak potrebujú pomoc sú otvorení a spolupracujú s odborníkmi, terapeutmi.

Rodičovstvo. Matky s istou vzťahovou väzbou poskytujú viac citlivej starostlivosti svojim deťom a vedia prijať ich negatívne aj pozitívne správanie. Vo vzťahu so svojimi deťmi vykazujú viac synchronizácie, prístupnosti, zapojenia a láskavosti. Matky, ktoré spracovali averzné skúsenosti zo svojho detstva sú menej náchylné k týraniu svojich detí. Predstavujú skupinu rodičov, ktorí prerušili *medzigeneračný prenos týrania detí*. Tieto matky vlastne poskytujú svojim deťom bezpečnú základňu (bezpečný prístav). Počas raného detstva matky sú pohotové, citlivé a dostupné. V neskoršom veku rodičia pomáhajú deťom byť viac nezávislé, tolerujú ich potrebu samostatného správania. Rodičia sú schopní dosiahnuť veku primeranú rovnováhu v otázkach súvisiacich s vývinovým napätím medzi ochranou a disciplínou, socializáciou a individualitou, exploraáciou a bezpečnosťou, odlúčením a útechou. Rodičia detí s istou vzťahovou väzbou používajú disciplinárne stratégie, ktoré využívajú reciprocitu, zdôvodňovanie, vyjednávanie a odporúčanie. Tieto techniky sa zdajú oveľa účinnejšie pri pomáhaní deťom dosiahnuť kontrolu pudov, dohôd a sebadôveru (Howe et al., 1999; Cassidy, Shaver, 1999).

Psycho-sociálne schopnosti, ktoré ponúkajú bezpečné a autonómne vzorce vzťahovej väzby sú vysoko funkčné vo väčšine sociálnych prostredí mimo pôvodnej rodiny. V širšom slova zmysle bezpečná vzťahová väzba poskytuje pozitívne skúsenosti. Psycho-sociálne zručnosti, kompetencie a resiliencia podporované bezpečnou väzbou sú všeobecne spojené s dobrým duševným zdravím. Navyše všetky uvedené znaky bezpečného vzťahového správania môžu pôsobiť ako intervenčné ciele pri práci s deťmi a rodičmi, u ktorých vzťahové správanie bolo klasifikované ako neisté.

2. VYHÝBAVÉ, OBRANNÉ A ODMIETAVÉ VZORCE

V bežnej populácii môžeme očakávať 15-23 % výskyt u ľudí s vyhýbavými a odmietavými vzorcami vzťahovej väzby. Tieto vzorce sú charakteristické pre tých ľudí, ktorí sa cítia úzkostne v prítomnosti silných emócií u seba alebo druhých. Majú problém s vytvorením blízkeho intímneho vzťahu v manželstve alebo rodičovstve, kedy zažívajú zvyšujúcu sa nepohodu a ťažkosti,

nevedia to prijať alebo túžia po odlúčení. Cítiť sa bezpečne je dosiahnuté prostredníctvom nadmerného spoliehania na seba a minimalizáciou spoliehania sa na iných ľuďoch. Samozrejme, že v mnohých aspektoch súčasného života tieto osobnosti môžu byť vysoko funkčné. Pracovné miesta, kde sa vyžaduje riešenie fyzických a kognitívnych úloh je vhodná pre túto kategóriu. Práca zahŕňajúca počítače, prístroje, nápady, abstraktné koncepty a sociálnu izoláciu, je prítlačivá a utešujúca. V istom zmysle, vyhýbavé typy osobností zlyhávajú pri mnohých sociálno-emocionálnych zážitkoch. Je dôležité zdôrazniť, že stredne neisté vzorce sa nerovnajú psychopatológii. Je potrebné sa zamerať na dysfunkčné aspekty neistých vzorcov, ktoré spôsobili negatívne následky a riziká vo vývine detí. Najväčšie riziká sú pre tie deti, ktoré v nejstej vzťahovej väzbe zažili najúzkostnejšie verzie.

Rané detstvo. Matky (opatrovatelia), ktoré sú utrápené alebo nepriateľské voči svojim deťom, spôsobujú svojim malým deťom problém. Čím viac je dieťa požadovacie k naplneniu svojich emocionálnych potrieb, tým viac rozčúlená a odmietajúca sa stáva matka. Napríklad plačúcemu dieťaťu je povedané, že nie je skutočne rozrušené a neexistuje nič, čo by spôsobovalo jeho hnev, aj keď dieťa je hladné, zranené alebo potrebuje prebaliť. Matky si potreby dieťaťa vysvetľujú podľa svojich potrieb a pocitov. Toto podkopáva dôveru dieťaťa vo svojom vlastnom vnímaní. Vo všeobecnosti charakteristický štýl rodičov detí s vyhýbavou vzťahovou väzbou je kombináciou úzkosti, strachu, odmietnutia a nepriateľstva zmiešaný s kontrolou, vtieravosťou a nadmernou stimuláciou. Namiesto napĺňania potrieb vzťahovej väzbu u dojčťa, matka alebo opatrovateľ sa stávajú emocionálne menej dostupní a viac psychicky vzdialení.

Výsledkom je, že vzťahová väzba u dieťaťa a vyjadrovanie negatívnych emócií je zamedzovaná. Emócie sa stávajú deaktivované, potlačené, sfalšované a tlmené. Napriek úzkosti, deti prispôbia svoje správanie voči rodičom, aby bola zaistená ich maximálna dostupnosť za daných okolností. Deti obmedzia vyjadrovanie hnevu a rozrušenia, čo neznamená, že fyziologicky nezažívajú strach alebo silné emócie. V domácom prostredí matky

neiste vyhýbavých detí nielen odmietajú vzťahové správanie, ale v extrémnych prípadoch, sa prejavujú odmietavo k fyzickému kontaktu. Opatrovatelia detí s vyhýbavou vzťahovou väzbou sa psychologicky vzdialia od emočne ladeného stretnutia. Deti týchto matiek sa snažia vyrovnat' tým, že zatvoria svoje emócie vo vnútri. Takáto stratégia odreže dieťa zo sveta emócií a blízkych vzťahov. Jedinci, ktorí zablokovali svoje silné emócie sa prejavujú ako nezávislí, chladní, falošní, spoločensky nemotorní a dokonca aj trochu divní (Crittenden, 1995).

Prežitie skúsenosti učia deti s neistou vyhýbavou vzťahovou väzbou, že prejavenie úzkosti a pokusy dostať sa blízko spôsobujú u druhých ľudí vyhýbanie sa. Preto, najefektívnejší spôsob ako udržať druhých k dispozícii v sociálnych situáciách je byť nenáročný a sebestačný.

Detstvo. Deti s vyhýbavou vzťahovou väzbou v predškolskom veku nahradia správanie vyhýbania sa za psychologické zábrany. Je menej pravdepodobné, že budú hľadať emocionálnu podporu u svojich opatrovateľov (primárnej osoby). Ich štýl vzťahovej väzby sa stáva nezávislý, chladný, dokonca sociálne prijateľný. Deti sa naučili, že úspechy a výkony sú viac cenené ako citová blízkosť. Rodičia odmietajú a znevažujú vzťahové potreby dieťaťa a viac si všímajú a chvália ich kognitívne úspechy. Rodičovský záujem, súhlas a odmeny sú dávané deťom, ak preukážu vlastnosti ako nezávislosť, zvládanie úloh, fyzickú statočnosť alebo študijné výsledky. Pozitívne vnímanie seba samého je podmienené potláčaním hnevu, bolesti a v preukazovaní sebestačnosti a úspechu. Deti sa vyznačujú spoluprácou a dohodami, ale nedokážu prejavit' intímnosť a blízkosť. Hoci túžba byť sebestačný je silná, čím viac je vyhýbavá osobnosť extrémnejšia, tým môže tiež prejavit' nepriateľské a antisociálne správanie. Vyhýbanie sa vzťahom pokračuje aj v školských rokoch u detí s neistou odmietavou vzťahovou väzbou. Vnútorňý pracovný model funguje na princípe, v ktorom druhí ľudia nie sú k dispozícii, ale ja je silné, pod kontrolou a nie je ľahké ho emocionálne rozrušiť alebo vyviesť z rovnováhy. Preukázanie emócií naznačuje slabosť a zraniteľnosť. Vyhýbavé osobnosti sa pokúšajú modifikovať svoje vlastné správanie ako

spôsob obrany proti sociálnemu vylúčeniu a predpojatosti. V niektorých prípadoch môžu deti prevziať aspekty rodičovskej starostlivosti vo forme obrátenia rolí. Dieťa cíti úzkosť a chce robiť veci správne, potešiť rodiča. Ak sa situácia zhorší a rodičia sú nešťastní, smutní alebo odmietaví, deti s vyhýbavou vzťahovou väzbou sa cítia za to byť zodpovedné, duševne labilné, vinné a zahanbené. Toto pravidelné zdráhanie sa vyjadriť, prijať a uvedomiť si emócie znamená, že citové stavy detí nie sú flexibilne integrované s poznaním v ich vnútornom pracovnom modeli vzťahovej väzby.

Vzhľadom k tomu, že vyhýbavé deti sa naučili, že preukazovanie emócií prináša odmietnutie, smútok a bolesť, a teda akékoľvek porušenie opevnenia emocionálneho popretia v sebe alebo u druhých, zapričiňuje úzkosť. Výsledkom môže byť prehnaná, hoci krátko trvajúca strata kontroly, v ktorej hnev a agresia, netrpezlivosť a netolerancia náhle explodujú. Príbeh Kataríny a jej dcéry Elišky ilustruje mnohé časti správania, ktoré je charakteristické pre ľudí s vyhýbavým vzorcom vzťahovej väzby (Gregory, 1997 In Howe et al., 1999):

Eliška je 8 ročné dievča. Má dve mladšie sestry vo veku 6 rokov a 1 rok. Eliškina matka Katarína má 32 rokov a v súčasnosti žije s Petrom, ktorý je otcom najmladšej dcéry. Katarínin otec bol v armáde. Bola najstaršia z troch detí. Jej rodičia sa rozviedli, keď mala 6 rokov. Katarínina matka začala veľa piť. Mala nového partnera v búrlivom vzťahu. Existuje nepotvrdené podozrenie, že Katarína mala byť sexuálne zneužívaná ako dievča.

Katarína sa musela starať o svojich mladších súrodencov, keď matka pracovala celý deň. „Nikdy som nemala detstvo“, povedala Katarína, „musela som sa starať o najmenších, zaviesť ich do školy, variť a upratovať. Veľmi som sa trápila, ak neboli urobené domáce práce.“ Vo svojich spomienkach Katarína opisuje pocit veľkej straty. Nemala nijakých priateľov. Ako deti rástli, jej mladšia sestra bola náročná v usmerňovaní a kontrole. Stalo sa, že jej sestra navštevovala dom starého pedofila, s čím sa Katarína nemohla vyrovnáť a vytesnila si tieto starosti celkom z mysle. Napriek všetkým týmto ťažkým požiadavkám, Katarína opisuje svoju matku ideálne – „bola to dobrá matka“. Rodinným mottom bolo pokračovať ďalej, nech sa stane čokoľvek.

Katarína odišla z domu, keď ukončila školu a žila v meste blízko svojej matky, ale ju nekontaktovala. Keď mala 19 rokov otehotnela. Nebola šťastná pri myšlienke mať dieťa, ale nechala si ho. Keď Eliška mala rok, Katarína trpela ťažkou depresiou, cítila sa izolovaná. V druhom roku Eliškinoho života, sa Katarína začala cítiť odpojená a vzdialená od svojej dcéry. Čím viac sa Eliška dožadovала matky, tým viac sa Katarína cítila nahnevaná. Neznášala obmedzenia, ktoré prináša starostlivosť o dieťa, chcela ísť študovať vysokú školu, cítila sa chytená do pasce opatrovateľskými povinnosťami. O niekoľko rokov neskôr stretla iného muža, a mala neplánované tehotenstvo. S príchodom nového dieťaťa sa Eliškine správanie zhoršilo. Katarína o Eliške povedala, že „nikdy som ju nemala rada odkedy sa narodila, nepasovala mi.“ Katarína požiadala o odovzdanie Elišky do pestúnstva. Úrad sociálnych vecí sa rozhodol podporiť Katarínu službami a nechať Elišku s jej matkou. Všetko sa zhoršilo, keď Eliška dovŕšila 6 rokov, presne v tom veku sa musela Katarína začať starať sama o seba. Katarína necítila žiadnu náklonnosť k svojej dcére, nechcela sa jej ani dotýkať, ani ju utešiť, keď bola rozrušená. Až keď matka pohrozila úradom, že Elišku uškrtí, SPODaSK zobrala dieťa do náhradnej starostlivosti na 2 mesiace. Každému sa zdala ako veľmi nešťastné dieťa, ktoré si držalo svoje trápenia pre seba. V skupine detí bola veľmi pasívna, chcela len držať učiteľku za ruku, doma však bola agresívna, bila svoje sestry a rozbíjala hračky. Počas návštevy sociálneho pracovníka sa Katarína pozerala na televízor a Eliške dovolila priblížiť sa iba odzadu tak, aby nevidela jej tvár. Domácnosť bola čistá a uprataná. Katarína sa sťažovala na deti, že jej rozhadzujú a špinia dom, preto ho nemôže neustále udržiavať tak ako by chcela. Katarína počas celej návštevy ani raz neprejavila záujem o Elišku. Katarína bola objednaná na vyšetrenie na psychiatriu, ale neprišla.

Katarína opisuje seba ako veľmi silnú osobu. Verí, že ak jej život nadelil ťažkosti, musí byť tvrdá, aby nikto po nej nešliapal. Zvykla ľuďom dávať rady v ťažkostiach. Sama sa hnevala, že všetci očakávajú, že bude bojovať s problémami, ale cítila, že sa už viac nechce trápiť. Chcela, aby sa niekto postaral o jej potreby, mala svoje plány a ambície. Každý je však hovoril, že sa musí starať o domácnosť, vychovávať deti, vyrovnáť sa so všetkým, musí sa obetovať veď je matka. Trpela bulímiou a znova žiadala o odobratie Elišky. Katarína vedela, že sa znova cítila v úzkostiach a depresii. Nie dlho na to, Katarína prerušila všetky kontakty so sociálnymi pracovníkmi, prestala chodiť do denného centra pre deti.

Správanie v škole a v rovesníckych skupinách. Deti s vyhýbavou vzťahovou väzbou uprednostňujú prispôbiť sa a dokonca páčiť sa v prítomnosti autority. Niektoré sú snaživé, sami sa nútia k dobrým výsledkom v škole. V iných prípadoch, deti vykazujú perfekcionistické a nutkavé tendencie. Je treba pripomenúť, že úspech alebo rozumné správanie je dôležité pre tieto deti. Prejavovaný záujem o veci a nápady je neosobný, bez emócií ak sa to týka osôb. Pritom za týmito reakciami môžu byť ukryté pocity úzkosti a napätia, izolácie a smútku, ktoré môžu viesť k zábleskom agresivity. Ak má učiteľ obľúbeného žiaka v triede, môže sa stať obeťou šikanovania týmito deťmi, hlavne ak sú doma týrané. Deťom s vyhýbavou vzťahovou väzbou chýba empatia, sociálna citlivosť, majú slabé porozumenie pre jemnosť vnútorného života, môžu sa zdať netaktné, neohrabané a nepríjemne v spoločnosti. V istom zmysle sa naučia používať svoje rozumové schopnosti na pochopenie vonkajších emocionálnych udalostí. V tomto rozsahu sa stanú zručné v zaobchádzaní so sociálnymi situáciami. Často sa stáva, že práve v dospelosti ľudia s vyhýbavou vzťahovou väzbou idú študovať vzťahy a ich koncept v ľudskom živote. Podvedome hľadáju to, čo nemali možnosť zažiť ako deti.

Dospievanie a dospelosť. Tendencia minimalizovať dôležitosť vzťahových väzieb a potreby druhých ľudí pokračuje do obdobia dospievania a dospelosti. Ak sa v ich živote vyskytne silné emočné rozrušenie, jedinci sa stretnú s ťažkosťami pochopiť, spracovať alebo ich regulovať. Vnútorný pracovný model vzťahovej väzby u týchto ľudí je založený na tvrdení, že iní ľudia ich nemusia mať radi.

Charakteristika vyhýbavých (*avoidant*) vzorcov u dospelých ľudí je spojená s dvoma typmi vzťahovej väzby. Prvý typ ľudí má tendenciu minimalizovať emocionálny účinok na vzťahy, prítomné aj minulé. Zvlášť sa objavuje systematické vyvarovanie sa a zamietnutie negatívnych skúseností a spomienok. Informácie súvisiace s väzbovými vzťahmi sú vylúčené z povedomia. Druhý typ ľudí je klasifikovaný samostatným prístupom k vzťahom a je popisovaný ako oddelený alebo odmietavý (*dismissing*). Pri popisovaní spomienok z detstva, ich všeobecné rozprávanie nemá podklad v konkrétnych príkladoch, ani šťastných ani bolestných

spomienkach (Howe et al., 1999). Títo jednotlivci sú dobrí pri plnení svojich úloh, majú silný zmysel pre kontrolu. Agresívne správanie je prítomné pri vysokej frustrácii, kedy cítia nepokoj, úzkosť alebo hnev. Je pre nich veľmi znepokojujúce, ak boli plány narušené alebo výsledky ignorované. Potrebujú dodržiavať pravidlá a stále žijú s pocitom, že pozornosť získajú ako odmenu za prijateľné správanie. Existuje v nich značný zmysel pre spravodlivosť a nespravodlivosť, správne a nesprávne, dobré a zlé, čo ich robí rigidnými a punktičkárskymi pre pravidlá. Bartholomew a Horowitz (1991) definujú vnútorný pracovný model vyhýbavej osoby ako taký, v ktorom vlastné ja je videné ako silné a pozitívne, kým druhí sú videní ako tí, ktorí nie sú k dispozícii a potenciálne v odpore a odmietaní. Dospelí s odmietavou vzťahovou väzbou zvyčajne nehľadajú spätnú väzbu. Ich výroky sú charakteristické tým, že sa necítia dobre v blízkom vzťahu, preferujú nebyť závislí na druhých alebo aby iní záviseli od nich. Je pre nich dôležité, aby sa cítili nezávisle a sebestačne. Tieto postoje sú vypracované na základe raných skúseností z detstva, kde primárna osoba nebola emocionálne k dispozícii a pozornosť rodičov dieťa získalo iba vtedy, ak robilo všetko dobre bez zbytočného rozruchu.

Vzťahy v dospelosti. Úzkosť, ktorú môže blízky vzťah potenciálne zapríčiniť, vedie k rôznym spôsobom obranného sociálneho správania, vrátane emocionálneho stiahnutia, držanie tajomstiev, nezdieľanie vedomostí, neochota zverejniť informácie o sebe (pocity, miesta pobytu, iné vzťahy, osobné problémy a aktivity) a nedostatok emocionálnej empatie. Keď iní ľudia vyjadria silné emócie alebo sa správajú nesamostatným spôsobom (sú chorí alebo nemôžu pomôcť), úroveň úzkosti a podráždenosti u ľudí s vyhýbavou vzťahovou väzbou sa zvyšuje. V situáciách, v ktorých sa môže očakávať vzbudenie pocitov úzkosti, ľudia s vyhýbavou a odmietavou vzťahovou väzbou tlmia svoj vzťahový systém. Sami seba alebo druhých vidia ako emocionálne neschopných v čase konfliktu alebo rozrušenia. Korene vidíme v indisponovanosti rodičov byť oporou pre dieťa v strachu a v rozrušení. Týmto ľuďom chýba pochopenie, podpora a láskavosť pre iných (Simpson et al., 1996).

Fyzické zdravie a choroba. Hazan a Shaver (1987, 1990 In Howe et al., 1999) uvádzajú, že neistí jednotlivci (úzkostní aj vyhýbaví) popisujú viac psycho-somatických a fyzických chorôb ako iste pripútaní jedinci. Neschopnosť hľadať útechu a pomoc u iných v časoch potreby môže viesť k psychicky chorobnému zdraviu, ktoré produkuje fyzické symptómy. Je dokázané, že emocionálne potláčanie môže zapríčiniť napätie a tlaky vedúce k istým typom slabého zdravia, vrátane nervozity, ťažkých bolestí hlavy a úzkostiam.

Poruchy príjmu potravy. Cole-Detke a Kobak (1996) vo svojej štúdií identifikovali fakt, že poruchy príjmu potravy sú asociované s odmietaním alebo minimalizovaním hnevu voči rodičom. Tendencie s poruchami príjmu potravy boli spojené s otcami, ktorí boli emocionálne nedostupní, nepriateľskí alebo tiež nahnevaní a kritickí vo vzťahu ku svojim dcéram. Tieto ženy s poruchami príjmu potravy bagatelizovali pocity hnevu a zraniteľnosti. Ironicky sa snažili zlepšiť vzťahovú väzbu k otcovi tým, že sa zamerali na zmenu svojho vzhľadu.

Drogová a alkoholová závislosť. Niektoré výsledky výskumu ukázali, že odmietavé stratégie (poškodenie vzťahovej väzby, absencia ideálov, absencia hnevu) sú spojené s vyšším stupňom zneužívania tvrdých drog (Allen et al., 1996). Jedinci s úzkostnými vzorcami vzťahovej väzby majú tendenciu nadmerne užívať drogy a alkohol ako následok ich potreby byť spoločensky zapojení a akceptovaní. Vyhýbavé typy jednotlivcov zvlášť s dezorganizovaným vzorcom vzťahovej väzby potrebujú uniknúť emóciám a sociálnym fóbiám.

Rodičovstvo. Keď sa dospelí ľudia stanú rodičmi, charakter ich opatrovateľskej starostlivosti o dieťa vychádza z ich vnútorného pracovného modelu vzťahovej väzby (Bowlby, 2010; George, 1996; Howe et al., 1999). Malé deti vyžadujú naplnenie svojich emocionálnych a fyzických potrieb od svojich opatrovateľov. To znamená, že požiadavky malého dieťaťa aktivujú v rodičoch obranné mechanizmy, ktoré používali opatrovatelia rodičov v čase stresu. Potreby novorodencov evokujú v rodičovi úzkosť a strach. Novorodenci to zažívajú ako „trest“ za svoje správanie, čo by

v normálnom vzťahovom správaní malo viesť k zvýšenej blízkosti a úteche od primárnej osoby, naopak vedie k zníženiu blízkosti a k zvýšeniu strachu a úzkosti u rodičov. V priebehu času, jediný spôsob pre bábätká ako sa s tým vyrovnat' je znížiť alebo zamedziť svoje vlastné vzťahové správanie. Toto sa zdá byť ako najlepšia stratégia pre udržanie rodiča v blízkosti a k dispozícii. Rodič (opatrovatel') je schopný prejavíť blízkosť ak novorodenec neprejavuje vysokú úroveň emocionálneho rozrušenia. Poskytovaný štýl starostlivosti je v podstate odmietanie vzťahového správania dieťaťa a emocionálnych potrieb. Georgeová (1996, s. 418) opisuje takéto matky ako „*tie, ktoré sa necítia dobre v materinskej úlohe, sú prísne, tvrdé, netrpezlivé a náročné*“. Deti sú opisované ako utrpenie, trest, zbytočnosť a manipulatívne. Matky nemajú radosť zo vzťahu s deťmi a všeobecne pokladajú deti za nevďačné voči rodičovi. Matky nie sú ochotné pripustiť a zvládať vzťahové potreby svojich detí. V prípadoch pridruženého nepriateľského a kritického správania otca následky vzťahového správania, kde treba zapierať emócie, vyústia do porúch správania, depresii a náladovosti.

Rodičia, ktorých skúsenosti z vlastného detstva boli nepriateľské s výrazným odmietaním napĺňania potrieb, sú presvedčení, že fyzická drsnosť a disciplína založená na strachu sú základom, aby ich deti naplnili rodičovské štandardy správania sa. Fyzické tresty sú používané na kontrolu a zvládanie správania detí.

Sexuálne zneužívajúce rodiny. Viacerí autori zaoberajúci sa vzorcami vzťahovej väzby a vnútorného pracovného modelu sa domnievajú, že motívy rodičov, ktorí sexuálne zneužívajú svoje deti sa odlišujú na základe klasifikácie ich vzťahovej väzby. Zároveň však nie je možné určiť rovnaký súbor symptómov spojených so sexuálnym zneužívaním (Crittenden, 1996; Finkelhor, 1990; Alexander, 1992). Sexuálne násilie páchané na vlastných deťoch môže byť spojené s vytesnením a zabudnutím vlastného prežitého násillia v detstve alebo s vnútornými vzťahmi v rodine (medzi partnermi), ktoré sú frustrujúce a problémové. Páchatelia svoje konanie popierajú a volia radšej odlúčenie od rodiny ako priznanie svojho správania a liečenie.

Jedinci s vyhýbavými a odmietavými vzorcami vzťahovej väzby sú vysoko funkční v mnohých zamestnaniach a vzdelávacích prostrediach. Jednotlivci s touto vzťahovou väzbou zažívajú veľa ťažkostí v blízkych vzťahoch, kde sa vyhýbajú intímnosti, závislosti a odhaleniu, čo často spôsobuje rozpad rodiny hlavne ak sa stretnú dvaja partneri s rovnakým vzorcom tejto vzťahovej väzby. Títo jedinci sa nedokážu tešiť z rodinnej pohody, výchovy detí a blízkosti v partnerskom vzťahu. Potreba samostatnosti a sebestačnosti často vyhráva nad strachom z oklamania, straty a odlúčenia z priblíženia sa druhým.

3. AMBIVALENTNÉ, ZÁVISLÉ A ÚZKOSTNÉ VZORCE

V bežnej populácii môžeme očakávať 8-12 % ľudí klasifikovaných s ambivalentnými a úzkostnými vzorcami vzťahovej väzby. Tak ako vo všetkých troch skupinách neistej vzťahovej väzby, proporcia výskytu rastie, ak výskumníci zamerajú svoju pozornosť na deti a dospelých žijúcich vo vysoko rizikových psychosociálnych prostrediach. Ak štýl rodičovskej starostlivosti spojený s týmito vzorcami zahŕňa týranie a závažné zanedbávanie, nachádzame v tejto skupine veľa detí s poruchami správania. Medzi hlavné charakteristiky týchto jedincov patria hlboké obavy zo schopnosti milovať, hodnotenie seba samého a neustála starosť a znepokojenie o tom, či budú mať druhí ľudia dostatočný záujem byť emocionálne nablízku v časoch potreby. Výsledkom je osobnosť s nízkym sebedomím posilnená tendenciou byť emocionálne zviazaná v blízkom vzťahu, ktorá má veľký strach zo straty a odlúčenia. Cítiť sa bezpečne je dosiahnuté udržiavaním vysokej miery spojenia s druhými ľuďmi (Howe et al., 1999). Znova však musíme pripomenúť, že byť klasifikovaný ako ambivalentná a úzkostná osobnosť neznamená to isté ako mať psychopatologickú diagnózu. Ľudia, ktorí ožívajú v sociálnych zoskupeniach významne prispievajú k úspechu konferencií, osláv a večierkov, kde radi zabávajú a tešia druhých. Títo jedinci sú pôsobiví v práci, ktorá zahŕňa stretnutia, pomáhanie a zapojenie verejnosti. Osoby, ktoré vytvárajú väčšinu spoločensky prevádzkovaných udalostí môžu byť prínosom pre tých, ktorí sú hanbliví a rezervovaní. Veľmi atraktívne sú tiež zamestnania ako

sociálna práca, pestúnstvo, poradenstvo, ošetrovatel'stvo, proste práca, ktorá sa zaoberá pomáhaním a potrebami druhých. To však neznamená, že väčšina ľudí v týchto profesiách bude klasifikovaná ako ambivalentná alebo úzkostná. Aj keď väčšina ľudí v tejto kategórii nevykazuje problémové správanie alebo psychické problémy, existuje zvýšené psychosociálne riziko. Jedinci si vypracujú problematické správanie na základe intenzity ich pocitu neistoty alebo záťaže v ich prostredí. Významné typy rizík, správania a vzťahov spojených s ambivalentnými a úzkostnými vzorcami vzťahovej väzby budú popísané z hľadiska sociálnych a zdravotných pracovníkov.

Rané detstvo. Opatrovatelia, ktorí sú nejednotne senzitivní k potrebám dieťaťa sú charakterizovaní ako nepredvídateľní a necitliví. Pre deti je rodičovská emocionálna dostupnosť zažívaná ako nestála, nepravidelná. Rodičia nie sú dostatočne psychicky zapojení do starostlivosti o dieťa a mnohé vyčerpané a bolestné signály dieťaťa si nevšimnú. V tomto zmysle sa bábätká môžu cítiť zanedbávané. Hoci novorodenec nie je odmietaný, jeho správanie nie je prijímané so všetkým. Ak batoláta preukážu túžbu po explorácii a nezávislosti, ich matky sa cítia nepríjemne. Autonómia implikuje nedostatok lásky a potreby od opatrovateľa (matky). Vlastná psychická potreba matky ovplyvňuje aký typ správania zvolí voči dieťaťu. Matka cíti lásku k dieťaťu, ale je ťažké ju získať a je v obmedzenom množstve. Dieťa má problém prilákať pozornosť a záujem opatrovateľa, na ktorého dostupnosť sa nemôže spoliehať, zvlášť v časoch vyčerpanosti a úzkosti. Tieto deti musia zvýšiť mieru vzťahového správania, aby získali pozornosť prostredníctvom plaču, lipnutím, nasledovaním, neustálymi požiadavkami, krikom a poťahovaním. Matky sú zvyčajne fyzicky prítomné, často v pasívnom sedavom móde, a zdá sa byť ťažké vzbudiť ich záujem alebo ich stimulovať na preukázanie starostlivosti a záujmu. Ich zapojenie a záujem ostáva nespoľahlivý a nepredvídateľný. Nestále matky sú niekedy utešujúce, niekedy nahnevané a niekedy bezmocné (Belsky, Cassidy, 1994; Cassidy, Shaver, 1999; Mayselless, 1996).

Dieťa si preto nemôže vytvoriť spojenie medzi tým čo robí a správaním matky. Toto posilňuje vytrvalosť dieťaťa. Úzkosť novorodenca je redukovaná zabezpečením si obrannej stratégie, ktorá

zvyšuje alebo aktivuje ich vzťahové správanie. Takto dieťa dosiahne pocit bezpečia. Kľúčovou funkciou tejto stratégie je nestálosť rodičov, ktorú dieťa nie je schopné predvídať. Sľuby, slová a vysvetlenia iných ľudí sú nespoľahlivé a nepredvídateľné, čokoľvek môžu povedať. Preto je lepšie spoliehať sa na správanie, ktoré je primárne emocionálne a expresívne. Tieto deti sú veľmi zmätené v rozlišovaní svojich pocitov, ktoré sa stále premieňajú a nahrádzajú. V takýchto vzťahoch s rodičmi sa dieťa cíti ako nehodné dostatočnej pozornosti, lásky a starostlivosti. Pocity nehodnosti a depresie sú zvlášť posilňované, keď je opatrovateľ fyzicky neprítomný.

Treba tiež pripomenúť, že vzťahový systém a exploračný systém sa vzájomne vylučujú: keď je jeden zapnutý, druhý je vypnutý. Deti, ktoré organizujú svoje správanie prostredníctvom vysoko aktivovanej vzťahovej stratégie, robia to na úkor exploračie. To znamená, že veľa času a energie použijú na udržanie iných ľudí vo svojej blízkosti. Pociťujú starosť plnú hnevu či sú druhí ľudia voči nim naklonení, zaujatí a reagujúci. Ostáva im iba málo energie na konštruktívnu hru, plnenie úloh, zvedavosť a prieskum okolia, či už fyzicky, spoločensky alebo intelektuálne. Túto kategóriu ambivalentných detí môžeme rozdeliť na dve skupiny: prvá je aktívne a otvorene nahnevaná na svojich opatrovateľov a druhá je pasívna, ale napriek tomu intenzívne úzkostná a závislá na svojich opatrovateľov (Howe et. al., 1999). Tieto deti sú úplne závislé na primárnej vzťahovej osobe, aby im pomohla usmerniť a spracovať ich emocionálne rozrušenie. Neustále požiadavky týchto detí frustrujú ich opatrovateľov, vyčerpávajú ich, čo vedie k podráždenosti a dokonca k opusteniu. Tieto deti nemusia zažiť nepriateľské, zneužívajúce rodičovstvo. Ak trpia zlým zaobchádzaním, je viac pravdepodobné, že to bude prípad zanedbávania (fyzický aj citový), kombinovaný s podráždenosťou a agresiou rodičov.

Detstvo. Ak predpokladáme, že aj počas detstva budú zažívať značne zanedbávajúci rodičovský prístup, základné vzorce medziľudských vzťahov ostávajú rovnaké. Navyše deti už vedia chodiť aj rozprávať, takže ich požiadavky a hyperaktivita

v dožadovaní sa pozornosti a záujmu narastá. Tieto stratégie však pravdepodobne budú viesť k nepravidelným reakciám rodičov, čo môže vyvolať vyhrážanie sa stratou vzťahu. Táto hrozba straty vzťahovej osoby ďalej zvyšuje úzkosť dieťaťa a značne stupňuje ich vzťahové správanie. Hrozby odlúčenia a straty sú kontraproduktívne vytváraním eskalácie úzkosti, hnevu a závislosti u dieťaťa na vzťahovej osobe. Mierne odlišný vývoj nastane v prípadoch, kde sa vyskytuje ťažké fyzické zanedbávanie, typické u rodičov, ktorých rodičovské schopnosti sú veľmi obmedzené. Menšie deti upadnú do pasívnej depresívnej závislosti. Stávajú sa apatické, nevšímavé a vývojovo zaostalé. Počas hry s inými deťmi sú izolované. Rečové schopnosti sú slabé (Crittenden, 1996). Rodinný život je charakteristický zameraním sa na dostupnosť členov rodiny. Každý člen rodiny má v úmysle uistiť sa, či sú jeho vlastné potreby vypočítané a splnené. Výsledkom je rodinný život s minimálnou štruktúrou, niekoľkými pravidlami, vysokou mierou impulzivnosti a veľkým neporiadkom. Vzťahy v rodine sú emocionálne zapletené a zamotané. Chronicky zanedbávajúci rodičia často reagujú výbuchom frustrácie a hnevu, keď je situácia nezvládnuteľná. Deti nikdy celkom nevedia, aký vzťah majú so svojimi rodičmi.

Rodičia nevedia pomôcť deťom pomenovať a rozlíšiť ich pocity. Ambivalentné deti zvyčajne používajú na zvládanie úzkosti a strachu prudké afekty, namiesto myšlienok a reflexie. Nedôverujú slovám a dôvodom. Slová rodičov vidia ako rozporuplné, zavádzajúce a mátať. Rodičia, ktorí používajú klamstvá, triky, zlyhávajú pri plnení sľubov a uvádzajú deti do omylu v snahe ovládať ich, iba zvyšujú pochybnosti o spoľahlivosti poznania („Budem späť o chvíľu“, povie matka a vráti sa neskoro večer). Vnútorňý pracovný model vzťahovej väzby sa stáva silne neobjektívny k spracovaniu emocionálnych rozrušení. Ambivalentné deti majú tendenciu používať hlavnú formu vyjadrovania sa – emocionálne predvádzanie sa. Pojmy spojené so vzťahovou väzbou môžu rýchlo viesť ku konfliktu. Separácia a neprítomnosť vzťahovej osoby, nezáleží ako dlho bude preč, nie je tolerovaná, vyvoláva hnev a protest.

Donucovacie stratégie. Keď deti dovŕšia vek 3-4 rokov začínajú si vytvárať stratégie, ktoré im umožňujú kontrolovať ich sociálne

prostredie. Nesmelé, odzbrojujúce správanie je aktivované deťmi, ktorých rodičia sa chystajú k výbuchu hnevu a agresie. Ide o pokus odzbrojiť, uzmierniť a citovo zviest' druhú osobu použitím detského, bezmocného a zraniteľného prejavu a správania. Toto submisívne správanie reprezentuje snahu dieťaťa kontrolovať ohrozujúce reakcie rodičov. Bezmocné a infantilné správanie má zabezpečiť ochranné a starostlivé správanie druhej osoby a znížiť jej agresiu. Na druhej strane, ak je druhá osoba vnímaná ako neistá a nereagujúca, deti sa prejavujú správaním, ktoré je požadovačné, nahnevané a ohrozujúce. Ide o kombináciu ohrozujúceho a bezbranného správania, ktoré obsahuje donucovacia stratégia, vytvorená na udržanie druhej osoby aktívne a demonštratívne k dispozícii celý čas. Veľa detí s donucovacím správaním je preto zaujatá a nadmieru pripútaná k svojej vzťahovej osobe. Zlyhávajú pri osvojovaní si konštruktívnych interakčných zručností a je pre nich náročné byť samostatne nezávislé. Ich neústupčivosť, kňučanie a požadovačnosť vyčerpajú záujem a pozornosť druhých, ktorí ich nakoniec odoženú od seba. Toto odmietnutie iba potvrdzuje v ich vnútornom pracovnom modeli, že druhí ľudia sú nespoľahliví a ľahostajní. Táto donucovacia stratégia je tiež výsledkom rozporuplného a nepredvídateľného rodičovstva, kedy tieto deti musia prepínať z bezbranného správania do ohrozujúceho správania. Rodičia začínajú cítiť vzrastajúcu frustráciu, cítia sa manipulovaní a bez kontroly. Cítia sa ako obeť zosilňujúcich požiadaviek svojich detí a zložitého správania. V tomto bode sa tiež začínajú sťažovať priateľom, učiteľom a pracovníkom na ochranu detí na nezvládanie svojich detí (George, 1996; Crittenden, 1992; 1995; Howe et al., 1999; Howe, 2005). Deti klasifikované s ambivalentnou vzťahovou väzbou vykazujú slabú úroveň koncentrácie. Sú nepokojné, hľadajúce pozornosť, často prechádzajú z jednej aktivity do druhej. Nevedia si vytvárať vzťahy, často sú nepopulárne medzi rovesníkmi, zažívajú veľa konfliktov, nespokojnosti a disharmónie v blízkych vzťahoch. Zo zlyhania vo vzťahoch vždy obviňujú tých druhých, ktorých vidia ako upierajúcich, odmietajúcich, trestajúcich a nemilujúcich. Seba vidia ako neprestajné obeť. V rámci svojho vnútorného modelu vzťahovej väzby vidia seba ako nehodných lásky, bezmocných a neschopných.

Vzťahy s rovesníkmi. Ambivalentné deti s donucovacím správaním sa najlepšie cítia v partiách, kde sa neustále niečo deje a ich aktivity sú na hranici spoločenskej únosnosti. V skupinách vyhráďajú pozornosť a záujem druhých, predvádzajú sa a správajú sa nezrelo, nevedia kedy prestať. Taktiež prejavujú silné emócie žiarlivosti a sebeckta. Vzťah s najlepším priateľom vyústi do konfliktov a sťažností, cítia sa dostatočne nemilovaní. Druhí sú tí, ktorí sa musia zmeniť a napraviť. Toto spoločensky rušivé správanie je zvlášť problematické v školskom prostredí, kde vykazujú nízku úroveň koncentrácie a učitelia ich veľmi dobre poznajú z dennodenných interakcií. Keďže svoju pozornosť orientujú na vzťahy a citové prejavy druhých, zostáva im málo času a priestoru na vzdelávanie a úlohy. Neustále hľadajú podporu a starostlivosť u dospelých.

Donucovacie – agresívne vzorce pri zanedbávaní a zneužívaní. V podmienkach úzkosti a vyčerpania rodičia reagujú na hlučné a nekontrolovateľné správanie svojich detí jedným z troch typických spôsobov (Howe, 2005):

- prejavy hnevu, agresie a týranie;
- hrozba opustenia a odopierania citov;
- nálady zrútenia a zúfalstva, v ktorých sa deti cítia v depresii, nemilované a bezmocné.

Rodičia na agresívne správanie detí rovnako odpovedajú vyhráďajúco-donucovacím správaním (Ak nebudeš poslúchať, opustím ťa / zabijem sa). Objavuje sa aj sporadické sentimentálne vyjadrenie lásky k svojim deťom rovnako ako pravidelné otázky o tom, či ich deti milujú. Ak obaja, deti aj rodičia využívajú toto donucovacie správanie, výsledkom je vzťah, ktorý je hlučný, násilný, nestály, konfliktný a citovo prehnáný. Vzťah je sprevádzaný rýchlymi výkyvmi medzi láskou a nenávisťou, dôverou a hnevom, dávaním a odmietaním.

Príbeh Jakobovej matky Júlie, ktorá je úzkostná a neistá vo svojej úlohe rodiča, je typickým prejavom ambivalentného vzťahu matky a dieťaťa. Júlia je vyčerpaná a nedokáže viac kontrolovať Jakuba. Jakubovo správanie je typické zmenami medzi agresiou a smútkom.

Matka, učiteľia a sociálny pracovník sú unavení z interakcií s Jakubom (Howe et al., 1999):

Rodinný život je charakterizovaný vysokým stupňom agresivity a situáciou, z ktorej niet úniku. Jakub má 11 rokov, jeho matka Júlia je 30 ročná a nevie ako má zvládať Jakubovo stupňujúce sa agresívne správanie voči nej a voči dvom mladším bratom, Pavlovi (8 rokov) a Jánovi (5 rokov). Jakub vykazuje agresívne správanie aj v škole, ak mu učiteľia dohovárajú, vôbec ich nepočúva a rozhovor ruší svojimi poznámkami o bolestiach ruky alebo strate pera. Nemôže byť chvíľu v pokoji, neustále sa hýbe, otáča sa, behá. Júlia má násilný vzťah s Jakubovým otcom Antonom. Stretli sa, keď mala 19 rokov. Spolu so svojimi deťmi strávila dlhú dobu v azylových domoch. Veľa sociálnych pracovníkov a úradov na sociálno-právnu ochranu detí sa zaoberali rodinou v priebehu rokov, hlavne kvôli násiliu otca voči matke. Rodičia sú v súčasnosti rozídení, ale Anton chodí rodinu navštevovať. Dlhé očakávané dievčatko sa narodilo, keď mal Jakub 6 rokov, ale zomrelo na príčinu náhleho úmrtia, keď malo 10 mesiacov. Júlia a Anton sa nevedia rozprávať o tejto strate, ale matka často rozpráva Jakubovi o smrti jeho sestry.

Anton ako malý chlapec bol sexuálne zneužitý príbuzným. Júlia ho opisuje ako dieťa, hovorí, že s Antonom má spolu štyri deti. Chce si totálne privlastniť Júliu, je veľmi žiarlivý. Chce vedieť o nej všetko, s kým je, kde ide, koho navštívila. Ak sa rozpráva s iným mužom, Anton sa zvykne veľmi rozčlítiť. Júlia sa cíti vo väzení. Júlia veľa rozpráva a stráca sa vo svojich monológoch. Sociálny pracovník ju opisuje ako veľmi dramatickú, emocionálne podráždenú, náladovú. Svoj život vidí ako bahno, s ktorým nemôže nič robiť, mať víziu čo ďalej je pre Júliu nemožné. Júlia trpí rôznymi bolesťami chrbtice, kĺbov a hrudníka. Tiež trpí migrénami, kŕčmi a dýchavičnosťou. Všetky jej psychosomatické problémy boli vyšetrowané lekármi, ale Júlii na tom nezáleží. Svoju matku opisuje ako prísnu, ale tiež ako starostlivú. Jej matka žije blízko a sú takmer v dennom kontakte. Júlia neustále potrebuje jej odobrenie a citovú pozornosť, ale cíti, že dostáva iba kritiku. V skutočnosti ich vzťah je antagonistický. Napriek tomu, že Júlia veľa rozpráva, sociálni pracovníci nemôžu zistiť jasný obraz o tom, čo sa vlastne v rodine deje. Zo začiatku sa Júlia snaží vtaľnúť sociálneho pracovníka na svoju stranu, dáva mu najavo aký je dôležitý a najlepší akého doteraz stretla. Snaží sa zdržať sociálneho pracovníka na návšteve najdlhšie ako sa dá. Na druhej strane je veľmi frustrujúce, keď sociálny pracovník zistí, že Júlia nedodríava dohody a dovolí Antonovi návrat domov ešte skôr ako opustí azylový dom a ich vzťah vydrží iba krátke

časové obdobie. Keď poradcovia cítia, že ich práca s Júliou nikam nevedie, dajú jej to jasne najavo. Júlia v ohrození zo straty vzťahov, okamžite hlási problémy s Jakubom, ale žiada o vyriešenie svojich potrieb a problémov. Júlia vyžaduje stále potvrdzovanie, že je dobrá matka. Júlia zažíva neistotu a ambivalenciu vo svojej úlohe matky. Vždy deťom rozpráva ako ich miluje, udržiava konštantný dialóg s nimi. Cíti sa zodpovedná za to, že ich nevie ochrániť a starať sa o ne. Jakub je zasvätený do všetkých matkiných myšlienok a pocitov, keď ako prvorodený predstavuje muža pre svoju matku. Jakub sa javí ako plný hnevu na mnohé veci, ale nevie, čo s tým má robiť. Keď idú jeho mladší bratia spať, on vyjednáva s matkou, že ostane s ňou hore a bude jej robiť spoločnosť. Jakub vynahradzuje Júlii jej neúspešný vzťah s Antonom a poskytuje jej blízkosť a dostupnosť. Jakub má živé násilné fantázie počas dňa. Na ihrisku bol muž, ktorý mal sekeru a on ho premohol, aby nikomu nemohol ublížiť a stal sa hrdinom. Pri inom stretnutí sociálneho pracovníka s Jakubom vyšlo najavo, že si veľmi želá, aby sa jeho mama a otec prestali biť. Popísal ako sedí na poschodí, dáva si hlavu na kolená a zapcháva si uši, keď je jeho mama bitá. Chce, aby to skončilo.

Donucovacie – bezmocné vzorce (pri zanedbávaní a zneužívaní)

Rodinný život je často štruktúrovaný okolo matky a detí. Existuje tu niekoľko pravidiel, nejasné generačné hranice a nízky stupeň sebaovládania. Spoločným znakom je chudoba. Rodičia detí so špeciálnym potrebami sa javia ako zvlášť rizikovní (Crittenden, 1996). Opatrovatelia disponujú nedostatkom porozumenia potrieb svojich detí, zvlášť stimulácie a interakcie. Deti tak prevezmú veľmi submisívne, nespokojné ambivalentné vzorce vzťahovej väzby. Vzťahové správanie zdôrazňuje ich bezmocnosť, zraniteľnosť, pasivitu, strach a neschopnosť. Tieto deti trpia úzkosťami a túžbou po získaní náklonnosti vzťahovej osoby, ale nie sú schopné podstúpiť väčšie riziko ako prejavíť svoju nespokojnosť cez výraz tváre úbohosti a zraniteľnosti. Neprejavujú sa takmer žiadnymi emóciami, obávajú sa priblížiť, dotknúť sa objektov a hrať sa s hračkami. Takmer nikdy sa nesmejú. Vyhýbajú sa sociálnej interakcií s neznámymi ľuďmi.

Dospievanie a dospelosť. V dospievaní sa extrémne donucovacie stratégie správania prejavujú asociálnym správaním, konfliktami, problémami so sebakontrolou, impulzívnosťou, slabou koncentráciou a nízkou vytrvalosťou. Zaujatí dospievajúci sa často stanú

problémom pre rodičov aj učiteľov, žijú život v exhaltovanom spáde nespokojnosti a hnevu. Pocity viny a osobnej zodpovednosti nepoznajú. Títo jedinci vedia veľmi málo o tom, ako fungujú vzťahy a akú úlohu má ich osobná zainteresovanosť vo vzťahoch. Mnohí cítia, že nikdy nespĺnia očakávania rodičov a nebudú bezpodmienečne milovaní. Majú tendenciu vidieť sami seba podľa reakcií druhých ľudí. Striedanie nálad závisí od emocionálneho prostredia, v ktorom sa práve nachádzajú.

Cassidy a Shaver (1999) zaradili do skupiny úzkostných (rozptýlených) dospelých, ktorí popisovali vo vzťahoch problém neochoty druhej strany priblížiť sa tak ako si to predstavovali. Často sa trápia tým, že ich partner skutočne nemiluje alebo nechce s nimi ostať. Toto potvrdzuje, že títo jedinci používajú vnútorný pracovný model, v ktorom sami seba vnímajú negatívne s vysoko závislými potrebami a druhých vidia pozitívne ak je ich pozornosť a záujem dychtivo vyhľadávaný. Výsledkom je nadmerná závislosť na druhých. Značná časť emocionálnej energie je míňaná na udržanie druhých, aby boli vnímaví a pozorní. Toto je možné dosiahnuť pri udržiavaní vzťahového správania vo vysokej intenzite. Ľudia s neistou ambivalentnou vzťahovou väzbou sú často náchylní vytvoriť vzťah s inými, ktorí majú rovnako neistú vzťahovú väzbu, čo vedie k hádkam a tragédií.

Intenzívne citové požiadavky, ktoré si vyžadujú neistí úzkostní jedinci, môžu byť tak únavné, že čoskoro vysilia priateľov, partnerov, sociálnych a iných pracovníkov, ktorí sú zapojení do riešenia ich životných situácií.

Mentálne zdravie. Jedinci klasifikovaní s úzkostnou-zapletenou vzťahovou väzbou vykazujú vyššiu mieru depresie, náladovosti, hraničné poruchy osobnosti a úzkostlivosti. Zažívajú problémy s nízkou sebaúctou a v intímnych vzťahoch (Dozier et al., 2001; Pianta et al., 1996; Rosenstein, Horowitz, 1996; Howe et al., 1999; Howe, 2005; Cassidy, Shaver, 1999; Brisch, 2011a). Fongay et al. (1996) zistili, že 75 % jedincov diagnostikovaných s hraničnou poruchou osobnosti (prudké, náročné medzilidské vzťahy, citová nestabilita, impulzivnosť, nedostatok kontroly hnevu, strach skutočného alebo predstavovaného odvrhnutia a chronické pocity prázdnoty) boli klasifikované s úzkostnou vzťahovou väzbou. Veľká väčšina týchto jednotlivcov

malo významne narušené detstvo. Zažívali svojich rodičov ako menej milujúcich a viac zanedbávajúcich.

Rodičovstvo. Vo vysoko rizikových skupinách, kde sú rodičia klasifikovaní s ambivalentnou vzťahovou väzbou, prichádzajú do rodiny deti z rôznych vzťahov, hneď za sebou vo väčšom počte, pokým sú ich matky mladé. Osobnosť s touto väzbou v podstate neustále hľadá pozornosť, preto je pre ňu lepšie žiť vo víre emocionálneho zmätku a chaosu ako žiť mimo sociálnych vzťahov a trpieť osamelosťou.

Sociálni pracovníci, ktorí prídu do kontaktu s rodičmi a deťmi s ambivalentnou osobnosťou, zistia, že život týchto klientov je plný problémov a kríz. Domácnosť je neusporiadaná, rozvrátená, generačné rozdiely sú nejasné, citový rodinný život je zapletený. Každý chce vedieť čo ten druhý robí a cíti – kto je náladový, kto koho preferuje, kto bol nečestný. Denný režim a štruktúra v rodine neexistujú. Deti, príbuzní, priatelia, susedia a domáce zvieratá sa potulujú von a späť do domu. Pre rodinu sú typické nasledujúce symptómy: dráma je na dennom poriadku; pokusy o samovraždu; deti náchylné na nehody; hádky rodičov sprevádzané teatrálnymi príchodmi a odchodmi z domu; spory so susedmi; agresívne správanie na úradoch dávok; hľadanie pozornosti ťažkým popíjaním v baroch; neustále pocity nepohody, choroby; zanechanie deti sociálnym úradom; časté sťažovanie sa každému v snahe udržať záujem a pozornosť okolia. Opustenie detí alebo partnera je používané na kontrolovanie správania sa druhých v snahe zabezpečiť si ich neustálu prítomnosť (Howe et al., 1999).

Keď deti podrastú a sú schopné vlastnej vôle, zvyčajne sú pre ambivalentných rodičov nezvládnuteľné, nevedia ich kontrolovať. Na dosiahnutie disciplíny a kontroly používajú vyhrážky typu: ochorím z teba; ak zomriem bude to tvoja vina; želim si, aby som ťa nikdy neporodila; ak budeš takto pokračovať, zabijem sa. Tieto hrozby ešte viac prehlbujú v deťoch strach zo straty a zmätkov v pocitoch. Títo rodičia cítia vysokú mieru bezmocnosti a nelásky, to znamená, že ich vlastné potreby a emócie majú tendenciu ovládať ich konanie voči vlastným deťom. Úzkostní rodičia sa domnievajú, že skúsenosť rodičovstva im zabezpečí blízkosť a intímnosť, po ktorej

tak túžia. Väčšina detí neistých rodičov však nenaplní tieto očakávania. Deti sú nevrelé, požadovačné a podráždené. Stávajú sa sklamaním pre rodičov a stupňuje sa náročnosť rodičovstva.

Zanedbávajúci rodičia. Rodičovský štýl správania sa k deťom je neistý a nekompetentný. Rodičia majú často nízke vzdelanie, a mnohí sú tiež so špeciálnymi potrebami. Situácia sa zhoršuje ak rodina žije v chudobe, často sa sťahuje a má veľký počet detí. Muži zvládajú žiť iba v okrajových vzťahoch v týchto rodinách s prvkami násilia. Staré mamy z matkinej strany sú pripojené k rodine, väčšinou bývajú blízko. Zmätok, chaos a hluk rodinného života spôsobuje depresie, letargiu a pasivitu u matiek. V týchto rodinách môžeme vidieť rôzne kombinácie únavy, finančných problémov, nedostatočného ubytovania, nízke vzdelanie, fyzické zanedbávanie. Deti z týchto rodín sú vystavené izolácii a odmietaniu rovesníkmi. (Crittenden, 1995; Howe et al., 1999).

Ľudia s ambivalentnými a úzkostnými vzorcami vzťahovej väzby svojim požadovačným správaním byť milovaní a chcení majú tendenciu iných ľudí emocionálne aj fyzicky umoriť. Výsledkom môže byť ukončenie – odchod zo vzťahov. Odborníci a pomáhajúce profesie si musia byť vedomí, že úzkostný, závislý a donucovací klient ich privedie do stavu, kedy sa budú chcieť vzdať a uzavrieť prípad. Nedostatok záujmu o týchto klientov iba vedie k zvýšeniu vzťahového správania. Jednotný, vyrovnaný a presný prístup dlhodobého charakteru vydá svoje ovocie. Pracovníci potrebujú značnú podporu a pochopenie od nadriadených, aby boli schopní pracovať s náročnými a ambivalentnými rodinami.

4. DEZORGANIZOVANÉ, KONTROLUJÚCE A NEVYRIEŠENÉ VZORCE

Neisté dezorganizované vzorce vzťahovej väzby sú spojené s jednotlivcami, ktorí trpeli a zlyhali pri riešení straty a traumy z ich nešťastného detstva. Títo jedinci sa môžu cítiť zmätení a vystrašení v úlohe rodiča alebo opatrovateľa dieťaťa vždy, keď u nich hľadá bezpečie a pohodlie. Tieto vzorce sa najčastejšie vyskytujú u detí s ťažkými poruchami správania. Jednotlivci, ktorí vykazujú dezorganizované a nevyriešené vzťahové vzorce môžu byť veľmi

ťažko pochopení a ešte zložitejšie je pomôcť im a napriek tomu tvoria skalné jadro väčšiny klinických a sociálnych prípadov.

Rané detstvo. Neisté pripútaní novorodenci klasifikovaní ako dezorganizovaní si vyvinú neorganizovanú stratégiu správania na regulovanie svojich afektov, na dosahovanie blízkosti druhého alebo získavanie starostlivosti a ochrany. Nemajú spôsob ako adaptovať ich vzťahové správanie ku vzťahu opatrovateľa, v ktorom sa ocitnú. Dieťa musí čeliť neriešiteľnému paradoxu. Strach dieťaťa zvyšuje úzkosť a nepokoj, ktoré aktivujú vzťahové správanie. Následkom je konfliktné správanie, pretože zdrojom bezpečia aj strachu je vzťahová osoba. Zvyšovanie emocionálnej alebo fyzickej vzdialenosti iba zvyšuje úzkosť. Ak sa dieťa pokúsi o akékoľvek správanie, úzkosť a strach sa zvyšuje a zaplavuje dieťa. Vnútorňý pracovný model vybudovaný u týchto detí predstavuje seba samého, iných a vzťahy chaoticky a nesúdržne (Howe, 2005).

Dezorganizované vzorce vzťahovej väzby sú zvlášť pravdepodobné, ak rodičia:

- majú nevyriešené straty alebo trpeli v detstve traumatickými zážitkami, vrátane zneužívania;
- majú vážne emocionálne poruchy, vrátane;
- sú aktívne závislí od alkoholu alebo od drog;
- sú týrajúci.

Týrané deti. Nie je žiadnym prekvapením, že väčšina (zvyčajne 80 %) týraných detí je klasifikovaná ako dezorientovaná alebo dezorganizovaná vo svojom vzťahovom správaní. To ale neznamená, že všetky dezorganizované deti sú týrané (Howe et al., 2011; Brisch, 2011a; Main, 1997). Pri starostlivosti, ktorá je neprístupná alebo traumatická je pravdepodobné, že si dieťa vytvorí model obrazu seba samého ako nehodného a zlého, a iných ako vyvolávajúcich strach, neprístupných a vykorisťovateľských. Ak deťom chýba dôvera v dostupnosť starostlivosti a ochrany, tým viac sú náchylné zažívať intenzívny a chronický strach (Bowlby, 2010). Čím krutejšia je história násillia a zneužívania v detstve rodiča, tým viac sa javia ich interakcie k deťom ako nepriateľské a rušivé. Čím viac je vzťahová väzba dezorganizovaná, tým viac agresívnejšie môže byť správanie detí v neskoršom období (Lyons-Ruth, Block, 1996). Tieto deti si vytvoria

hlbokú nedôveru k vzťahovej osobe, ktorá im nevie poskytnúť ochranu, bezpečie, lásku, pohodlie a pozornosť. Tieto deti vidia seba ako zlo, nebezpečenstvo; v prítomnosti vzťahovej osoby ustrnú vo svojich pohyboch, majú výraz tranzu na tvári; stereotypne kolíšu rukami alebo sa kníšu v kolenách; pri strachu z cudzej osoby si oprú hlavu o stenu; pri odlúčení sa pozerajú na dvere a kričia za vzťahovou osobou; pri jej návrate sa v tichosti odvrátia; niekedy chcú rodiča pozdraviť a vzpriamia sa, ale potom sa zosunú na podlahu (Hašto, 2005; Main, 1997). Nevyriešené traumy a fobie rodičov sú predávané ďalej na ich deti cez ich vlastný strach a vydesené správanie. Správanie rodičov spôsobujúce strach môže vytvoriť zraniteľnosť vo vývine dieťaťa a vo vnímaní seba. Dlhodobé štúdie detí klasifikovaných s dezorganizovanou vzťahovou väzbou zistili, že sú vo veľmi zvýšenom riziku rozvoja agresívneho správania, mentálnych porúch, problémového správania v škole a iných psychopatológií (Solomon et al., 1995; Lyons-Ruth, 1996; Main, 1996; Howe et al., 1999).

Detstvo. Ako dieťa rastie, pokračuje vo vytváraní dezorganizovanej vzťahovej väzby k svojej vzťahovej osobe. Táto fundamentálna zdieľaná skúsenosť všetkých dezorganizovaných detí ostáva plná strachu, úzkosti a hnevu vo vzťahu k opatrojúcej osobe, na ktorej sú závislí. Nezáleží na tom, či je rodič zneužívajúci alebo ťažko depresívny, vážne zanedbávajúci alebo psychologicky traumatizovaný, alebo trpí rôznymi kombináciami týchto porúch. Vo všetkých dezorganizovaných typoch deti zažívajú seba ako zásadne nehodné starostlivosti, lásky a ich opatrovatelia nie sú schopní poskytnúť starostlivosť a ochranu. Potreby pripútania nie sú naplnené vo vzťahu. Tieto deti majú difúzny strach z toho, že budú opustené, zničené agresiou alebo zaplavené emóciami. Vo všeobecnosti blízky vzťah v nich evokuje pocity strachu a hnevu.

Zažitie pocity strachu a úzkosti ostávajú v pamäti a opakujú sa pri opätovnom prežívaní podobných situácií. Bolesť, hanba, hnev a pocity bezmocnosti spojené so skúsenosťou zneužívania môžu vytvoriť mentálnu bariéru k prežívaniu tohto nerozpoznaného utrpenia. Tieto bariéry ochraňujú dieťa pred ich pripomínaním. Výsledkom môžu byť nevysvetliteľné zmeny v správaní a zlyhávanie

detí naučiť sa ovládať svoje správanie pri veľkom rozrušení. Keď deti vstúpia do predškolského veku, pokúšajú sa organizovať svoje správanie rôznymi spôsobmi, aby zvýšili predvídateľnosť toho, čo im naháňa strach v nepoznanom sociálnom prostredí (hlavne vzťahy). V skutočnosti sa snažia získať kontrolu nad rušivými prvkami v ich prostredí, preto nie je prekvapením, že tieto najviac úzkosť vzbudzujúce veci a situácie sú spúšťačom zmäteného, neintegrovaného, nahnevaného a často násilného správania. Mayseless (1996) hovorí, že za účelom zabezpečenia potreby vzťahovej väzby u rodičov, musia tieto deti silne deaktivovať vlastné potreby vzťahovej väzby. Ak boli rodičia traumatizovaní, celkom dobre prijímajú snahu detí kontrolovať a ovládať ich vzťah. V násilnom vzťahu má dieťa iba jeden spôsob ako získať blízkosť rodiča, a to poskytnúť rodičovi potrebu útechy, bezpečia a prijatia. Burkett (1991) zistil, že veľa žien, ktoré boli zneužívané ako deti sa spoliehajú na svoje deti, aby im poskytli emocionálnu oporu. Kým dieťa zistí ako sa má správať vo vzťahu k opatrovateľovi, aby získalo rodičovskú blízkosť a starostlivosť, aby vedelo čo rodič chce, využíva dezorganizované správanie. Keď dieťa pochopí správne rodičovské správanie nastaví si v sebe vnútorný model vzťahovej väzby podľa potrieb vzťahovej osoby. Deti sa naučili, že byť otvorený a prejaviť svoje skutočné myšlienky a emócie vedie k odmietnutiu, pohrdaniu alebo k útoku. Deti zapieraním svojich vlastných potrieb, pokúšajú sa správať spôsobom, ktorý ich rodičia schvália. To znamená, že prevzatím kontroly nad vlastnými emóciami vlastne ovládajú aj správanie rodičov voči nim.

Ak je život rodiny charakteristický násilím, obaja rodičia aj deti často zakrývajú nepriateľské emócie falošným prívetivým správaním. Napríklad, napriek tomu, že týrané deti sú poddajné učiteľovi v škole, šikanujú svojich rovesníkov. Týrané matky môžu byť agresívne voči svojim deťom, ale submisívne voči partnerom a vierohodné pre sociálneho pracovníka.

Svet týraného dezorganizovaného dieťaťa je nepredvídateľný a plný strachu. Trpia zneužívaním, zanedbávaním a opakovaným emocionálnym odmietaním. Čokoľvek dieťa urobí, nič nedokáže zastaviť alebo obmedziť jeho trauma. Tieto deti sa vyznačujú širokou

škálou vysoko antisociálneho a maladaptívneho správania, ktoré zahŕňa (Kasl, 1990; Lyons-Ruth, 1996; Liebermann, 1992; Howe, 2005; Howe, 2011):

- povrchné a roztomilé správanie k cudzím ľuďom;
- náchylnosť konať veľkoryso a robiť extravagantné tvrdenia;
- roztržitosť: neustála potreba pre stimuláciu a činnosť, ktorá často vedie k antisociálnemu správaniu;
- nechcuť byť dotknutý a držaný;
- nedostatok citov a panovačnosť voči opatrovateľom;
- vysoká miera odporu, rozmrzenosti;
- vysoký stupeň hnevu, zlosti a dokonca násilie voči opatrovateľkám, opozičné správanie a neustále obviňovanie druhých;
- ak je dieťa dané na adopciu, často sa správa ku svojim novým opatrovateľom (zvlášť k adoptívnej matke) akoby boli zodpovední za jeho týranie a bolesť v minulosti; toto môže byť mätúce a bolestné pre nových rodičov;
- slabý očný kontakt;
- málo úsmevu, nízky zmysel pre humor a nedostatok hravosti;
- donucovacie, požadovačné správanie;
- nápadné a manipulatívne klamanie v snahe dostať čo chcú;
- skoré sexuálne aktivity;
- krádeže a poruchy správania;
- abnormálne stravovacie návyky (hltanie, kradnutie jedla, zhromažďovanie alebo odmietanie jedla; zvlášť v prítomnosti iných členov rodiny), tieto stravovacie problémy reflektujú raný nedostatok výživy a opakovaná skúsenosť hladu a fyzického zanedbávania;
- slabé sebaovládanie;
- vysoká miera poškodenia hračiek a predmetov a tendencie rozhádzať izbu v podráždenom móde;
- slabé vzťahy s rovesníkmi;
- chýbajúce svedomie a morálna citlivosť;
- agresivita voči iným deťom, vrátane sexuálneho zneužívania iných detí;
- kruté zaobchádzanie so zvieratami;

- posadnutý ohňom, krvou, bodaním a zbraňami, často vyjadrené v kresbách plných násilia;
- zanedbávanie seba samého a slabá osobná hygiena.

Pôvod uvedeného správania je zachytený v ranom detstve, keď deti prirodzene očakávajú, že si vytvoria dôveru v dostupnosť druhých, ktorí by mali poskytovať lásku a starostlivosť. Rodičia, ktorí týrajú deti emocionálne alebo fyzicky, v najhorších prípadoch aj sexuálne, nedokážu vybudovať v týchto deťoch dôveru. Namiesto toho sú príčinou ich strachu a úzkosti. Násilie sa stáva pre deti uspokojením, ktoré vytvára v deťoch dôveru v ich vlastnú silu rozčúliť druhých a vyvolať v nich skutok násilia a hnevu. Eventuálne sa dieťa učí zbaviť sa strachu a necítiť fyzickú bolesť. Následkom je vedomie, že nikomu nemôže dôverovať iba sebe samému ako zdroju uspokojovania svojich potrieb. Táto lekcia je však veľmi nebezpečná, pretože sa nikdy nenaučí identifikovať s inými ľuďmi a rozvíjať súcit, empatiu, lásku, ani iné pozitívne emócie, ktoré vyplývajú zo vzťahov. V skutočnosti pozná iba jeden spôsob interakcie s druhými, a to cez násilie a agresivitu.

Prípád Samuela ilustruje mnohé črty uvedeného správania (Howe et al., 1999):

Samuel žil so svojou matkou Helenou prvých šesť rokov svojho života. Matka nedokáže viac zvládať svojho syna pre problémové správanie, lebo od 3 rokov veku začal byť divoký. Viackrát bol Samuel umiestnený do starostlivosti náhradných rodičov, ale po niekoľkých týždňoch bol vrátený do starostlivosti svojej matky. Počas svojho šiesteho roku bol Samuel vylúčený zo školy, pretože jeho agresivita voči spolužiakom a učiteľom neustále narastala. Podobné správanie bolo aj u jeho brata Tomáša v jeho veku. Tomáš bol veľmi násilný a týral Samuela, bil ho a páliť cigarety na jeho koži. Pred rokom Samuel vypichol oči zajacovi, ktorý bol miláčikom Tomáša, predtým ako ho utýral k smrti. Po tejto udalosti bol Samuel umiestnený k pestúnom. Behom niekoľkých mesiacov bol opäť vrátený späť k svojej matke. V poslednej dobe sa Samuelovo správanie stalo ešte viac násilným, nekontrolovateľným a agresívnym voči kamarátom aj dospelým. Keď mal nakresliť obrázok, jeho kresba bola plná násilia a strašidelných udalostí, kde netvor reprezentujúci jeho otca žerie malého chlapca. V škole rozprával o odporných vymyslených scénach, kde bolo veľa krvi, násilia a zranení.

Samuelova matka Helena bola mladšou z dvoch sestier, deti armádneho dôstojníka. Rodina sa často sťahovala, keď bola malá. Helena o sebe hovorí ako o dieťati, ktoré nikto nemiloval, bola stále neposlušná, nikdy ju ostatné deti nemali radi a pripadla si ako zlá osoba. Helena opisuje svoju matku ako nedostupnú, nemilujúcu a niekedy slovne krutú. Raz jej povedala, že nie je dieťa svojho otca a teraz neznáša, aby sa jej matka dotýkala alebo bola blízko nej. Otca sa veľmi bála, bol veľmi prísny a agresívny. Obaja rodičia často chodili do spoločnosti, veľa pili a nechávali deti samé doma. Helena sa naučila zvládať všetko sama a nepamätá si kedy bola chorá. Jej sestra trpela ťažkým ekzémom a astmou. Bolo to veľmi tiché, uzavreté, poddajné dievča. Keď mala Helena 8 rokov, jej otec a jeho kamaráti z armády, ju sexuálne zneužili na početných príležitostiach. Jej matka o tom vedela a keď ju žiadala o pomoc iba povedala, že to sa stáva malým dievčatám. Helena to doteraz matke neodpustila. Helena sa zamýšľa, či aj jej matka nebola zneužívaná ako malé dievča.

Vo veku 10 rokov sa Helena psychicky zrútila a bola na liekoch, potom ju poslali do internátnej školy. Jej rodičia sa rozviedli. Keď bola doma, počula často matku plakať a myslela si, že je to jej vina, ale súčasne chcela ísť a zabiť ju, lebo nemohla počúvať jej plač. Keď mala 13 rokov trpela bulímiou, vedela sa urobiť chorou, stratila veľa kíla a vážne ochorela. Potom sa stala závislou od alkoholu a vylúčili ju zo školy. Z domu odišla, keď mala 16 rokov. Začala užívať tvrdé drogy, kradnúť, vlámala sa do domov a páchala podvody, aby mohla zaplatiť za svoje návyky. Stretávala sa s mužmi, ktorí boli alkoholicy, drogovovo závislí a násilní. Otec jej dvoch synov bol zvlášť násilný, vybijal jej zuby a lámal jej nos. Počas prvých šiestich rokoch Samuelovho života bola Helena nájdená opitá alebo nadrogovaná. Tomáš a Samuel boli svedkami extrémneho násillia ich otca voči matke. Nevedno či deti boli bité od otca, ale isté je, že Samuel bol týraný svojím bratom a možno aj matkou. Helena sa obávala, že nejakým spôsobom môže ublížiť Samuelovi. Vždy sa cítila lepšie, keď chlapec nebol v jej starostlivosti, bola uvoľnená a menej úzkostná.

Samuelovo násilné správanie v škole aj doma bolo príčinou jeho opätovného umiestnenia do náhradnej starostlivosti. Zo začiatku sa zdalo, že sa dobre usadil v novej rodine, sociálny pracovník aj opatrovatelia boli optimistickí, že z toho vznikne dlhotrvajúce umiestnenie. Opatrovatelia žili na malej farme. O niekoľko mesiacov neskôr sa Samuelovo správanie výrazne pohoršilo. Napadol zvieratá na farme a odrezal koze hlavu. Taktiež napadol dcéru náhradných rodičov. Následne opatrovníci žiadali jeho

okamžité odobratie. Nemohli viac zvládať jeho silnú agresivitu a nekontrolovateľnosť. V tomto zúfalstve náhradný otec kruto dobil Samuela, vrátenie jeho zatvorenia do prasacieho chlieva. Ešte dva krát sa pokúsil sociálny pracovník umiestniť Samuela do náhradnej rodiny, ale vždy s rovnakým výsledkom. Po pár týždňoch sa jeho narušené správanie vrátilo s narastajúcou intenzitou. Napríklad, raz v aute náhradného rodiča masturboval na okne auta. Nakoniec ho umiestnili v špeciálnom terapeutickom pobytovom centre.

Deti klasifikované s dezorganizovanými a kontrolujúcimi, agresívnymi a obrannými, trestajúcimi a ustrašenými vzorcami správania:

- sa vyhýbajú blízkosti vo vzťahoch (intimita znamená strach a nebezpečenstvo);
- radšej kontrolujú ako sú kontrolované (pretože sa boja ostať ponechané napospas nevyspytateľného a nebezpečného sveta);
- defenzívne vylučujú a popierajú nepriateľské, stresujúce a desivé zážitky, to zahŕňa predpoklad, že sami seba vnímajú ako silných, agresívnych, nezraniteľných a trestajúcich; schopné napadnúť a udržať nebezpečné, hrozivé sily na uzde, sily, ktorým nemôže byť dovolené rušiť alebo mať hrozivý dopad na nich samých, sily, ktoré sa musia uchovávať pod kontrolou alebo dokonca zničiť.

Vzťahy s rovesníkmi. Deti s dezorganizovanou vzťahovou väzbou vykazujú veľmi nízky sklon iniciovať sociálnu interakciu, alebo dokonca konštruktívne reagovať na interakcie iniciované ostatnými. Fyzicky týrané deti zvlášť majú tendenciu byť slovne aj fyzicky agresívne k svojim rovesníkom. Iné týrané deti sú spoločensky utiahnuté a cielene sa vyhýbajú kamarátom. Agresívne aj utiahnuté deti vykazujú nižšiu sociálnu kompetenciu. Utiahnutosť je často cieľená stratégia používaná ako spôsob vyhýbania sa stresu a chaosu zo sociálnej interakcie. Nie je prekvapujúce, že veľa týraných detí nie je populárnych u svojich kamarátov. Majú tendenciu byť nešťastné, výnimočne sa smejú alebo usmievajú. Môžu byť rigidné alebo neflexibilné vo svojom myslení alebo správaní. Zvyčajne napadnú každého a čokoľvek čo im spôsobuje úzkosť.

Dospievanie a dospelosť. Vo vnútornom pracovnom modeli dezorganizovanej a dezorientovanej vzťahovej väzby vnímajú jedinci seba samých aj druhých negatívne, ako nemilovaných a zlých. Blízky vzťah sa zvyčajne vytvára nestálym dokonca aj násilným spôsobom. Pri strese sa vzťahové správanie točí chaoticky, nepredvídateľne a v silne zmätenom spôsobe medzi prístupným a vyhýbavým správaním s vysokou intenzitou.

Nevyriešené zážitky traumy zvyčajne zahŕňajú stratu vzťahovej osoby alebo utrpenie spôsobené fyzickým alebo sexuálnym násilím v detstve. Mnohé z charakteristík identifikovaných v detstve ako kontrolujúce vzorce sa tiež vyskytujú ako ekvivalenty v dospelosti (Howe, 2011):

- donucovacie, trestajúce, ustrašené vzorce, v ktorých otázky moci a nadvlády sa zdajú byť spojené s agresivitou a násilím;
- kompulzívne poskytovanie starostlivosti, v ktorej hlboké neistoty vťahujú ľudí do spoluzávislých vzťahov s partnermi, ktorí majú veľké požiadavky pripútania, ktoré sa snažia naplniť a zároveň odmietajú svoje vlastné emocionálne potreby v snahe udržať druhých dostupných;
- vzorce kompulzívnej poddajnosti, v ktorej sa jednotlivci snažia udržať na správnej strane partnerov, ktorí sú potenciálne nároční, agresívni a šikanujúci, opäť tým, že popierajú svoje vlastné vzťahové potreby.

Ľudia, ktorí zažili ťažké zneužívanie a stratu v detstve sa zdajú byť viac náchylní na psychické problémy, vrátane depresie (Howe, 2011). Fonagy et al. (1996) vo svojej štúdiu psychiatrických pacientov (trpeli úzkostnými poruchami a hraničnou poruchou osobnosti) zistil, že 65 % respondentov vypovedalo, že vo svojom detstve zažili ťažké týranie a sexuálne zneužívanie. Farrington (1995) popisuje, že osemroční roční chlapi s ťažkým antisociálnym správaním, zlou rodičovskou starostlivosťou, ktorí zažili partnerské a rodinné problémy a výrazné obdobie odlúčenia od rodičov, sú v najvyššom riziku rozvinutia delikventného a kriminálneho správania v mladej dospelosti. Zdá sa, že za hlavný problém dospelých, ktorí vykazujú extrémne asociálne a kriminálne správanie, môžeme označiť nevyriešené silne negatívne pocity spojené so zážitkami traumy

a zneužívania z detstva (Garbarino, Plantz, 1989, Dodge et al., 1990 In Howe, 2005; Allen et al., 1996; Boswell In Howe et al., 1996).

Rodičovstvo. Týrajúci rodičia nezvládajú dostatočne dobre stresujúce životné udalosti. Mnohí sú tiež náchylní zneužiť drogy, alkohol a mať nepodporujúcich a neistých partnerov. Vo všeobecnosti títo rodičia trpia depresiami, sú spoločensky izolovaní s chýbajúcou sociálnou podporou, chýba im sebaovládanie hlavne keď sú rozrušení alebo vystresovaní. Zneužívajúce matky veria, že tvrdé a trestajúce rodičovstvo, ktoré oni zakúsili vo svojom detstve je vhodné aj pre ich vlastné deti. Tieto deti sú svedkami domáceho násilia, sú sami týrané a zažívajú obdobia náhradnej rodinnej a ústavnej starostlivosti.

Rodičia, ktorí zneužívajú svoje deti, nikdy nie sú spokojní so správaním dieťaťa, úspechmi alebo ich vlastnosťami. Vyjadrujú iba málo radosti zo svojej rodičovskej úlohy, ktorú vidia ako zložitú a stresujúcu. Toto ich robí nepriateľskými, vysoko kritickými a neláskavými voči deťom. Kombinácia očakávaní predčasnej úrovne samostatnosti a schopností u svojich detí, a pocitov podráždenia ak ich deti prejavujú vzťahové potreby, tvorí zložité, napäté vzťahové prostredie pre deti. Rodičia náchylní na zneužívanie alebo zanedbávanie svojich detí sú tí, ktorých vlastné detstvo zahŕňalo podstatné straty alebo časté separácie od ich vzťahových osôb, nedostatok starostlivosti, emocionálnu krutosť, prísnu a neláskavú disciplínu, odmietnutie, nepriateľské zasahovanie do vlastného psychologického priestoru dieťaťa, násilie, fyzické týranie a sexuálne zneužívanie (Howe, 2005, 2011).

Deti opisované ako agresívne a kontrolujúce patria k najzložitejším a najnáročnejším v práci sociálneho pracovníka. Mnohé z detí daných na adopciu budú vykazovať kontrolujúce správanie a budú mať príbehy plné ťažkého zneužívania, traumy, viacnásobných premiestnení a zanedbávania. Opatrovateľské a rodičovské umenie adopčných rodičov, náhradných rodičov a rezidenčných opatrovateľov sú často vystavené obrovskému zaťaženiu od detí, ktoré sa cítia vystresované a nahnevané, keď zažívajú lásku a blízkosť. Rovnako pozadie vzťahov mnohých zneužívajúcich, bezmocných, odmietajúcich a zmätených rodičov

budú zaťažené nevyriešenými traumami a stratami. Tieto charakteristiky dezorganizovaného správania môžu byť pre sociálneho pracovníka dobrou pomocou pri hodnotení, intervencii a výbere správnej pomoci pre tieto deti a rodiny.

1.4.1.4 Teória vzťahovej väzby v praxi sociálnej práce

Pre sociálnych pracovníkov ponúka teória vzťahovej väzby porozumenie životného cyklu alebo jeho priebehu. Môže im napomôcť nájsť odpovede na to, čo sa deje u človeka, ak nemal alebo nemá optimálny vzťah so svojimi rodičmi (Brnula, 2015). Podľa Howe (2013 In Brnula, 2015) môže táto teória pomáhať sociálnym pracovníkom posudzovať a plánovať ich prácu s rodičmi a deťmi. Teória vzťahovej väzby ponúka model scitlivovania klientov sociálnej práce na tému starostlivosti a výchovy rodičov, teda čo a prečo robiť vo výchove a starostlivosti. Rovnako ponúka aj vysvetlenia aké dopady má poskytovanie starostlivosti od rodičov k ich deťom na vývoj a správanie dieťaťa. Viacerí autori identifikujú štyri rozdielne typy cieľov intervencie (Cohen et al., 1999; Egeland et al., 2000; Juffer et al., 2003):

- posilniť rodičovskú citlivosť a dostupnosť, vrátane zmeny rodičovského správania voči svojmu novorodencovi (zmena správania);
- premena vnútorného pracovného modelu vzťahovej väzby u rodičov, vrátane ich mentálnej reprezentácie vzťahovej väzby s ich novorodencom (zmena myslenia zvýšením vnútorných a zrkadliacich funkcií);
- poskytnutie zvýšenej sociálnej podpory rodičom;
- zlepšenie mentálneho zdravia matiek a ich pohody.

Lyons-Ruth et al. (2004, s. 84) odporúča niekoľko spôsobov konania pre sociálnych pracovníkov a všetkých, ktorí pracujú s rodičmi s neistou vzťahovou väzbou a snažia sa im poskytnúť bezpečnú základňu:

- vypočujte si rodičov pozorne;
- vyjadrite súhlas a pozitívnu úctu k rodičom;
- povzbudte rodičov ku komunikácii o všetkých druhoch emócií;

- reagujte na odpor so zvýšenou pozornosťou, otvorenosťou na počúvanie a riešením problémov – sú to prejavy vzťahového správania;
- pripojte sa empaticky k rodičom ohľadom zložitosti rodičovstva;
- povzbudzujte rodičov k hľadaniu nádejného prístupu riešenia problémov;
- udržiajte aktívny, vyrovnaný a spolupracujúci dialóg s rodičmi.

Na podporu bezpečnej vzťahovej väzby bol v Nemecku vytvorený špeciálny program s názvom **SAFE** (nem. *Sichere Ausbildung für Eltern*) čiže *Bezpečné vzdelávanie pre rodičov*. Jeho cieľom je podporovať vývoj bezpečnej vzťahovej väzby medzi rodičom a dieťaťom, zabrániť vzniku porúch vzťahovej väzby a predovšetkým zabrániť odovzdávaniu traumatických zážitkov z generácie na generáciu. V kurze môžu byť už od začiatku gravidity podporovaní budúci rodičia vo svojich kompetenciách a schopnostiach a naučiť sa, ako si môžu k svojmu dieťaťu vytvoriť bezpečnú vzťahovú väzbu. Určený je aj pre rodičov s dočiatom počas celého prvého roku jeho života. Program SAFE sa skladá zo štyroch modulov. Modul I pozostáva z rodičovských skupín pred pôrodom ako aj skupín po pôrode, v module II je uskutočnený pred pôrodom videotrénings na jemnosť a po pôrode video-feedback, modul III pozostáva z linky pomoci s možnosťou individuálneho poradenstva od mentorky, v module IV je rodičom podľa potreby sprostredkované individuálne poradenstvo, prípadne psychoterapia (Brisch, 2011).

Americký projekt podpory prenatálneho obdobia a raného detstva alebo **STEEP program** zahŕňal domáce návštevy zamerané na matky, ktoré boli mladistvé, slobodné alebo chudobné. Návštevy pokračovali do dvoch rokov života dieťaťa. Pozitívny účinok programu ukázal dlhšie udržanie tehotenstva, vyššiu pôrodnú hmotnosť detí, menej nahlásených prípadov zanedbávania a týrania detí, odloženie druhého tehotenstva u matiek (Olds et al., 1986 In Howe, 2011; Erickson et al., 1992). Ak sa rodičom ponúkne možnosť podpory v komunite (najmä cez rodinné a materské centrá), táto im poskytne

emocionálne, sociálne a praktické zdroje k naplneniu ich vlastných potrieb ako aj k podpore zdravého vývoja detí (Whittaker, 1993).

Home visits čiže *Návštevné programy v rodinách* sú zamerané na rizikových rodičov u ktorých sa predpokladajú nedostatočné rodičovské zručnosti a na prevenciu týrania, zneužívania a zanedbávania detí. Matoušek a kol. (2010) dodáva, že pomoc môže byť ponúkaná aj tým rodičom, u ktorých sa predpokladá výskyt problémov s výchovou detí, napr. ženám, ktorým sa narodilo dieťa a partner s nimi nežije. Cieľovou skupinou tohto programu môžu byť aj matky, ktorým sa narodilo dieťa, boli oslovené v pôrodnici a súhlasili s tým, že ich bude niekto navštevovať a pomáhať im so starostlivosťou o dieťa. McFarlane et al. (2010; Sweet, Applebaumina, 2004; Durlak, Dupré, 2008) uvádzajú, že domáce návštevy v rodinách pozitívne zlepšujú výsledky práce a jej efektivitu, ale musí byť dodržaná dôslednosť a pravidelnosť programu. Dôležitú stránku programu tvoria organizačné faktory, medzi ktoré patrí intervenčná komplexnosť a primeranosť implementácie systému. Tieto programy domácich návštev musia zahŕňať podporu rodiny, aby bolo znížené riziko nesprávneho rodičovského správania a obsahovať vzdelávanie rodičov na podporenie pozitívnej interakcie rodič – dieťa. Táto komplexnosť si vyžaduje implementáciu systémov pre prijímanie pracovníkov, školenia, supervíziu, protokoly pre identifikáciu a riešenie potrieb rodiny na budovanie jej silných stránok, osnovy pre vzdelávanie matiek, medzi agentúrnu spoluprácu a odporúčania, stratégiu a postupy na zisťovanie a udržanie rodiny.

Korfmacher et al. (1997) vo svojej štúdii zistili, že vzťahová väzba je faktor, ktorý ovplyvňuje využívanie sociálnych služieb. Matky klasifikované s bezpečnou vzťahovou väzbou lepšie spolupracovali s pracovníkmi v programe domácich návštev a prijali širšiu škálu služieb ako matky klasifikované s neistým odmietavým alebo nevyriešeným typom vzťahovej väzby. Odmietavé matky boli emocionálne menej zaujaté programom ako ostatné matky. Dozier (1990 In McFarlane et al., 2010) zaznamenal, že vyhýbaví jedinci s väčšou pravdepodobnosťou odmietali sociálne služby, nezapájali sa do programu, nechceli nič odhaliť o sebe. Oveľa lepšie spolupracovali úzkostní jedinci.

Cieľom programu ***Babywatching*** je sekundárna prevencia agresívnych a úzkostných porúch správania u 3-6 ročných detí v materských školách. Deti s chýbajúcou alebo menej rozvinutou schopnosťou empatie sa v konfliktných situáciách správajú agresívnejšie voči vrstovníkom a bývajú často neiste pripútané (Brish, 2011). Získanie schopnosti empatie a kompetencie v oblasti sebareflexie má dosiahnuť, aby sa deti nesprávali k druhým ani nepriateľsky ani úzkostne, pretože poznajú ich pocity a konanie chápať lepšie. Výsledkom programu by malo byť dosiahnuť, aby sa deti v materskej škole správali kooperatívnejšie, prosociálnejšie, celkovo kreatívnejšie a pozornejšie. Poruchy správania ako agresivita, nepozornosť, hyperaktivita a opozičné správanie by mali ustúpiť do pozadia. Deti v materskej škôlke pozorujú matku s jej dojčat'om. Pozorované dojča má niekoľko týždňov, keď s ním matka príde prvýkrát do škôlky a nechá sa pozorovať v kruhu stoličiek obsadenými malými deťmi v škôlke. Táto forma pokračuje do konca prvého roka dojčat'a. Akonáhle dieťa začne chodiť a hovoriť prvé slová, matka sa so skupinou rozlúči. Matka prichádza do škôlky raz týždenne a deti sú poučené vychovávateľkou ako majú pozorovať dojča, matku a ich interakcie. Deti pod vedením vychovávateľky popisujú, čo matka s dojčat'om robí a ako sa obaja navzájom ovplyvňujú. Potom deti uvažujú o motiváciách správania matky a dojčat'a. Ďalej sa deti vcitujú do emocionálnej situácie matky, prípadne dojčat'a a majú odpovedať na otázky, čo si myslia ako sa má dieťa emocionálne. Posledným stupňom pozorovania je empatia. Pritom deti musia odpovedať na otázky ako by im bolo emocionálne, keby sa na skúšku vo fantázii preniesli do pozície matky alebo dojčat'a (Parens, Kramer, 1993 In Brish, 2012).

Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) čiže *Video intervenčný tréning na dosiahnutie pozitívneho rodičovstva* je program zameraný na prelomenie medzigeneračného cyklu neistej vzťahovej väzby u rodičov, zvlášť u rizikových skupín mladých matiek, jednorodičovských rodín, a znevýhodnených rodičov. Matky a ich malé deti (zvyčajne vo veku 7-10 mesiacov) sú nahrávané na video, keď sa hrajú so svojimi deťmi alebo ich kúpu. Terapeut skúma a analyzuje video záznam a zameriava sa na interakciu vzťahu

matky a dieťa. Počas ďalšej návštevy v rodine ukáže matke video záznam a rozoberá s ňou kľúčové aspekty týkajúce sa vzťahovej väzby. Zvláštna pozornosť sa venuje signálom dieťaťa, výrazom tváre a pohybom tela. Toto stimuluje pozorovacie schopnosti matky, zvyšuje jej záujem o stave vnímania – mysle dieťaťa a teda posilňuje empatiu. Negatívne rodičovské prejavy voči dieťaťu sú ignorované, zatiaľ čo pozitívne prejavy sa zosilnia ďalšími príkladmi starostlivosti. Rodič obdrží aj publikáciu o pozitívnej citlivosti na dieťa. Matka je pozvaná diskutovať a hovoriť za dieťa o štyroch témach, ktoré podporujú predstavu, že matka je expertkou svojho vlastného dieťaťa: hľadanie kontaktu blízkosti s dieťaťom; správne vnímanie signálov dieťaťa; okamžité a adekvátne reakcie na signály dieťaťa a citová blízkosť a zdieľanie emócií (Juffer et al., 2003).

Projekt Sure Start čiže *Bezpečný štart* je používaný vo Veľkej Británii. Zameriava na podporu rodičov a detí na komunitnej úrovni zvyšovaním možnosti starostlivosti o všetky deti. Okrem toho napomáha k zlepšovaniu zdravia, vzdelania a emocionálneho rozvoja malých detí, podporuje rodičov v ich rodičovských úlohách a rozvíja ich aspirácie na zamestnanie. Tento projekt prináša bezplatnú edukáciu rodičov o ranom období dieťaťa a jeho starostlivosť, finančne podporuje rodiny prostredníctvom detských benefitov na daniach, a zvyšuje sociálnu a emocionálnu podporu poskytovanú cez detské a rodinné centrá (Howe, 2005).

Projekt Safe Care čiže *Bezpečná starostlivosť* bol vyvinutý pre rodiny v riziku zlého zaobchádzania. Zameriava sa na tri kľúčové oblasti relevantné pre mladých rodičov a ich deti: domáce bezpečie, zdravotná starostlivosť pre deti, vzťahová väzba a stimulácia. Intervencia trvá 15 týždňov rozdelená do piatich stretnutí na každú oblasť. Rodičia nacvičujú nové zručnosti a pracovník sa snaží, aby pochopili nebezpečenstvo a hazard, bezpečie a čistotu, potrebu zdravotnej starostlivosti, a spôsob ako zlepšiť ich interakciu s vlastnými deťmi (Lutzker, Bigelow, 2001).

Dôležitou súčasťou intervencií je *praktická a emocionálna podpora* rizikových rodičov a rodín, ktorá má pozitívny dopad na dlhodobý rozvoj detí (Berry, Charlson, Dawson, 2003; Gardner, 2003; Gelfland et al., 1996 In Howe, 2005). Sociálna podpora sa považuje

za protektívny faktor fyzického aj duševného zdravia. Tí, ktorí disponujú sebaúctou, majú pozitívny náhľad na život a tešia sa z dobrej skúsenosti sociálnej podpory, vedia vytvoriť a udržať bezpečný domov pre svoje deti. Praktická podpora môže zahŕňať pomoc so starostlivosťou o deti, pomoc s nakupovaním, s poskytovaním pôžičiek, so zabezpečením lepšieho bývania. Emocionálna podpora sa popisuje ako príležitosť dôverovať niekomu; vedomie, že druhí ľudia sú k dispozícii, keď je to potrebné; a byť prijatý a vážený druhou osobou. Tiež tu patria motivačné prvky ako je povzbudzovanie a uznanie. Súhrnom povedané, podpora a dostupnosť redukuje rodičovský stres. Ak rodičia nie sú pod stresom, investujú viac času do svojich detí. Intervencie, ktoré pomáhajú rodičom zaujímať sa viac o dieťa a dopad svojho správania na dieťa, pomáhajú nielen zvyšovať bezpečné pripútanie, ale zároveň poskytujú dieťaťu zdravý psychosociálny vývoj a zvyšujú u neho schopnosť sebaovládania emócií.

The Circle of Security Project (COS) čiže Kruh bezpečia je intervenčný projekt založený pre vysoko rizikové batolátá a deti v predškolskom veku a ich rodičov. Malá skupina detí (vo veku 1-4 rokov) s rodičmi sa stretávajú spolu s terapeutom na 75 minútových stretnutiach po dobu 20 týždňov. Rodičom sa predstaví myšlienka bezpečnej základne a bezpečného prístavu podľa americko-kanadskej psychologičky Mary AINSWORTHOVEJ (1913 – 1999) použitím jednoduchých obrázkov založených na kruhu. Obrázok sprostredkováva ideu, že ak sa dieťa cíti bezpečne a uvoľnene, dokáže skúmať svoje okolie (Ainstworth, 1978). Hlavná podstata intervencie je pomôcť rodičovi byť viac vedomý, vnímavý, dostupný a zručný v čítaní signálov svojho dieťaťa. Terapeut vytvorí príjemné prostredie, z ktorého môžu skúmať svoju vlastnú starostlivosť. Po skončení 20 týždenného kurzu majú rodičia ďalšiu sériu programov. Využíva sa video záznam, kde rodičia vidia interakciu dieťaťa a svoje reakcie. Predbežné výsledky projektu sú veľmi povzbudzujúce so významným počtom detí, ktoré sa presunuli z neistých vzorcov správania k vzorcom bezpečnej vzťahovej väzby (Marvin et. al., 2002).

FAST Track Program čiže *Rýchla stopa* je intervenčný program pre rodiny a školy na predchádzanie chronických problémov správania u vybraných rizikových detí, keď vstúpia prvýkrát do školy. Program sa zameriava na prvé signály porúch správania u detí v škole: podráždenosť, problémy s disciplínou, nepozornosť a impulzivnosť. Tieto signály sú typické pre rodiny, ktoré sú charakteristické vysokým stresom, nestabilitou, rodičovskou psychopatológiou, manželskými nezhodami, neistou vzťahovou väzbou, tvrdou, trestajúcou a rozporuplnou disciplínou. Program sa pokúša nielen vybudovať vhodné zručnosti, postoje a očakávania v každom systéme (rodina, škola, vrstovníci), ale aj vytvoriť pozitívne vzťahy medzi týmito systémami (Howe et al., 1999).

1.4.2 Systémové a systemické teórie

Systém a jeho rozličné chápanie

Z etymologického hľadiska pojem *systema* vychádza z gréčtiny a označuje celok zložený z častí, resp. útvar (napr. vojenský), výtvar, prípadne zostavu. Z hľadiska modernej vedy používanie pojmu *systém* (angl. *System*, nem. *Gebilde*) navrhol v roku 1928 Ludwig von BERTALANFFY⁶, autor známej *General System Theory* (1968). Pojem slúži na označenie zložitého objektu, ktorý je tvorený odlišnými elementmi viazanými medzi sebou vzťahmi interakcie alebo vzťahmi vzájomnej závislosti. Prvky sú chápané ako subsystemy, čo znamená, že patria do tej istej kategórie ako súbor, ktorého sú časťou. Ak je systém otvorený, je okrem toho vsadený do prostredia, s ktorým je v interakcii. Základnou ideou je, že systém ako celok tvorí stupeň vyššej zložitosti, v porovnaní so zložitosťou jeho častí, čo znamená, že má od nich odlišné vlastnosti (Chevalier In Boudon et al., 2004, s. 210). Ludewig (2011, s. 32) definuje systém ako „útvar vymedzený od jeho okolitého prostredia, ktorý sa skladá z prvkov a ich vzťahov.“

Podľa Ropohla (1978 In Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 18) je systém usporiadaným celkom len prípade, ak:

⁶ Išlo o prácu v nemčine – Kritische Theorie der Formbildung, Borntraeger (1928). V angličtine vyšla pod titulom *Modern Theories of Development: An Introduction to Theoretical Biology*, Oxford University (1933).

- dokumentuje určité funkcie ako vzťahy medzi jednotlivými atribútmi;
- pozostáva z elementov, prípadne subsystémov, ktoré sú pomocou relácií spojené navzájom do jednej štruktúry;
- je na určitom stupni ohraničený od svojho okolia, prípadne sa vyčlení z nejakého supersystému.

Pre potreby sociálnej práce je systém definovaný v Barkerovom Slovníku sociálnej práce (2003, s. 427) ako prepojenie jednotlivých elementov vzájomnou reciprocitou a identifikovateľnými hranicami, ktoré formujú komplex alebo jednotu celku.

Systém môže byť fyzický a mechanický, živý alebo sociálny, alebo ich kombináciou. Príkladmi sociálneho systému sú rodiny, skupiny, organizácie, firmy, spolky, politické strany, či spoločnosť.

ČLOVEK sa ako individuum (biologický, nedeliteľný celok) skladá z biologického hľadiska z mnohých štruktúrne a operacionálne odlišných systémov (nervového systému, imunitného systému, endokrinného systému a pod.). Tieto systémy spoločne zodpovedajú za kontinuitu procesu života a súčasne pripravujú „vonkajšie podmienky“ pre produkciu a reprodukciu psychických a sociálnych fenoménov. Ako sociálna bytosť je človek súčasťou rôznych sociálnych systémov (Ludewig, 2011, s. 47).

Zo systémového hľadiska chápe Hollstein-Brinkmann (2001, s. 46; por. Hejl, 1987) SPOLOČNOSŤ ako sieť sociálnych systémov, ktoré sú vytvorené individuami. Tieto tvoria priesečníky, styčné body alebo uzly, pričom zároveň spoluvytvárajú v diferencovaných spoločnostiach viacero sociálnych systémov. Člen spoločnosti je v tom istom čase zároveň komponentom rozličných systémov, i keď iným spôsobom a v rozdielnej intenzite.

General system theory a rozvoj systémových teórií

Teória systémov sa vyvíjala najprv v biológii a fyzikálnych vedách. Jedným z jej významných zakladateľov bol rakúsky biológ a filozof Karl Ludwig von BERTALANFFY (1901 – 1972) autor vyššie zmieneného diela *General System Theory* (1968).

Teóriou sa Ludwig von Bertalanffy zaoberal už v tridsiatych rokoch 20. storočia. V roku 1954 von Bertalanffy strávil určitú dobu v práve založenom Stredisku pre pokročilé štúdie v behaviorálnych vedách v Palo

Altu v Kalifornii, spolu s ekonómom Kennethom Bouldingom, fyziológom Ralphom Geraldom a matematickým biológom Anatlom Rapoportom. Tato štvorica je považovaná za zakladateľov systémového hnutia. V decembri 1954 bola založená Spoločnosť pre výskum obecných systémov – jej názov bol v roku 1980 pozmenený na International Society for the Systems Sciences (Medzinárodná spoločnosť pre systémové vedy, skr. ISSS), jej ciele boli formulované nasledovne (por. Fiala, 1994):

- I. skúmať izomorfnosť pojmov, zákonov a modelov z rôznych oblastí a napomáhať užitočným prenosom z jednej oblasti do druhej;
- II. podporovať vývoj adekvátnych teoretických modelov v oblastiach, ktorým chýbajú;
- III. minimalizovať zdvojenie teoretického úsilia v rôznych oblastiach;
- IV. podporovať jednotu zlepšovaním komunikácie medzi špecialistami.

Samotný Bertalanffy (1968, s. 34) všeobecnú teóriu systémov charakterizuje ako teóriu organizovanej komplexnosti. Pojmy ako celok, organizovanosť, účelovosť a diferencovanie sú konvenčnej fyzike cudzie, pre organizmy a sociálne skupiny sú však nenahraditeľné. Napríklad celok je vďaka vzájomnému vplyvu častí kvalitatívne odlišnou kategóriou, než je sumár týchto častí. Autor akcentuje holizmus oproti redukcionizmu a organizmus stavia oproti mechanizmu.

Teória systémov zaznamenala prielom po 2. svetovej vojne v rámci rodiacej sa kybernetiky, ktorá je „náukou o riadení a komunikácii v živých organizmoch a strojoch“ (Wiener, 1948). Vo fyzike (mechanike, termodynamike), v biológii a kybernetike doznela teória systémov početných a plodných aplikácií. Americký biológ James Grier MILLER (1916 – 2002) rozvinul a rozšíril všeobecnú teóriu systému na ŽIVÉ SYSTÉMY v diele *Living systems* (1978). Živé systémy sú podľa neho otvorené, samoorganizované (*self-organizing*), majú špecifické charakteristiky bytia a sú v interakcii so svojim prostredím. Pre tieto systémy je príznačné prúdenie a výmena informácií, energie a hmoty. Podľa Simona (1990, s. 28-29) je špecifikum živých systémov to, že sa vyznačujú zvláštnou vlastnou dynamikou, ktorú aktívne udržiavajú. Pre živé systémy platí pravidlo: *Všetko sa mení s výnimkou toho, keď sa niekto alebo niečo postará o to, aby to zostalo tak, ako to je.*

Medzi kľúčové koncepty živých systémov patrí AUTOPOIÉZA (grécky *autopoiesis*, zložené z *autos* – sám a *poiein* – robiť, tvoriť), ktorú začiatkom 70. rokov popisali chilskí neurofyziológovia 20. storočia – Humberto MATORANA (nar. 1928) a jeho žiak Francisco VARELA (1946 – 2001). Ich cieľom bolo vysvetliť organizáciu živých systémov tak, že sa charakterizuje autonómny celok, ktorý môže v princípe generovať charakteristické fenomény živých systémov za predpokladu existencie potrebných historických predpokladov (Maturana, 1985, s. 141). Táto organizačná forma sa označuje Maturanom ako seba-organizujúca a vyjadruje sa pojmi ako samo-vyrábajúci, samo-udržiavací, samo-referenčný, čo sú typické znaky živých systémov. Teória autopoíézy vychádza z toho, že živé systémy sú charakteristické otvorenosťou prostredia a výmenou existenčných podmienok. Živé systémy sú preto poznávajúce systémy a život chápe Maturana ako proces poznávania (kognície) – bez ohľadu na to, či tieto majú alebo nemajú vyvinutú nervovú sústavu. Ľudské poznanie chápe ako výsledok subjektívnych pozorovaní, ktoré sú jazykovo konsenzualizované. Na označenie špecifického ľudského spôsobu života a schopnosti koordinácie vyššieho rádu zaviedol Maturana španielsky novotvar *lenguajear*, čo v slovenčine znie ako „jazykovanie“ (angl. *to language*). V hĺbke svojej štruktúry samoregulácie a v oblasti svojej identity sú však všetky živé systémy operacionálne uzatvorené, konštantné a nezávislé (autonómne), prípadne neovplyviteľné svojim prostredím. Varela (1987, s. 125; por. Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 41) uvádza tri druhy biologických systémov, u ktorých sa dá explicitne dokázať organizačná celistvosť: bunkové systémy, imunitný systém a nervový systém.

V rámci sociológie sa systémovými teóriami zaoberali najmä predstavitelia FUNKCIONALIZMU⁷. Dôležitou zmenou

⁷ Funkcionalizmus je v sociálnych vedách, najmä sociológii, etnológii a sociálnej antropológii smer zdôrazňujúci vzájomnú závislosť inštitúcií a javov spoločnosti, a ich vzájomné pôsobenie pri zachovávaní sociálnej a kultúrnej jednoty. Funkcionalistickí teoretici tvrdia, že spoločnosť by sa mala chápať ako systém vzájomných častí. Sú presvedčení, že jestvujú zvláštne funkčné predpoklady, ktoré musia byť splnené v každom sociálnom systéme. Funkcionalizmus predpokladá stabilitu a integráciu sociálnych systémov a snaží sa založiť vysvetľovanie sociálnych faktov na objavení ich

v popisovaní (sociálnych) systémov sa stal odlišný jazyk, ktorým sociológovia začali popisovať systém ako sociálny fenomén.

Vzhľadom na človeka ako sociálneho tvora rozlišoval Talcott PARSONS (1902-1979) vo svojom diele *The Social Systems* (1951) rozličné úrovne systémov (por. Holmwood, In Harrington et al., 2006, s. 144):

- úroveň *osobnosti*, ktorá zodpovedá jednotlivému aktérovi. Aktér je považovaný za systém;
- úroveň *kultúry* vzťahujúcu sa k symbolom a významom, ktoré aktéri používajú vo svojich osobných projektoch a vo svojom prekonávaní sociálnych obmedzení. Úroveň kultúry sa vyznačuje tromi základnými vlastnosťami: kultúra sa *prenáša*, vytvára dedičstvo – sociálnu tradíciu; je *naučená*, nie je prejavom ľudského genetického vybavenia; je *zdieľaná*;
- úroveň *sociálneho systému* zodpovedá interakcii medzi množstvom aktérov. Ide o súbor postáv a rolí organizovaný normovaným očakávaním a udržiavaný pomocou sankcií.

Podľa Pružinca (In Bednárík et al., 2009, s. 201-202) Parsons pozeral na spoločnosť pod zorným uhlom holizmu. Vychádzal zo základného predpokladu, že spoločnosť je akýsi typ spoločenského systému, ktorý dosahuje najvyššiu úroveň sebestačnosti. Významnú zložku Parsonsovho spoločenského systému tvorí koncepcia označená akronymom AGIL. Každý systém má niekoľko okruhov potrieb, ktoré, ak chce systém prežiť, musí naplniť. Tie sú preň funkčnými imperatívmi a môžeme ich zaradiť do štyroch podsystémov:

1. Potreba adaptácie (*Adaptation*) na prostredie. Ide o ekonomický subsystém, pretože prvou potrebou je zabezpečenie dostatočného prísunu zdrojov a energií a ich rozdelenie v systéme.
2. Potreba dosahovania cieľov (*Goal attainment*). Ide o politický subsystém, pretože druhou potrebou je stanovovať prednostné ciele a mobilizovať zdroje a energie, ktoré sú nutné na ich dosahovanie.
3. Potreba začleňovania (*Integration*). V sociálnom systéme treba zabezpečovať vnútornú súdržnosť, teda nasmerovať, prispôbovať, riadiť vzťahy medzi jednotlivcami alebo spoločenskými skupinami vo vnútri samotného systému.

funkcií, pretože tieto sú len tým, čomu slúžia (Por. Holmwood, In Harrington et al., 2006, s. 134-135; Cuin In Boudon et al., 2004, s. 56).

4. Potreba udržiavania hodnotového systému (*Latent pattern maintenance and tension management*). Ide o náboženský, výchovný alebo rodinný subsystém, ktorého funkciou je udržiavať vyvážený hodnotový stav, aby motivoval konateľov k výkonu spoločenských rolí, ktoré sú pre systém nevyhnutné.

V dialógu s Parsonsom rozvíjal svoju koncepciu Niklas LUHMANN (1927 – 1998), nemecký predstaviteľ systémových teórií. Vo svojom zásadnom diele *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie* (1984) predkladá názor, že moderná spoločnosť obsahuje funkcionálne diferencovaný systém, ktorého subsystémy sa stali nezávislými na sebe aj na sociálnom systéme ako celku. Každý subsystém sa podľa neho sám reprodukuje a subsystémy sú autopoietické, sami sa vytvárajú. Každý subsystém má sklon sa reprodukovať a robí to tak, že sa odlišuje od svojho okolia. Systémy sú podľa neho toky informácií, „operacionálne uzatvorené“ v tom zmysle, že pre svoje fungovanie nevyžadujú „zmysel“ (Delanty In Harrington et al., 2006, s. 374).

V súčasnosti sa systémové teórie vzťahujú na všetky úrovne živých a neživých systémov, od najmenších atómov cez zlúčeniny, bunky, orgány, ľudské bytosti, rodiny, sociálne skupiny, komunity, kultúry, makroekonomické inštitúcie, vládne politiky, medzinárodné politické a ekonomické javy, až po celý vesmír (Beckett, Johnson, In Edwards et al., 2004, s. 1391). Preto sa právom hovorí aj o systémovej vede, ktorá je súčasťou systémového hnutia, voľne spájajúceho ľudí z rôznych odborov vedy, techniky, filozofie a ďalších oblastí, ktoré hľadajú spoločné idey, pojmy, princípy, metódy, ktoré by boli aplikovateľné na všetky systémy, a tým prekračovali hranice jednotlivých odborov (Fiala, 1994).

Systémové teórie sú zastúpené v rôznych vedeckých oblastiach, okrem vyššie zmienených aj v organizačnom poradenstve, terapii a sociálnej práci (por. Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 15). Z hľadiska sociálnej práce sú systémové teórie nielen koncepty zdôrazňujúce vzájomné vzťahy medzi elementmi, ktoré konštituujú celok, ale taktiež zdôrazňujú vzťahy medzi klientmi sociálnej práce (jedincami, skupinami, rodinami, organizáciami, komunitami) a vzájomné faktory vplyvu prostredia (por. Barker, 2003, s. 428). Podľa Mózešovej (In Brnula et al., 2015, s. 134) nezanedbateľný prínos systémovej teórie

spočíva predovšetkým v jej chápaní komplexnosti sociálnych javov, čím sa zabezpečuje eliminovanie nežiaducej redukcie pri riešení problémov sociálnych klientov.

Systémový prístup a jeho dôležité princípy

Systémový prístup (*system approach*) sa z hľadiska sociológie chápe ako metodologický princíp pre ktorý je charakteristický prístup k objektom ako k systémom na najrôznejších hierarchických úrovniach. Obecná teória systému je v súčasnosti chápaná skôr ako metateória. Systémový prístup nehľadá statickú podstatu javov, ale špecifický a dynamický spôsob usporiadania celku. Zákonitosti odhaľuje analýzou vzťahov (Buriánek, In Petrussek et al., 2006, s. 883). Podľa Ludewiga (2011) hlavným cieľom systémového vedeckého myslenia je zaoberať sa komplexnými fenoménmi ako s predmetmi skúmania.

Na rozdiel od analytického prístupu, systémové myslenie sa zameriava na to, aby sa s komplexnosťou zaoberalo čo najmenej redukcionisticky. Podľa Willkema (1982, In Ludewig, 2011) sa systémové teórie týkajú „organizovanej komplexnosti“, teda systémov, resp. vzájomných vzťahov systémov a prostredia. Okrem autopoiezy medzi dôležité koncepty systémových teórií patria:

❖ **AUTONÓMIA** – živé a sociálne systémy môžu vyvinúť rozličné stupne nezávislosti (autonómie) na svojom okolí (Maturana, Varela, 1987). Podľa Probst (In Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 50) hovoríme o autonómii vtedy, keď vzťahy a interakcie, ktoré definujú systém ako celok, nezahŕňajú v sebe žiadny iný, iba tento systém. Autonómiu ako možnosť sebarozvíjania systému je potrebné chápať relatívne. Aj autopoietické systémy, ktoré nie sú riadené zvonka, sú vystavené a ovplyvňované rozličným vplyvom zvonka. Autonómia potom neznamená nezávislosť od prostredia, ale závisí od vnútornej štruktúry systému, ako aj od jeho interakcií (Wilke, 1987, In Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 50).

❖ **KOMPLEXNOSŤ** – angl. výraz *complexity* označuje zložitosť, spleťnosť, komplikovanosť. Často sa nachádza v protiklade k jednoduchosti (*simplicity*) alebo jednoznačnosti. Z etymologického hľadiska výraz pochádza z latinského substantíva *complexio* označujúceho spojenie (rozličných elementov do celku), vzhľadom

na ľudí znamená objatie. V aplikácii na systém sa komplexnosť chápe vzhľadom na jeho zloženie z viacerých elementov. Podľa Wericha a Probst (1990, in Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 50) ide o schopnosť systému v danom čase prijať veľký počet rôznych stavov. Podľa Luhmanna (1984) sa komplexnosť môže chápať aj ako „miera pre nejasnosť alebo nedostatok informácií“, čím sa pre systém stáva rizikom, resp. faktorom neistoty. Odlišné vnímanie komplexity vysvetľuje Luhmann potrebou selekcie systému vzhľadom na vlastné sebazachovanie. Totižto, nie každý element môže byť spojený s iným, takže systém sa selektívne rozhoduje v prospech svojho zachovania. Podobne aj Warren Weaver (1948) rozlišoval dve formy komplexnosti: neusporiadanú a organizovanú. Skúmanie komplexnosti prepojených elementov v rámci systému patrí k hlavným cieľom systémových teórií.

❖ Od počiatku vzniku systémových teórií je jednou z najdôležitejších ideí HOLIZMUS ako protiklad k redukcionizmu či čisto analytickým prístupom. Tieto sa zameriavali na porozumenie systému cez jeho rozloženie na jednotlivé elementy, pričom sa dôraz kládol na skúmanie vlastností jednotlivých elementov. Pre holizmus je celok viac než len súčet častí. Celok nemôže byť analyzovaný výhradne ani primárne v pojmoch svojich častí. Holizmus našiel odozvu v rozličných vedách, napr. vo fyzike, biológii, medicíne, ošetrovatelstve, psychológii (tu je obzvlášť dôležitou súčasťou gestaltizmu a kognitívnej psychológie), a v neposlednom rade aj v sociálnej práci. Praktickou konzekvenciou holistického prístupu vo vede je *multidisciplinárna* a *interdisciplinárna* spolupráca.

❖ IZOMORFIA (resp. analógia) medzi systémami, ktoré popisujú odlišné javy, majú však zhodnú alebo podobnú štruktúru. Izomorfia dovoľila prenos z oblastí s rozvinutými metodológiami do oblastí menej rozvinutých – zvlášť v oblasti techniky – čo nakoniec viedlo k vzniku samostatnej teórie podobnosti.

❖ SAMOREFERENCIA je univerzálny princíp všetkých autopoietických systémov. Systémy sú vzhľadom na svoje stavy operacionálne uzatvorené, čo znamená, že nie je možné riadiť ich externe. Napriek tomu sú však ovplyvniteľné a modulovateľné udalosťami prostredia, sú otvorené pre matériu, energiu alebo

informácie (Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 51). Samoreferencia zahŕňa v sebe procesy, ktoré sa na seba napájajú. Každé konanie v systéme pôsobí spätne na seba a stáva sa východiskovým bodom pre ďalšie správanie.

❖ **REDUNDANCIA** znamená nadbytočnosť, hojnosť (lat. *redundo* – rozlievať sa, pretekať, prekypovať; *redundantia* – nadbytok). Vo všeobecnosti označuje informačný alebo funkčný prebytok. V informatike sa používa výraz redundancia dát, čo znamená viacnásobný výskyt tých istých dát v databáze. Z hľadiska systémových teórií ňou rozumieme viacnásobné potvrdenie funkcie v systéme (Luhmann, 1987). Viacero elementov jedného systému môže urobiť to isté, vytvárať alebo riadiť procesy a zväčšovať svoj potenciál konania. Redundanciou funkcií sa vytvára potenciálna flexibilita, ktorá je predpokladom pre kreativitu a inováciu (Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 53).

Systémová teória v praxi pomáhajúcich profesií

Podľa Ludewiga (2011, s. 32) začali niektorí psychoterapeuti v USA zahŕňať sociálne prostredie svojich pacientov do terapie nielen ako zdroj anamnestických dát a pozorovania, ale aj ako spolupacientov (napr. spoluzávislí). V tejto dobe jestvovala rodinná terapia ako prax bez vlastnej teórie.⁸ Pod vplyvom diela Talcotta Parsonsa sa začali objavovať prvé koncepcie rodiny ako sociálneho systému. Keďže sociálne systémy boli v tomto období chápané ako cirkulárne previazané usporiadanie prvkov, mala by zmena jedného prvku systému (napr. člena rodiny) mať za následok celkovú zmenu systému. To sa však v praxi nie vždy potvrdilo (napr. keď sa dieťa prestane správať záškolácky, neznamená to, že sa zmení celá rodina).

„Systémový prístup práce s rodinou zdôrazňuje celistvosť a organizáciu, dynamické interakcie subsystémov, interakcie systému a prostredia, prepojenosť a komplexnosť procesov. Pri práci s rodinou to znamená vidieť ju ako zložitý celok, ale neprehliadať jednotlivých členov rodiny, rovnako ako širšie sociálne okolie a vplyvy pôsobiace na rodinu. Zmena sa tak odohráva v rodine ako

⁸ Prvý svetový kongres rodinnej terapie sa konal roku 1987 v Prahe. Jeho čestnou predsedníčkou bola Virginia Satirová.

celku. Spoločné pre systémové prístupy v rodinnej terapii je vnímanie rodiny ako systému, zloženého z niekoľkých členov, z nich každý má svoj vlastný, oprávnený a legitímny pohľad na rodinu, svoju vlastnú percepciu. Ani jeden člen rodiny ani ktokoľvek iný nemá „správny“ objektívny pohľad na rodinu. Rodinná realita, rodinný systém nie je potom nič viac, než pohľad na rodinu, ktorý vyrástol zo sociálnej interakcie členov rodiny a bol nimi akceptovaný. Systémový prístup je predovšetkým myšlienkový nástroj k uchopeniu skutočnosti. Umožňuje určitý štýl získavania a spracovania informácií, určitý spôsob konceptualizácie problému a nájdenie účinnej formy intervencie“ (Bařová, Mydlíková, 2012, s. 205-206).

V systémovej interakcii medzi sociálnym pracovníkom a klientom je možné rozlíšiť tri dimenzie (Stierlin, 1988, In Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 92):

- pole klientovho systému, napr. rodina alebo pár;
- pole priameho vzťahu medzi terapeutom a klientom;
- širšie okolie terapie s ostatnými inštitúciami, terapeutmi a pomáhajúcimi profesiami.

Jedným z cieľov sociálnej práce je spájať ľudí so systémami, ktoré im zabezpečia zdroje, služby a možnosti. Allen Pincus a Anne Minahanová (1980, s. 105) uvádzajú štyri takéto systémy:

1. *Systém „change-agent“* (doslova „sprostredkovateľ zmeny“) – patria sem sociálni pracovníci, úrady a organizácie, v ktorých sú títo zamestnaní. V mnohých ohľadoch predštruktúrujú možnosti konania a postoje, preto ich možno považovať za vlastný systém s vlastnými štruktúrami a pravidlami.

2. *Klientsky systém* – osoba, rodina, skupina, organizácia alebo spoločenstvo, ktoré využíva služby sociálnych pracovníkov. Na problémy sa netreba pozerat' ako na vlastnosti zúčastnených ľudí, ale ako na vlastnosti príslušnej sociálnej situácie. Pre sociálneho pracovníka je hlavnou otázkou, ako konšteluje spolupôsobenie rozličných elementov situácií. Systém change agent a klientsky systém tvoria *intersystém*, ktorý je spojením dvoch otvorených systémov.

3. *Cieľový systém* – ľudia alebo organizácie, na ktoré musí systém „change agent“ vplývať, aby sa naozaj dosiahla vytýčená

zmena. Pozornosť sa teda nezameriava len na otázku, kto nejakým problémom trpí (zvyčajne je to samotný klient). Samotný systém klienta nemusí byť vždy ústredným predmetom zmeny.

4. *Akčný systém* – na dosiahnutie určitých cieľov môžu sociálni pracovníci spolupracovať s inými odborníkmi.

Podľa Goldsteina (1980, s. 93) sa sociálna práca cez systémové teórie otvára poznaniu, že všetky problémy, či politickej, ekonomickej, ekologickej alebo sociálnej povahy, sa už nedajú skúmať a chápať jednodimenzionálne. Systémovou teóriou sa chce zabrániť redukcii sociálnej práce na jedinú rovinu uvažovania. Psychologická a sociologická dimenzia do určitej miery ukazuje na vnútorný a vonkajší vzťah systému (obraz fotoaparátu s teleobjektívom a širokouhlým objektívom). Od sociálnych pracovníkov sa žiada zaujatie premenlivých stanovísk, aby videli osoby v ich individuálnej zvláštnosti a zároveň aj ako súčasť väčšej sociálnej štruktúry (Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 96).

Systemické teórie a systemický prístup

V 80. rokoch sa od rodinnej terapie oddelila resp. rozlíšila TERAPIA SYSTEMICKÁ (angl. *systemic therapy*; nem. *Systemische Therapie*). Ludewig (2011) uvádza vznik systemickej terapie v roku 1981. Práve v ňom začal vývoj jej koncepcie, ktorá ďaleko presahovala sporadické a niekedy aj rozporuplné koncepty rodinnej terapie (pozri nižšie). Začali sa prijímať nové prístupy z rôznych vedných odborov, zvlášť systémovo-teoretické a konštruktivistické pozície, ako napríklad koncepcia autopoiesis a kognitívne teórie Humberta Maturany, kybernetika 2. rádu v ponímaní Heinza von Foerstera, radikálny konštruktivizmus Ernsta von Glasersfelda a teória sociálnych systémov Niklasa Luhmanna.

Ide pritom o výrazne kognitívnu, krátkodobú terapiu, ktorá počíta so spoluprácou klienta, je výrazne zameraná na súčasnosť a spolieha sa na rozumové spracovanie terapeutického materiálu do tej miery, že provokuje vlastné sebaozdravovacie zdroje klienta (Strnad, 1980 In Hartl, Hartlová, 2009, s. 615).

Pre SYSTEMICKÝ PRÍSTUP je príznačný posun z modernistického modelu lineárnej kauzality a chápania reality ako objektívnej skutočnosti k postmodernému porozumeniu reality ako sociálneho a lingvistického konštraktu.

Výraz „systemický“ (*systemic*) môže vyjadrovať (Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 37):

- celostné (holistické) zameranie pohľadu, popisu, ako je všetko so všetkým prepojené;
- prístupy, ktoré sú skôr „technokratické“, akési „autoopravovne ľudských vzťahov“;
- prístupy, ktoré sa snažia hneď pristúpiť k riešeniam, pričom sa nezdržiavajú analýzou problémov.

SYSTEMICKÁ PRAX je využívanie systemického myslenia na profesionálne zaobchádzanie s ľuďmi pri zmiernovaní, zvládaní, vyjasňovaní alebo riešení ich osobných, medziľudských a organizačných problémov (Ludewig, 2011, s. 18).

Medzi zásady systemického pomáhania v terapii rodinných systémov a v rodinnom poradenstve zaraďuje Bergová (In Giertlová, 2004, s. 61) nasledovné:

1. Neopravuj, čo nie je pokazené.
2. Rob viac toho, čo funguje.
3. Keď to nefunguje, nerob to, rob niečo iné.

Z historického hľadiska sa v systémovej a systemickej terapii rozvíjali najskôr predstavy o tom, ako by mal vyzerat’ „funkčný“ rodinný systém a z toho sa odvodzovalo, ako by terapeuti mohli pohnúť systém smerom od dysfunkčného stavu k stavu funkčnému. Postupne sa však predstava cieleného a plánovane riadeného systému ukázala klamnou a neudržateľnou. Otázky boli zamerané na predstavy o „dobrej“ (= funkčnej) rodine a posun bol smerovaný k terapeutickej jednotke ako jednotke významu (por. Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 38).

Techniky systémových terapií vyplývajú z otázok, ako ľudia v sociálnych systémoch spoločne utvárajú svoju skutočnosť, ktoré premisy sú základom ich myslenia a prežívania a aké jestvujú možnosti zistiť obsah týchto premís a „narušiť“ ich?

Systemická terapia je obecnější pojem, ktorý zahŕňa väčšie množstvo modelov a prístupov, medzi ktoré patria (por. Schlippe,

Schweitzer, 2006, s. 19-29) štruktúrna rodinná terapia, strategická rodinná terapia, kontextuálna terapia, medzigeneračný koncept, systemicko-kybernetická rodinná terapia transformačná systemická terapia, krátka terapia orientovaná na riešenia, a mnohé ďalšie.

1.4.2.1 Rodinná terapia

V druhej polovici 20. storočia bola všeobecná teória systémov koncepcne aplikovaná na RODINNÚ TERAPIU (Minuchin, 1974; Haley, 1977, Palazzoli et al., 1977), pričom pojem „systémová terapia“ (*system therapy*) bol používaný v tomto období ako jej synonymum. Podľa Minuchina (2013, s. 18) sa „teória rodinnej terapie zakladá na skutočnosti, že nikto nie je izolovaný. Človek je aktívne jednajúcim a reagujúcim členom spoločenských skupín. Jeho prežívanie skutočnosti má zložky vnútorné aj vonkajšie.“ Podľa Mydlíkovej a Brnulu (2015) „východiskom rodinnej terapie bol predpoklad, že symptóm duševnej poruchy jedinca je prejavom patológie rodiny a teda terapeutický zásah sa musí koncentrovať na zmenu rovnováhy a interakcie v rodine identifikovaného klienta.“ Okrem toho rodinná terapia vychádza z teórie systémov, podľa ktorej sa terapeutickou jednotkou stáva rodina definovaná ako kybernetický systém pracujúci na princípe homeostázy a spätnej väzby. Podľa Innesa (In Banmen, 2009, s. 70) „teória rodinnej terapie znamená ako to, čo robíme (metóda) a ako to robíme (proces) ovplyvňuje tých s ktorými to robíme (výstup). Ak nemáme k dispozícii jazyk, ktorým by sme dokázali vysvetliť to, čo robíme, nemôžeme o svojej práci premýšľať, hovoriť, ani ju plánovať. Bez úvahy nad vzťahom teórie, metódy a praxe je takisto obtiažne odovzdávať svoje poznatky ďalej a skúsenosti inak než osobným príkladom.“

Philip Barker (2012) rozlišuje viacero etáp rozvoja rodinnej terapie: ***Päťdesiate roky 20. storočia.*** Za priekopnícku knihu označuje publikáciu amerického psychiatra a psychoanalytika Nathana ACKERMANA (1908 – 1971) *The Psychodynamics of Family Life* (1958). V tomto období sa niekoľko tímov pustilo do výskumu a liečby pacientov zo schizofrénnych rodín. V roku 1952 získal britský antropológ, lingvista a kybernetik Gregory BATESON (1904 – 1980) grant na štúdium komunikácie a jej rôznych dimenzií.

Realizoval sa v známom meste vedy Palo Alto v Kalifornii. Postupne sa k nemu pripojili ďalší vedci ako Jay Haley, John Weakland, William Fry a Don Jackson. Ich činnosť a myslenie malo veľký vplyv na mnohých rodinných terapeutov. Spoločne sformulovali dôležitú *teóriu dvojitej väzby (double-bind theory)*. V roku 1959 založil v Palo Alto americký psychiater a poradca Batesonovej skupiny Don JACKSON (1920 – 1968) Mental Research Institute (MRI), ktorý sa stal významným strediskom rodinnej terapie.

Do obdobia počiatkov rodinnej terapie patria podľa Barkera aj:

- americký psychiater Theodore LIDZ (1910 – 2001) zaviedol koncept *schizmy* – rozdelenia rodiny na dva antagonistické a súťažiacie skupiny a koncept odchýlky (*skew*), pri ktorej jeden z manželov v rodine nápadne dominuje, čo chápal ako dôsledok vážnej osobnostnej poruchy;
- americký psychiater a psychológ Lyman WINNE (1923 – 2007) zaviedol pojem falošná vzájomnosť (*pseudomutuality*) a falošné nepriateľstvá (*pseudohostility*). Osoby vytvárajúce falošne vzájomný vzťah sú predovšetkým zaujatý tým, ako sa k sebe hodia, ako sa dopĺňajú, avšak na úkor svojej osobnej identity. Falošným nepriateľstvom rozumie zjavný chybný emocionálny vzťah (nepriateľstvo), ktorý nahrádza pravý intímny vzťah;
- americký psychiater a psychoterapeut Carl WHITAKER (1912 – 1995) vytvoril vlastný symbolicko-skúsenostný prístup (*symbolic-experiential*) v rodinnej terapii a inicioval zapájania koterapeutov (*co-therapists*) v práci s rodinou;
- americký psychiater maďarského pôvodu Iván BÖSZÖRMÉNYI-NAGY (1920 – 2007) založil v roku 1957 vo Filadelfii Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. Jeho konceptu medzigeneračnej rodinnej terapie sa budeme venovať v osobitej kapitole;
- americký psychiater Murray BOWEN (1913 – 1990) počas pôsobenia v National Institute of Mental Health rozvinul chápanie schizofrénie ako procesu, ktorý sa rozvíja počas troch generácií;

- škótsky psychiater Ronald LAING (1927 – 1989) sformuloval koncept mystifikácie ako prostriedku, ktorým si jedna osoba získava kontrolu nad druhým človekom.

Šesťdesiate roky 20. storočia. Významným centrom rozvoja rodinnej terapie bol v tomto období najmä MRI. Jeho zakladateľ Don Jackson zaviedol pojem *behaviorálnej (komunikačnej) redundancie*, ktorým popísal ako v rodinách a iných trvalých vzťahoch vznikajú opakujúce sa interakčné vzorce, ktoré je niekedy v terapii potrebné zmeniť, aby sa dosiahla očakávaná zmena správania. Z bývalej Batesonovej skupiny mal v tomto období veľký prínos Jay HALEY (1923 – 2007). Jeho konceptu strategickej rodinnej terapie sa budeme venovať v samostatnej kapitole. Z vyššie zmienených autorov Murray Bowen sformuloval v tomto období koncept *triangulácie* ku ktorej dochádza, ak je tretí člen rodiny zatiahnutý do interakcie medzi dvomi členmi. Namiesto toho, aby napr. manželia komunikovali priamo, odohráva sa komunikácia prostredníctvom tretej osoby, čo môže byť dieťa. Nathan Ackerman v roku 1960 založil v New Yorku Ackerman Institute for the Family. Spolu s Donom Jacksonom založili v roku 1961 prvý časopis venovaný rodinnej terapii *Family Process*. V roku 1966 publikoval knihu *Treating the Troubled Family* v ktorej sa zaoberá liečením „rodiny ako organického celku.“ Do činnosti MRI sa zapojila Virginia SATIROVÁ (1916 – 1988), ktorej práci sa budeme takisto venovať v osobitej kapitole.

Medzi ďalšie významné osobnosti 60. rokov 20. stor. patria:

- argentínsky psychiater a psychoanalytik Salvador MINUCHIN (nar. 1923), jeho štruktúrálnej rodinnej terapii sa budeme venovať v samostatnej kapitole;
- britský psychiater Henry DICKSE (1900 – 1977), autor konceptu *autoritárskej osobnosti*, ktorého pôsobenie bolo spojené s významnou Tavistockou klinikou v Londýne;
- britský psychiater Robin SKYNNER (1922 – 2000), zakladateľ Inštitútu rodinnej terapie, ktorý bol angažovaný aj do hnutia terapeutických komunit.

Sedemdesiate roky 20. storočia. V tomto období bolo založených mnoho ďalších centier zaoberajúcich sa výskumom a rozvojom rodinnej terapie. Vyššie zmienený Salvador Minuchin založil Philadelphia Child Guidance Clinic, kde pôsobil niekoľko rokov aj Jay Haley. Tento neskôr založil Family Institute of Washington. V hlavnom meste USA okrem toho založil Murray Bowen Georgetown Family Institute. Bowen v tomto období sformuloval koncept „emocionálneho systému jadrovej rodiny“. Pracovníčky Aeckermanovho inštitútu pre rodinu vydali dôležité prehľadové knihy o rôznorodosti rodinnej terapie v tomto období. Americká sociálna pracovníčka a rodinná terapeutka Peggy PAPPOVÁ (nar. 1923) publikovala *Family Therapy: Full Length Studies* (1977) a francúzsko-americká sociálna pracovníčka a rodinná terapeutka Lynn HOFFMANOVÁ (nar. 1924) vydala *Foundations of Family Therapy* (1981).

V tomto období došlo k väčšiemu rozvoju rodinnej terapie aj v Európe. Významnou bola najmä „milánska škola“ spojená najmä s menom talianskej psychiatričky Mary Selvini PALAZZOLLI (1916 – 1999). Milánskemu systémovému prístupu sa budeme venovať v osobitej kapitole. V Ríme pôsobil psychiater Maurizio ANDOLPHI (nar. 1942), ktorý v roku 1974 založil Taliansku spoločnosť pre rodinnú terapiu. Známe je najmä jeho dielo *Terapia familiar: Un enfoque interaccional* (1979 Rodinná terapia: medzinárodný prístup). Vo Veľkej Británii významnú rolu zohrával Family Institute v Cardiffe vo Walese, kde pôsobila aj Sue Walrond SKINNEROVÁ (nar. 1942). Medzi jej známe diela patria *Family Therapy: The Treatment of Natural Systems* (1976) a *Family Therapy and Marital Psychotherapy* (1979).

Osemdesiate roky 20. storočia. V tomto období sa rôzne školy rodinnej terapie začali zblížovať. Prebudil sa záujem o krátkodobé terapie zamerané na riešenia, spojené najmä s dielom Steva de SHAZERA (1940 – 2005) a jeho manželky Insoo Kim BERG (1934 – 2007). Budeme sa im venovať na osobitom mieste, podobne ako naratívnej terapii, ktorú založili Michael WHITE (1948 – 2008) a David EPSTON (nar. 1944). Paradoxnej psychoterapii sa venoval taliansky psychológ Luciano L'ABATE (nar. 1928).

Deväťdesiate roky 20. stor. a začiatok nového tisícročia. Podľa Barkera si rodinná terapia našla miesto medzi terapeutickými smermi. Boli spochybnené niektoré závery ku ktorým vedci došli v 60. rokoch 20. stor. Ponímanie terapeuta v roli experta, ktorý rieši problémy druhých, bol úplne spochybnený. Mnoho autorov tvrdí, že riešenie problémov musí prísť zvnútra. Priebežne vznikajú nové prístupy, jedným z príkladov je používanie *reflexného tímu*. V 90. rokoch sa rozvinul *postmoderný* terapeutický prístup, ktorý popisuje Harlen ANDERSONOVÁ v diele *Conversation, Language, And Possibilities: A Postmodern Approach To Therapy* (1997).

1.4.2.2 Štrukturálna rodinná terapia

Vyvinul ju profesor pediatrie, detskej psychiatrie a rodinný terapeut argentínskeho pôvodu Salvador MINUCHIN (nar. 1923).⁹ Podľa Skorunku využíval Minuchin v svojej práci expertnú pozíciu, pričom svoj štýl nazval metaforicky ako metódu cukru a biča (doslova pohladit' a nakopnúť'), pričom cukor (pohladenie) musí prísť na rad ako prvý. V priebehu terapeutických sedení bol aktívny, niekedy direktívny, vždy angažovaný a často konfrontačný (In Minuchin, 2013). Vo svojej praxi ako jeden z prvých terapeutov používal polopriepustné jednosmerné zrkadlo.

Jeho najznámejším dielom je *Families and Family Therapy* (1974, česky Rodina a rodinná terapie, 2013). Pod názvom štrukturálna rodinná terapia (*Structural family therapy*, SFT) rozumel Minuchin (2013) súbor teórie a postupov, ktoré k jedincovi pristupujú v jeho sociálnom prostredí, v jeho súčasných podmienkach. Terapia sa zameriava na zmenu v štruktúre rodiny. Spolu so zmenou celkovej

⁹ Skorunka (In Minuchin, 2013) uvádza aj sociálny rozmer Minuchinovej práce a jeho sociálne cítenie. Pri práci s delikventnou mládežou vo Wiltwyck School si všimol jeden spoločný faktor, ktorým bola chudoba. Počas práce vo Philadelphia Child Guidance Clinic, kde 80 % klientov tvorili černošské rodiny a prisťahovalci z latinskoamerických krajín, začal vzdelávať asistentov terapeutov patriacich k príslušnému etniku, ktorí mohli vďaka znalostiam lokálnych špecifik citlivo pôsobiť v danej komunite (hovorieval im. „Títo kolegovia k vám prídu rovnakým autobusom, akým jazdíte vy“). Išlo pritom o jeden z prvých úspešných pokusov o kultúrne senzitivnu terapiu.

štruktúry rodiny sa mení aj umiestnenie jej jednotlivých členov. To vedie aj ku zmene u každého jedinca. Rodinný terapeut nepremýšľa o „podstate osobnosti“, ktorá by zostávala nemenná v priebehu všetkých náhodností rôznych kontextov a okolností. Nazerá na jedinca ako člena rôznych sociálnych rámcov, v ktorých jedná a je vystavovaný jednaniu. Poňatie stredobodu patológie je omnoho širšie, rovnako ako možnosti zásahu. Patológia môže byť vo vnútri jednotlivca, v jeho sociálnom prostredí ako aj vo spätnej väzbe medzi nimi.

Terapia nahliadaná z toto hľadiska spočíva v troch axiómoch. Podľa prvého nie je žiadny psychický život jedinca záležitosťou vnútorných procesov. Jediniec ovplyvňuje svoje prostredie, ktoré ho spätne ovplyvňuje v neustále sa opakujúcich radoch vzájomného pôsobenia. K jedincovi možno pristupovať ako k subsystému či k časti systému, ale treba mať vždy na pamäti celok.

Druhý axióm hovorí, že zmeny v rodinnej štruktúre prispievajú k zmenám v správaní a vnútorných psychických pochodoch u členov tohto systému.

Podľa tretieho axiómu sa terapeutovo správanie, ak pracuje s klientom alebo jeho rodinou, stáva súčasťou kontextu. Terapeut a rodina sa spájajú a vytvárajú nový systém ovládajúci správanie jednotlivých členov

(Minuchin, 2013, s. 23)

Rodinnou štruktúrou sa v SFT myslia opakujúce sa modely interakcií, ktoré si členovia rodiny utvorili v priebehu času podľa toho, ako sa vnímajú a prispôbujú jeden druhému. Samotný Minuchin (2003, s. 35) píše, že ju „tvorí neviditeľný súbor funkčných požiadaviek, ktoré organizujú spôsob správania rodinných príslušníkov. Rodina je systém, ktorý je v chode na základe transakčných vzorcov. Opakované transakcie vytvárajú vzorce, kedy a komu sa vzťahujú – a práve tieto vzorce sú základom tohto systému. Transakčné vzorce potom ovládajú správanie členov rodiny.“

Podľa Minuchina (2013) rodinný systém vykonáva úlohy na základe rôznych *subsystémov*. Týmito subsystémami sú v rámci rodiny jej jednotliví príslušníci, dvojica ako muž – žena, matka – dieťa, jednotlivé generácie, pohlavie, záujmové skupiny či rodinné funkcie. Každý jedinec pritom patrí k rôznym subsystémom,

v ktorých má rôzne stupne moci a učí sa iným spôsobilostiam. Napríklad muž môže byť synom, synovcom, starším či mladším, bratom, manželom a pod. Medzi najdôležitejšie subsystémy patria:

❖ *Manželský subsystém* – tento musí dosiahnuť také hranice, ktoré ho ochránia pred rušivými zásahmi požiadaviek a potrieb ostatných subsystémov, zvlášť detí. Dospelí si musia zachovať vlastné psychosociálne územie – útočisko, kde si môže vzájomne poskytnúť emocionálnu podporu. Terapeut preto v liečebnom procese chráni hranice manželského subsystému a blokuje prípadné zásahy iných členov (napr. detí, svokry a pod.) do tohto subsystému.

❖ *Rodičovský subsystém* – začína narodením prvého dieťaťa. Manželský subsystém sa musí rozdeliť, aby sa postaral o dieťa. Hranice je nutné viesť tak, aby dieťaťu umožnili prístup k obojmu rodičom a zároveň ho vylúčili z manželských funkcií. Rodičovský proces sa odlišuje v závislosti od veku dieťaťa. U malých detí prevláda vyživovacia funkcia, ktorá je neskôr nahrádzaná funkciami vedenia a kontroly. Úlohou terapeuta je pomôcť subsystémom, aby spolu vzájomne vychádzali a jeden druhému sa prispôbovali.

❖ *Súrodenecký subsystém* – je prvým sociálnym laboratóriom, v ktorom môžu deti experimentovať so vzťahmi s rovesníkmi. Terapeut by mal poznať vývojové potreby detí a byť schopný podporovať ich právo na samostatnosť bez toho, aby zmenšoval práva rodičov. Hranice súrodeneckého subsystému majú chrániť deti pred zásahmi dospelých, aby mali svoje súkromie, vlastné pole záujmu a slobodu pri skúmaní sveta. Z času na čas môže terapeut pôsobiť ako prekladateľ, ktorý deťom vykladá svet dospelých a naopak.

Predmetom pozornosti v SFT sú aj rodinné pravidlá, ktoré sú chápané ako neviditeľný súbor funkčných požiadaviek, pričom tento súbor požiadaviek trvalo organizuje interakcie v rodine.

Úlohou rodinného terapeuta je klientovi a rodine pomôcť pretvoriť rodinný systém. V SFT sa terapeut najprv pridá k rodine, do istej miery sa k nej začlení. Následne odhalí a vyhodnotí základnú rodinnú štruktúru s cieľom zmeniť ju (reštrukturovať) tak, aby sa spolu s tým zmenili aj skúsenosti členov rodiny. SFT je pritom *terapiou činu*. Nástrojom tejto terapie je zmenená prítomnosť, nie

skúmanie a výklad minulosti. Cieľom zásahu v prítomnosti je rodinný systém – terapeut sa k nemu pridáva a usiluje sa o jeho zmenu. Terapeut pritom využíva niekoľko vlastností rodinného systému: 1. Zmena tohto systému povedie k aspoň jednej ďalšej zmene. 2. Rodinný systém je štruktúrovaný okolo podpory, uspôsobenia, výživy a socializácie svojich členov. Terapeut sa k rodine pridáva nie preto, aby ju vzdelával alebo socializoval, ale skôr preto, aby opravil či pozmenil vlastných chod rodiny tak, aby tieto úlohy lepšie plnila. 3. Rodina má vlastnosti sebazáchovy, čo znamená, že rodina zmenu udrží.

Na zmenu v rodine sa v SFT pozerá ako na výsledok terapeutovho pridruženia sa k rodine, aby jej pripraveným spôsobom pomohol k reštrukturalizácii a došlo k náprave dysfunkčných transakčných vzorcov. Pozmenená rodina ponúka členom nové okolnosti a vyhliadky na seba samých tvárou v tvár daným podmienkam. Zmenená štruktúra dovoľuje neustále zmenenej skúsenosti, ktorá potvrdzuje premenenú predstavu seba samých.

1.4.2.3 Strategická rodinná terapia

Za jej zakladateľa je považovaný americký terapeut Jay HALEY (1923 – 2007), ktorý nadväzoval na prácu amerického psychiatra, psychológa a hypnoterapeuta Milтона H. ERIKSONA (1901 – 1980). Podľa slov Haleyho (2003, s. 147) „strategickú terapiu Eriksona možno chápať ako logické rozšírenie jeho techniky hypnózy. Ak sa človek naučí zaobchádzať s hypnózou, naučí sa aj pozorovať človeka a jeho zložité spôsoby komunikácie, motivovať ho k tomu, aby sa riadil jeho inštrukciami a využívať vlastných slov, intonácie a pohybov k ovládaniu ľudí.“ Samotný Haley je autorom publikácie *Strategies of Psychotherapy* (1963), spolupracoval aj so S. Minuchinom a bol zakladateľom časopisu o rodinnej terapii *Family Process*.

Haley chápal rodinu ako kybernetický okruh pravidiel. Podľa teórie strategickej terapie pacienti symptómy sú dôsledkom snahy členov rodiny korigovať to, čo považujú za „problémové“ správanie. Je to práve terapeut, ktorý má podľa tohto modelu iniciovať to, čo sa odohrá v priebehu terapie a má priamu zodpovednosť za zmenu.

Dôležitá je jeho schopnosť odolať najrôznejším „zvädzaniam“ na zmätok a zachovať si takú pozíciu voči systému, ktorá umožňuje zostať čitateľným. Haley pritom upozornil na riziko príliš silného puta medzi terapeutom a jedným členom rodiny (Minuchin, 2013). V rámci tohto prístupu sa začalo s hľadaním jednoduchších krátkodobých riešení nepríjemných problémov cestou kreatívnych, mimoriadnych, dokonca „bláznivých“ úloh. Podľa Mydlíkovej a Brnulu (2015) Haley pracoval s hierarchickou štruktúrou rodiny, s odporom a obranami členov rodiny proti zmenám, ktoré by narušili jej patologickú rovnováhu, preto používal manipuláciu k narušeniu obrán, napr. paradoxné príkazy.

Podľa Haleyho (2003, s. 15) môžeme terapiu nazvať strategickou vtedy, ak klinický terapeut iniciuje to, čo sa bude pri terapii odohrávať a ako sa bude konkrétne pristupovať k jednotlivým problémom. Keď sa terapeut a človek s problémom stretnú, obaja určujú to, čo bude nasledovať, ale pri strategickej terapii vyvíja väčšiu iniciatívu terapeut. Je na ňom, aby rozpoznal riešiteľné problémy, stanovil ciele, naplánoval intervenciu nutnú k ich dosiahnutiu, zhodnotil reakciu na intervencie a podľa toho upravil svoj prístup, nakoniec sa podieľal na výsledku terapie a zistil, či bola účinná. Haley teda zdôrazňoval úlohu terapeuta pri priamom aktívnom ovplyvňovaní svojich pacientov. Terapeuti využívajúci strategickú terapiu by mali zamerať pozornosť na:

- identifikovanie vyriešiteľných úloh;
- nastavenie cieľov;
- navrhnutie intervencií vedúcich k dosiahnutiu stanovených cieľov;
- preskúmaniu zadaných úloh;
- prešetreniu výsledkov terapie.

1.4.2.4 Kontextuálna terapia a medzigeneračný koncept

Koncept medzigeneračnej rodinnej terapie (*Intergenerational Family Therapy*) sformuloval psychiater maďarsko-amerického pôvodu Iván BÖSZÖRMÉNYI-NAGY (1920 – 2007). Známe je dielo v spoluautorstve s Geraldine Sparkovou *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy* (1973, 1984).

Koncept rozvinuli aj ďalší terapeuti, medzi nimi aj nemecký psychiater, psychoanalytik a rodinný terapeut Wilhelm STIERLIN (nar. 1926). Do systemickej terapie vniesli prístup, ktorý okrem aktuálneho diania hľadá aj to, ako správanie, prežívanie alebo symptómy nadobúdajú zmysel, ak máme na zreteli odkaz predošlých generácií a pýtame sa, do akej miery bol naplnený, resp. naplniteľný. Príznačnou technikou tohto prístupu je vytváranie genogramu.

Böszörményi-Nagy vytvoril model kontextuálnej terapie (*contextual model*) podľa ktorého je dôležité v terapii prihliadať súbežne na viaceré oblasti:

- *fakty*, kde patria genetické danosti, zdravie, etnicko-kultúrne pozadie, sociálno-ekonomický status, základné historické fakty, dôležité udalosti v priebehu životného cyklu a pod.;
- *individuálnu psychológiu*, ktorou sa zaoberajú mnohé psychoterapeutické školy;
- *systemické transakcie*, ktorými sa zaoberajú systemické rodinné terapie, napríklad pravidlá, moc, spojenectvá, triangulácia, spätná väzba a pod.;
- *etika vzťahu*, ide o etickú dimenziu utvárania vzťahov, ktorý je ústredným konceptuálnym princípom;
- *ontická dimenzia*, autor ju pridal do svojho konceptu neskôr, vyjadruje ňou povahu prepojenia medzi ľuďmi, ktorá umožňuje jednotlivcovi žiť ako osoba, nielen ako ja (self).

1.4.2.5 Systemicko-kybernetická rodinná terapia

Tento prístup je známy aj ako *Milánsky systémový prístup*. Spojený je najmä s menom talianskej psychiatričky Mary Selvini PALAZZOLLI (1916 – 1999). V roku 1971 predstavila spolu s tromi ďalšími kolegami z milánskeho *Centro per lo Studio della Famiglia e delle tecniche di Gruppo* (Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo a Giuliana Prata) nový systemický a konštruktivistický model terapie rodín so schizofrénnymi členmi a deťmi chorými na anorexiu. Teoretický základ tvorila kybernetická teória Gregory BATESONA (1904 – 1980) a komunikačná teória Paula WATZLAWICKA (1921 – 2007). Krátkosť postupu tohto modelu s dôrazom na efektívnosť odsunul do tieňa všetky metódy doposiaľ používané v tejto oblasti.

Rodina je chápaná ako systém riadený pravidlami, ktoré popisujú a ohraničujú herný priestor pre správanie jedincov. Pri poruchách tohto systému ide terapeutovi o to, aby čo najrýchlejšie vyviedol rodinnú hru z rovnováhy, zmenil ju a vymenil pravidlá, ktorými je rodinná interakcia organizovaná. Pre terapeuta má kľúčový význam, či sa mu podarí udržať mimo hry, lebo „ten, kto sa zapojí do hry, prehrá“ (Palazzoli, 1977, s. 47). Palazzollin spôsob práce bol veľmi drastický, vychádzala z osobnosti ženy vedomej si svojich kompetencií, pri ktorých disciplína, technika a presnosť predstavovali dôležitejšiu kvalitu než empatia, vrúcnosť a kongruencia. Podľa Mydlíkovej a Brnulu (2015) je milánsky prístup známy aj používaním techniky cirkulárneho dopytovania, využívaním jednosmerného zrkadla, konzultáciou s tímom, zadaniami rodine, neutralitou terapeuta, pozitívnou konotáciou správania a akcentom na rituáli v rodine. Doteraz sa v odbornej verejnosti riešia spory o tom, či tu nejde o manipuláciu a prílišnú direktívnosť terapeutov voči klientom. Podľa Mózešovej (In Brnula, 2015) hlavnými princípmi pôvodného konceptu milánskej školy boli hypotetizovanie, cirkularita a neutralita:

- *hypotéza* je považovaná za predpoklad, ktorý je potrebné overiť. Meraná je organizačnou funkciou (triedením významných a nepodstatných informácií) a podnecovaním (ponukou nových pohľadov). Rozmanitosť predpokladov môže viesť k rozmanitosti pohľadov a možností;
- *cirkularita* predstavuje kolobeh, ktorým možno popisovať správanie prvkov systému. Na jej princípe je postavená technika cirkulárnych otázok, ktoré uvádzame nižšie;
- *neutralita* je predstavená jednak akceptujúcim postojom k všetkým článkom systému ako kompetentným osobám, ale aj diferencovaným spôsobom začleňovania do existujúcej štruktúry vzťahov systému. Môže byť chápaná vo vzťahu k osobám, problémom (symptómom) alebo k ideám.

1.4.2.6 Transformačná systemická terapia

V svojich počiatkoch je spojená najmä s Virginiou SATIROVOU¹⁰ (1916 – 1988), jednou zo zakladateľiek rodinnej terapie, často označovanej aj za „matku rodinnej terapie“. V období, keď sa pohľad na jednotlivca a na terapeutický vzťah skôr zanedbával, poukázala Satirová na to, že sebahodnotenie osoby je nenahraditeľné pre kongruentnú komunikáciu, a preto dôverou naplnený terapeutický vzťah predstavuje podstatnú súčasť zmeny. Satirová ovplyvnila niekoľko generácií rodinných terapeutov. Do psychoterapie priniesla predovšetkým prax stretávania sa terapeuta s celou klientovou rodinou. Satirovej práca spočívala v pomoci ľuďom hľadať to, čo nazývala „krabička múdrosti“ – ich zmysel pre hodnotu, nádej, seba prijatie, seba posilnenie, schopnosť byť zodpovedný a rozhodovať sa. Navrhovala ľuďom, aby sa každý deň ráno pozreli do zrkadla a trikrát si opakovali: „Svet je lepšie miesto, pretože JA na ňom som.“ Pomáhala im objavovať vlastné zdroje a schopnosť rozhodovať sa na základe vlastnej vysokej úrovne sebaúcty (Satirová et al., 2012).

John Banmen (2009) rozlišuje štyri vývojové fázy tohto terapeutického modelu, ktorému zodpovedajú aj rozličné terminologické označenia:

1. Obdobie 60. rokov 20. storočia, kedy Satirová pracovala v Mental Research Institute v Palo Alto a vydala knihu *Conjoint Family Therapy* (Spoločná rodinná terapia, 1964). V ňom popisovala klienta ako prejav chorej rodiny, preto je potrebné liečiť celú rodinu. Bola presvedčená, že klient je rovnocenný partner a terapeut používa svoju osobnosť a odbornosť k tomu, aby v ňom prebudil jeho vlastné zdroje a mechanizmy uzdravenia. V tomto období bol tento druh terapie najčastejšie označovaný ako *komunikačný model*.

2. Obdobie 70. rokov a začiatok 80. rokov 20. storočia. Satirová vtedy pôsobila skôr ako „duchovná“ učiteľka než ako terapeutka. Propagovala humanisticky zameranú terapiu označovanú ako *model*

¹⁰ Zaujímavé je, že Satirová získala magisterský titul v odbore sociálna práca na University of Chicago. Svoju prácu začala ako učiteľka na chudobnom predmestí Chicago.

validácie ľudských zdrojov (The Human Resources Validation Model).

3. Obdobie od polovice 80. rokov do konca 20. stor. spojené s vydaním knihy *The Satir Model Family Therapy and Beyond* (česky Model rústu. Za hranice rodinnej terapie, 2005, 2012), ktorej spoluautori boli ďalší terapeuti z Palo Alto – John Banmen, Jane Gerberová a Maria Gomoriová. Táto publikácia predstavuje *model rastu (Growth model)* s jeho ústrednými konceptmi ako terapeutický smer integrujúci napríklad Skinnerov behaviorizmus, Rogersovský prístup orientovaný na človeka, Beckovu kognitívnu teóriu, spirituálne existenciálne školy a ďalšie. Model rastu kladie dôraz na sebaúctu, osobný rast a možnosť zmeny. V tomto období Satirová publikovala aj známu knihu *The New Peoplemaking* (1988, v češtine Kniha o rodině, 2006).

4. Obdobie začalo príchodom nového tisícročia. Jedná sa o obdobie *transformačnej systemickej terapie (Transformational Systemic Therapy)*. Táto kladie dôraz na ľudskú spiritualitu, životnú silu, jedinečné bytostné Ja každého človeka a psychoterapiu považuje za prostriedok zmeny na úrovni bytia – prostriedok transformácie ako zmeny druhého rádu. Model prepracovali najmä John a Kathline Banmen a ďalej ho rozvíjajú.

John Banmen (2009) sformuloval niekoľko základných terapeutických prvkov transformačnej rodinnej terapie:

- terapia musí byť zážitková, čo znamená, že vedie klienta k tomu, aby dopad minulých udalostí prežíval v súčasnosti (v minulosti sa preto používal aj názov *zážitkovo orientovaná rodinná terapia*);
- terapia musí byť systemická, ako v intrapsychickom, tak aj v interaktívnom systéme. Interakčný systém zahŕňa vzťahy z minulosti aj súčasné vzťahy, ktoré na seba vzájomne pôsobia;
- pozitívne zameranie, smerovanie k zdraviu, novým možnostiam, oceneniu zdrojov a očakávanie rastu, nie na patologizáciu a riešenie problémov, slovami Satirovej „tak dlho sme sa zaoberali patológiou, až sme zabudli, že ľudské bytosti môžu aj osobnostne rásť“;

- problémom nie je problém. Problémom je coping, teda spôsob zaobchádzania s vnútorným a vonkajším prostredím. Cieľom nie je práca s problémom, ale práca s copingom (Satir, 1991);
- dôrazom terapie je zameranie na zmenu. Táto je možná vždy, týka sa úrovne pocitov, percepcie a očakávaní. Ak nie je možná zmena v interpersonálnej rovine, vždy je možná zmena intrapsychická;
- emócie sú výhradným vlastníctvom toho, kto ich prežíva. Možno sa teda učiť svoje pocity zvládať a meniť;
- ľudia majú vlastné zdroje potrebné k zmene a rastu. Terapia je nástrojom objavovania týchto zdrojov;
- ľudia zvyčajne volia to, čo poznajú, aj na úkor bolesti, ktorá im voľbu môže priniesť. Platí to zvlášť v situáciách, keď sú v strese;
- kľúčovú rolu má osobnosť terapeuta, jeho kongruencia, spojenie s bytostným Ja, ktoré umožňuje používanie vlastnej tvorivej životnej energie.

Terapia sa sústreďuje na tri základné systémy:

1. *Intrapsychický systém* – tento býva popisovaný metaforou ľadovca, ktorým môžeme zviditeľniť to, čo sa nachádza pod povrchom, „pod hladinou“. Nad povrchom je viditeľné správanie (príbeh, kontext) ovplyvnený copingovými stratégiami. Pod povrchom ľadovca sú emócie (vzrušenie, zranenia, strach, smútok, radosť...), reaktívne emócie (e. vo vzťahu k sebe), percepcia (presvedčenia, predpoklady, myšlienka, hodnoty, pravidlá); očakávania od seba a iných; univerzálne túžby (napr. prijatie, láska, sloboda, seberealizácia) a vlastné Ja (self, duch, jadro, základňa bytia). Tieto aspekty osobnosti sú klientom často skryté a žijú vlastným životom. Terapeut pomáha preniesť tieto obsahy do vedomia. Pri práci v modeli rastu sa terapeut snaží udržať príbeh na nevyhnutnom minime. Slúži totiž len ako kontext pre terapiu a reflektuje základné presvedčenie, že problémom nie je problém, ale coping.

Otázky, ktoré sa v tejto fáze práce používajú sú napríklad (Banmen, 2099, s. 28): Povedzte mi, čo Vás ku mne priviedlo? (nasleduje príbeh, napr. klienta opustila žena kvôli inému mužovi) – Ako vám teraz je? – Ako sa

cítite? – Aké to bolo, keď vaša žena odišla? – Ako ste dal svoje pocity najavo? – Čo ste s tým pocitom urobil? – Ako svoju ženu vnímate potom, čo od vás odišla? – Čo ste od svojho manželstva očakával, v čo ste dúfal? – Čo podľa vás mohlo rozchod spôsobiť? – Aké sú vaše aktuálne potreby?

Potom, čo terapeut získa predstavu o klientovej vnútornej skúsenosti, prichádza čas na definovanie cieľov terapie. Tieto by mali zodpovedať klientovej skúsenosti. Pri ich definovaní je nutné, aby za ne klient prevzal zodpovednosť a vyslovil záväzok na nich pracovať. Úlohou terapeuta je pomôcť klientovi odstrániť prekážky, ktoré stoja medzi ním a jeho sebaúctou. Tento potrebuje vyriešiť pocity sklamaní, viny, hnevu, straty alebo smútku. Terapeut pomáha udržať smerovanie procesu zmeny, najmä posilnením jeho sebaúcty, pomocou robiť vlastné rozhodnutia, pomocou klientovi byť sám za seba zodpovedný a dosiahnuť kongruentnosť.

2. *Interaktívny systém* – zdrojom mnohých problémov sú medziľudské vzťahy. Model rastu ich vníma v pojmoch „podobnosti a odlišnosti“. Podľa Satirovej nás podobnosť priťahuje a zblížuje, kým odlišnosťami sa učíme a rastieme. Možnosti ako sa s odlišnosťou zaobchádza sú nasledovné:

- konflikt ako riešenie odlišnosti (silové hry);
- popretie, vyhýbanie sa stretnutiu, rozhovoru s „iným“;
- kompromis, kde nikto nemá presne to, čo chce, ale všetci sú spokojní s výsledkom, ide o začiatok budovania nového vzťahu;
- riešenie na hlbšej úrovni vzťahov, túžob a potrieb, ale často až za účasti tretej strany, ktorá pomôže pracovať s pocitmi sklamaní, strachu, zranenia a hnevu;
- osobný rast ako výstup odlišnosti, porozumenie tomu, ako odlišnosť napomáha v raste.

3. *Primárna rodina* – model rastu sa intenzívne zaoberá systémom a jeho vplyvom na jedinca. Medzi často používané vizualizačné techniky patrí používanie rodinných máp. Tieto obsahujú dve základné roviny, a to aktuálne prítomnú a vnímanú minulosť. Zmyslom a cieľom tvorby máp je zmena negatívneho dopadu minulosti, ktorá môže aj v prítomnosti ovplyvňovať klientovo správanie, prežívanie, percepciu a očakávania.

Satirovej model rastu našiel uplatnenie okrem samotnej rodinnej terapie aj v pedagogike, v penitenciárnej práci, pri liečbe závislostí, pri práci s ľuďmi ohrozenými násilím, pri práci s ľuďmi trpiacimi poruchami príjmu potravy, depresiami, samovražednými sklonmi, pri riadení organizácií, pri rozvoji rodičovských spôsobilostí a v mnohých ďalších kontextoch.

1.4.2.7 Krátka terapia orientovaná na riešenia

Autormi krátkej terapie orientovanej na riešenia (*Solution focused brief therapy*, skr. SFBT) sú psychoterapeuti Steve de SHAZER (1940 – 2005) a jeho manželka Insoo Kim BERG (1934 – 2007)¹¹. Shazer bol známy svojou minimalistickou filozofiou, svojim pohľadom na proces zmeny ako nevyhnutnú a dynamickú súčasť každodenného života a svojim postrehom, že riešenie sa nemusí nutne vzťahovať k problémom, ktoré rieši. Slová, a to nielen v terapii, používal veľmi obozretne a precízne. Vo svojej práci mal rád ticho a vedel ho veľmi umne terapeuticky využívať. Úmyselne sa vyhýbal svojoľnej interpretácii správania založenej na vlastných predpokladoch alebo vytváraní predpokladov založených na svojich interpretáciách (Dolan In Shazer, 2011). Shazer bol autorom mnohých kníh zameraných na SFBT, medzi ktoré patria *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach* (1982), *Keys to Solution in Brief Therapy* (1985), *More than Miracles* (2005 česky *Zázračná otázka. Krátka terapie zaměřená na řešení*, 2011). Bergová vďaka kórejskému pôvodu a americkému vzdelaniu pohla ponúknuť vyváženosť medzi východným a západným pohľadom na riešenie ľudských problémov. Pôsobila ako konzultantka v mnohých zariadeniach sociálnych služieb, ako odborníčka v práci s multiproblémovými rodinami, s ľuďmi závislými od alkoholu a drog, s ľuďmi bez domova, delikventnou mládežou a jej rodinami. Podobne ako manžel aj ona napísala viacero publikácií, medzi ktoré patrí *Family Preservation. A Brief Therapy Workbook* (1991, česky *Posílení rodiny. Základy krátké terapie*

¹¹ Zaujímavé je, že rovnako ako Satirová, aj Shazer a Bergová nadobudli magisterské vzdelanie v odbore sociálna práca (MSW). Obaja terapeuti sa spoznali na Mental Research Institute v Palo Alto. Spoločne založili v roku 1978 Centrum pre krátku rodinnú terapiu v Milwaukee v štáte Wisconsin.

zaměřené na řešení, 1992, 2013), *Family-based Services: A Solution-focused Approach* (1994), spolu so Scottom D. Millerom *The Miracle Method* (1995, česky Zázračná metoda. Radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu, 2014).

Prístup SFBT bol vytváraný začiatkom 80. rokov 20. stor. skôr induktívne než deduktívne a skôr ho možno charakterizovať ako pragmatický a v praxi založený než teoretický. Jeho korene možno nájsť v ranej práci Mental Research Institute v Palo Alto – Shazera ovplyvnil najmä John H. WEAKLAND (1919 – 1995), v diele amerického psychiatra Milтона H. ERICKSONA (1901 – 1980), vo filozofii Ludwiga Wittgensteina (1889 – 1951) a v budhistickom myslení. SFBT je považovaná za systemickú terapiu, pretože bežne sa orientuje na liečbu systému (párov, rodín), hľadané riešenia sú interakčné, zahŕňajúce aj iných ľudí (členov rodiny, kolegov, priateľov a pod.), ako náhle sa začnú objavovať malé zmeny, často nasledujú väčšie, ktoré bývajú transakčné a systemické. Medzi jej základné princípy patrí (Dolan In Shazer, 2011):

- *Keď to nie je rozbité, neopravuj to.* Intervencia nie je potrebná, ak už klient svoj problém vyriešil. Ak nejstvue problém, nemá byť ani terapia.
- *Keď to funguje, rob to viac.* Ak je klient v procese riešenia problému, terapeut by mal v prvom rade klienta povzbudzovať, aby robil viac toho, čo funguje. Terapeuti SFBT neposudzujú kvalitu klientových rozhodnutí, ale len to, či je riešenie účinné. V závislosti na tom je ďalšou terapeutovou úlohou, aby pomáhal klientovi udržať si žiadané zmeny. V dôsledku nachádzania toho, čo fungovalo, je klient schopný svoj úspech opakovať a dochádza k ďalšiemu rozvoju riešení.
- *Keď to nefunguje, neopakuj to. Rob niečo iné.* Hoci je v ľudskej povahe zvláštny sklon pokúšať sa riešiť problémy opakovaním vecí, ktoré v minulosti nefungovali a niektoré psychoterapeutické smery s ním pracujú (napr. hľadaním dôvodov prečo to nefunguje), SFBT tento koncept úplne opúšťa. Ak klient SFBT neplní „domácu úlohu“ na ktorej sa s terapeutom dohodli, nápad je opustený a je navrhnuté niečo iné.

- *Malé kroky môžu viesť k veľkým zmenám.* Predpokladá sa, že ako náhle nastala malá zmena, povedie k ďalším zmenám, môže stáť u zrodu veľkých zmien v ostatných častiach klientovho života a postupne môžu mať za dôsledok väčšiu systémovú zmenu.
- *Riešenie sa nutne nemusí priamo vzťahovať k problému.* Terapeut sa v SFBT zaujíma o to, čo bude iné, ak bude problém vyriešený (pozri nižšie „zázračná otázka“). Terapeut a klient sa potom vracajú späť, aby tento cieľ dosiahli tým, že pozorne a dôkladne preskúmajú klientove životné zážitky, aby objavili chvíle, keď už popísané žiadané riešenie čiastočne jestvuje alebo by mohlo v budúcnosti potenciálne existovať. SFBT sa pritom takmer výhradne sústreďí na súčasnosť a budúcnosť.
- *Jazyk užívaný k vývoju riešenia sa odlišuje od jazyka, ktorým sa popisuje problém.* V tomto SFBT nadväzuje na myšlienku Wittgensteina, že „svet šťastných je celkom iný než život nešťastných.“ Jazyk problémov je zvyčajne negatívny, zameriava sa na minulosť (aby popísal vznik problému) a často sugeruje trvalosť problému. Jazyk riešení býva pozitívnejší, je v ňom viac nádeje a zameriava sa na budúcnosť.
- *K žiadnym problémom nedochádza neustále, vždy jestvujú výnimky, ktoré možno využiť.* V rámci procesu SFBT sa povzbudzujú klienti k rozprávaniu o výnimkách svojho problému, akokoľvek malých, a tieto môžu byť využívané k uskutočneniu malých zmien.
- *Budúcnosť možno vytvárať a o nej vyjednávať.* Tuná sa prístup SFBT opiera o konštruktivizmus, budúcnosť je miestom nádeje a ľudia architekti svojho vlastného osudu.

V terapeutickom procese hneď prvá otázka smeruje priamo k riešeniu v zmysle „reči o probléme vytvárajú problém, reči o riešení vytvárajú riešenie“. Podľa známej metafory o zámku vo dverách sa „klient snaží preskúmať, prečo je zámok vo dverách taký alebo onaký a nie iný, alebo prečo sa nedá otvoriť. Pritom by však malo byť zrejmé, že k riešeniu sa dá dostať pomocou kľúča,

a nie pomocou zámku... Intervencia je adekvátna len v tom, že sa vynorí riešenie. Nie je nutné, aby komplexne zahŕňala aj „zámok“ (Shazer, 1989, s. 12). Podľa Strnada (In Miller, Berg, 2014) je omnoho ľahšie rôznymi spôsobmi pitvať problémy než rozvíjať riešenia. SFBT venuje veľkú pozornosť tomu, ako užitočne popísať svoj „zázrak“ (teda to, čo človek chce) a ako zachytiť to, čo sa im darí a na čom možno stavať ďalší posun (zdroje).

Terapeut v SFBT je chápaný ako niekto, kto sa snaží rozšíriť, ale nie obmedziť klientove voľby. Sedenia vedie terapeut, ale namiesto toho, aby interpretoval, lichotil, napomínal alebo naliehal, terapeut „túká klientovi na rameno a dáva mu na zváženie, či sa nechce vydať iným smerom“. Klient je chápaný ako hlavný expert na vlastný život a odborník na to, kam chce smerovať a ako sa tam môže dostať. Terapeut strávi omnoho viac času tým, že sa od klienta chce dozvedieť príklady a zážitky dobrej komunikácie a skúseností, aby mu pomohol uvedomovať si, čo v takýchto situáciách robil. Maximálne sa snaží využívať nápady a vízie klienta. Podľa SFBT hovoriť klientovi, čo má robiť je prejavom nedostatočnej úcty a znevažuje jeho dôstojnosť (Shazer, 2011).

Dôležitá je podľa Strnada (In Shazer, 2011) v SFBT práca s emóciami. Ak sú emócie vnímané ako príčiny (spúšťače) správania, dochádza k ich zvecneniu. Ak však nevnímame emócie ako príčinu, ale dôvod akcie, obracia nás to tam, kde človek smeruje, za čím ide a o čo mu ide. Pre Shazera sú emócie úzko spojené s činmi.

Krátka terapia orientovaná na riešenia býva úspešne používaná pri práci s páchatelmi domáceho násillia, pri šetrení detí so syndrómom CAN zo strany pracovníkov SPODaSK, pri tréningu osôb vo výkone trestu odňatia slobody, pri liečbe osôb zneužívajúcich návykové látky, pri práci s osobami, ktoré boli obvinené z riadenia motorového vozidla pod vplyvom omamných látok a u mnohých ďalších skupín (Shazer 2011). Napríklad práca s osobami závislými do alkoholu vychádza z jednoduchej myšlienky – zistiť u klientov, ktorí úspešne prekonali, ako to dokázali. Následne terapeuti vypracovali metódu riešenia problémov s alkoholom, ktorá sa zakladá na tom, čo sa naučili od svojich úspešných klientov (Miller, Berg, 2014). Podľa SFBT konfrontovanie ľudí závislých od alkoholu s ich pitím môže mať

za následok väčší, a nie menší abúzus alkoholu potom, čo liečba skončí.

1.4.2.8 Naratívna terapia

Pod názvom naratívna terapia (*narrative therapy*) sa rozumie novozélandská a austrálska škola, ktorá spadá do systemickej terapie. Jej zakladateľmi sú austrálsky sociálny pracovník a rodinný terapeut Michael WHITE (1948 – 2008) a novozélandský terapeut kanadského pôvodu David EPSTON (nar. 1944). White pracoval ako sociálny pracovník a bol spolu zakladateľom Dulwich centra v Adelaide, v ktorej sa prepája naratívna terapia s komunitnou prácou. Známy bol osobitou prácou s deťmi, komunitami pôvodných austrálskych obyvateľov (*Aboriginal*), ako aj s klientmi so schizofréniou, anorexiou, bulímiou, mužským násilím a traumatizovanými klientmi. Je autorom techniky externalizácie problému, ktorú uvádzame nižšie. Epston začal svoju kariéru ako sociálny pracovník v psychiatrickej nemocnici v Aucklande, neskôr pracoval ako konzultujúci rodinný terapeut a v súčasnosti ako riaditeľ Family Therapy Centre v Aucklande. White a Epston od 70. rokov dlhodobo spolupracovali na rozvíjaní nových stratégií v rodinnej terapii. Spoločne publikovali od roku 1989, kedy vyšla *Literate Means to Therapeutic Ends*, ale preslávili sa najmä publikáciou *Narrative Means to Therapeutic Ends* (1990), ktorou sa stal ich koncept naratívnej terapie známym po celom svete.

Naratívna terapia využíva dve hlavné metafory, ktorými sú „narácia“ a „sociálna konštrukcia“. Naratívna metafora prináša pohľad na život človeka ako na príbeh, pričom príbehy sú vnímané ako zmysluplné a naplňajúce. Metafora sociálnej konštrukcie upozorňuje na to, že sociálna a interpersonálna realita človeka sa vytvára pri interakciách s ostatnými ľuďmi a podčiarkuje význam sociálnej reality pre zmysel ľudského života (Freedman, Combs, 2009, In Brnula 2015).

Naratívna terapia je založená na predstave, že zmysel života si vytvárame pomocou príbehov, ktoré žijeme. Tieto príbehy sú konštruované v kontexte väčších príbehov, ktoré vytvárajú naše sociálne, politické a interpersonálne prostredie. Klienti prichádzajúci

do terapie sú zahľtení vlastným príbehom, ktorý im strpčuje život a z ktorého sa sami nedokážu vyslobodiť. Samotná naratívna terapia klienta nepatologizuje – v zmysle Whiteovho princípu „problémom je problém, nie klient“ – a je založená na klientových silných stránkach a jeho spôsobilostiach. Popelková a Szabó (2006) uvádzajú, že klienti si utvárajú minulosť v príbehoch, ktoré rozprávajú v prítomnosti. Minulosť možno zmeniť tak, že sa vytvárajú nové rozprávania a príbehy. Naratívni terapeuti môžu pomôcť vytvoriť klientovi nové významy a nové interpretácie toho, kto je, kým, bol a kým sa môže stať. Mózešová (In Brnula et al., 2015) uvádza, že zatiaľ čo krátka terapia zameraná na riešenie vidí cestu z problémov stanovením cieľov do budúcnosti, naratívna terapia tvrdí, že klienti si konštruujú minulosť a tým aj prítomnosť. V príbehoch klientov je obvyčajne veľa rigidity a stereotypného nahliadania na realitu. V každom živote vždy existuje viac udalostí, ktoré sa do príbehu nedostanú, ako tých, ktoré sa tam dostanú. Akýkoľvek životný príbeh, ktorý je zväčša o negatívnych zážitkoch a ponúka negatívne alternatívy, môže byť zmenený tým, že zdôrazní iné, dovtedy nezahrnuté udalosti. Naratívna terapia je teda o prerozprávaní a novom prežití príbehu. V novom príbehu môžu ľudia prežiť aj nové sebavnímanie, nové možnosti vzťahov a novú budúcnosť.

Z hľadiska procesu úsilím naratívnej terapie je v prvom kroku spochybnenie, resp. *dekonštrukcia príbehu*. Naratívni terapeuti k tomu využívajú prácu s otázkami. Ich účelom je pomôcť klientovi uvažovať o probléme z rôznych uhlov pohľadu, a tým si vytvárať novú skúsenosť s novým zmyslom. Po fáze dekonštrukcie pôvodného príbehu nasleduje *aktívna rekonštrukcia*, teda vytvorenie pre klienta prijateľného príbehu. Cieľom práce s klientom nie je vytvorenie príbehu, ktorý terapeut považuje za uspokojivý, ale pomôcť klientovi začať tvoriť vlastný životný príbeh (Mózešová, In Brnula, 2015, s. 161).

1.4.2.9 Systemické otázky

V systemickom prístupe nie je kladenie otázok len spôsobom získavania informácií, ale otázkou sa informácie aj vytvárajú. V každej otázke sa totiž skrýva implicitná výpoveď, ktorá môže

potenciálne narušiť zvyčajný spôsob videnia vecí v rodine. Presnejší pohľad na zdanlivo jednoduchú metódu dopytovania ukazuje, že ide o formu intervencie, ktorú nemôžeme podceňovať. V súlade s axiómou komunikačnej teórie, že „nemožno nekomunikovať“ (Watzlawick et al., 1996), je nemožné klásť otázky bez toho, aby sme tým u dopytovanej osoby nevyvolávali vlastné myšlienky (Schlippe, Schweitzer, 2006).

ÚVODNÉ OTÁZKY systemickej terapie by mali viesť účastníkov k ceste spoločného hľadania riešenia a nie do slepej uličky. Schlippe – Schweitzer (2006, s. 120) ponúkajú nasledovné príklady:

Čo by sa dnes mohlo odohrať, aby to bol dobrý rozhovor?

Čo sa stalo od nášho predošlého stretnutia, čo vás prekvapilo?

Aké pozitívne zmeny dodnes nastali?

Komu z rodiny sa v uplynulej dobe viedlo najlepšie?

Čo by sa dnes muselo stať, aby toto stretnutie bolo posledné?

Ktorú otázku si dnes prajete dostať ako prvú?

Aký nápad máte v hlave ohľadom toho, čo by sa tu dnes malo odohrávať?

Zvláštnu rolu zohrávajú v systemickej terapii CIRKULÁRNE OTÁZKY, ktoré sú zároveň nepriamou formou získavania nových informácií. Metóda vychádza z predpokladu, že v sociálnom systéme môže byť všetko prejavované správanie chápané aj ako ponuka komunikácie. Spôsoby správania, symptómy, ale aj rôzne formy vyjadrovania pocitov je treba chápať nielen ako deje prebiehajúce v človeku, pretože majú taktiež funkciu vzájomne definovať vzťahy. Preto môže byť zaujímavejšie zviditeľniť tieto komunikačné významy, než sa dotyčného človeka dopodrobna vypytovať na jeho vlastné pocity. V dôsledku toho je aj pri otázkach týkajúcich sa symptómov v popredí to, ako ich vidí každý člen rodiny, aké očakávania a pozorovania sú s nimi spojené a ako na ne kto reaguje. Namiesto toho, aby sme sa opýtali klienta, čo si myslí (želá) on sám, pýtame sa, čo si myslí, že si myslí (želá) iný člen rodiny. Členovia rodiny môžu byť jeden za druhým dopytovaní na vzťahy medzi ostatnými členmi rodiny.

„Je možné opýtať sa priamo: ‚Ako sa cítiš?‘ Ale neurobíme to... opýtame sa niekoho iného: ‚Čo si myslíš, ako sa tvoja sestra cíti?‘ Pocit znamená posolstvo smerom k niekomu inému. A preto sa pýtame toho, kto posolstvo prijíma, nie toho, kto ho vysielá. Podobne ohľadom vzťahu... sa pýtame druhého: ‚Ako vidíš tento vzťah?‘, pretože aj vzťah je posolstvo niekoho iného.“ (Cecchin, In Schlippe, Kriz, 1987, s. 39)

„Ľudia neustále premýšľajú o druhých a o tom, čo si druhí myslia o nich, a čo si druhí myslia, že si ľudia myslia o nich, atď. Človek si kladie otázku, čo sa odohráva v druhých, praje si, aby druhí vedeli, čo sa odohráva v nich samotných, alebo sa toho obávajú.“ (Laing et al., 1971, s. 37)

Takýto spôsob zbierania informácií sa pýta na vzorce, nie na veci. Symptóm, problém, choroba nie sú veci, ale *procesy* utvárané správaním a komunikáciou rôznych osôb, napr.:

Čo robí váš manžel, keď váš syn robí to, čomu hovoríte porucha správania?

Ako na to reaguje váš syn?

Ako presne sa váš syn správa inak, keď ho váš manžel označuje za „zdravého“?

Cirkulárne otázky sa často veľmi rýchlo dotknú kritických tém rozhovoru. Musia sa však riadiť tempom klientov, kritických tém sa musia dotýkať pozvoľne. Nemožno ich používať samoúčelne. Užitočnejšie než jednoduché priame otázky sú vtedy, keď poskytujú viac informácií. Ich verbálna podoba by mala prihliadať na spôsob komunikácie klientov.

Otázky zamerané na KONŠTRUOVANIE SKUTOČNOSTI, resp. zamerané na súčasnosť, slúžia k objasneniu aktuálnych vzťahových vzorcov. Zvyčajne sú používané v kontexte objednávky alebo v kontexte prezentovaného problému. Pri vyjasňovaní objednávky ide obsahovo o vyjasnenie často rôznorodých a protikladných očakávaní rôznych strán. Iniciátormi rozhovoru bývajú nezriedka tretie osoby, ktoré sa terapie vôbec nezúčastňujú (napr. sudca, lekárka, vedúci pracovník, rodič...). Je potrebné si takéto rozdiely najskôr ujasniť, inak terapeut uviazne medzi dvoma mlynskými kameňmi, pretože narazí na neriešiteľné objednávky. Schlippe – Schweitzer (2006, s. 109) odporúčajú nasledovné otázky na objasnenie kontextu odporúčania:

Kto mal nápad uskutočniť tento kontakt?

Čo si od neho sľubuje odporúčajúca osoba?

K čomu by tu malo prísť, aby si potom odporúčajúca osoba povedala:
„(Ne) vyplatilo sa to?“

Prečo sem poslal práve vás?

Prečo vás poslal práve ku mne?

Základné otázky na vyjasnenie objednávky môžu potom znieť
(Schlippe, Schweitzer 2006, s. 109):

Kto chce čo? Od koho? – Od kedy? – Do kedy? (Nie je už neskoro?) Koľko?
(terapeutických sedení, nových podnetov...) – Načo? (čo má byť vykonané
a za akým účelom?) – S kým a proti komu?

Otázky zamerané na KONŠTRUOVANIE MOŽNOSTI prebúdajú „zmysel pre možnosť“. Ide o otázky, ktoré umožňujú cirkulárnym spôsobom zavádzať kreatívne, nové možnosti. Keďže nie je možné nové riešenia systému vnucovať, je tento druh otázok aj prostriedkom, ako hravou formou ponúkať nové cesty. Tieto nemusia byť reálne ani realizovateľné, ale prinášajú nový prvok a navrhujú realitu „akoby“, ktorá nikoho neohrozuje, napr. „Predpokladajme, že...“ „V prípade, že by...“, „Čo by bolo, keby...“ Takéto otázky umožňujú neohrozujúce jednanie na skúšku a znižujú strach zo zmeny.

„ZÁZRAČNÁ OTÁZKA“ je konceptualizovaná v rámci krátkej terapie zameranej na riešenia. Steve de SHAZER (1988) pôvodne formuloval otázku na zázrak nasledovne (In Shazer, Dolan, 2011, s. 63):

„Predstavte si, že raz v noci, keď ste spala, došlo k zázraku a váš problém bol vyriešený. Ako by ste sa o tom dozvedela? Čo by bolo iné? Ako by to zistil váš manžel bez toho, aby ste sa mu o tom zmienila?“

Iná formulácia otázky na zázrak znie nasledovne (DeJong, Berg, 1998, In Shazer Dolan, 2011, s. 64):

„Teraz by som sa vás opýtal na niečo zvláštne. Predstavte si, že za ten čas, čo budete dnes spať a vo vašom dome bude úplný pokoj, stane sa zázrak. Zázrak bude spočívať v tom, že problém, ktorý vás priviedol sem, sa vyrieši. Avšak vzhľadom k tomu, že budete spať, nebudete o tom, že sa stal zázrak, vedieť. A tak, keď sa zajtra ráno prebudíte, čo bude inak a podľa čoho spoznáte, že sa tento zázrak stal, a že problém, ktorý vás sem priviedol, je vyriešený?“

Klient a terapeut začnú na základe takejto otázky spoločne pátrať v klientovom skutočnom každodennom svete po tom, ktoré prejavy naznačujú, že došlo k zázraku, a že sú problémy preč. Prejavy zázraku možno nájsť len v klientovom reálnom svete, takže, otázka na zázrak môže byť považovaná rovnako za otázku na realitu.

ZÁVEREČNÉ OTÁZKY slúžia na prípravu záveru terapie a na uvedenie myšlienky o konečnosti terapeutického vzťahu a poradenského systému (Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 121):

Čo si myslíte o tom, ako dlho nás ešte budete potrebovať?

Kto z vás má väčší záujem na čo najdlhšom priebehu poradenstva, vy alebo vaša žena?

Predpokladajme, že by dnes terapia z nejakého dôvodu musela byť ukončená – čo by ste potom robili?

1.4.2.10 Prezentovanie informácií o systéme

GENOGRAM je diagram používaný v rodinnej terapii, ktorý zobrazuje rodinné vzťahy najmenej naprieč troma generáciami. Využívajú sa v ňom symboly zobrazujúce najmä pohlavie osôb a typy vzťahov, ale môžu sa v ňom uvádzať aj krízové udalosti, akými sú smrť, rozvod, nové manželstvo, či opakujúce sa prvky správania (por. Barker, 2003, s. 178).

Monica McGoldricková a Randy Gerson, autori známej publikácie *Genograms in Family Assessment* (1985), zdôrazňujú, že genogram zobrazuje príbuzenské vzťahy medzi členmi rodiny, prípadne aj ich intenzitu a kvalitu. Poskytuje bezprostrednú vizualizáciu posudzovanej rodiny, resp. jedinca v rámci danej rodiny a v širšom príbuzenskom kontexte. Ide de facto o grafický rodostrom. Z hľadiska časového aspektu môže ísť o zobrazenie toho, ako je rodina štruktúrovaná vo všeobecnosti, v istom skúmanom okamihu alebo naprieč časom. Vzhľadom na systémové prístupy slúžia genogramy na prehľadné znázornenie komplexných informácií o rodinných systémoch (Schlippe – Schweitzer, 2006, s. 94). Základné symboly používané v genogramoch sú nasledovné:

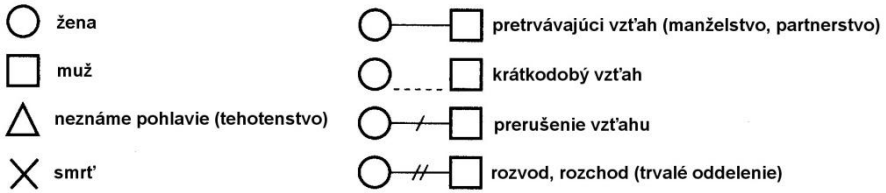


Schéma 2 Symboly genogramu (Zdroj: Parker, Bradley, 2011, s. 44)

Osoby žijúce v jednej domácnosti je možné spojiť kruhom, je však možné použiť pre každú generáciu osobitný papier. Do obrázku možno vpisovať dôležité fakty ako je priezvisko, meno, vek (dátum narodenia alebo úmrtia), dátum sobáša (zoznámenia), rozvodu (rozchodu), bydlisko, choroby, závažné symptómy, povolanie, zamestnanie a pod. (pozri schéma 3)

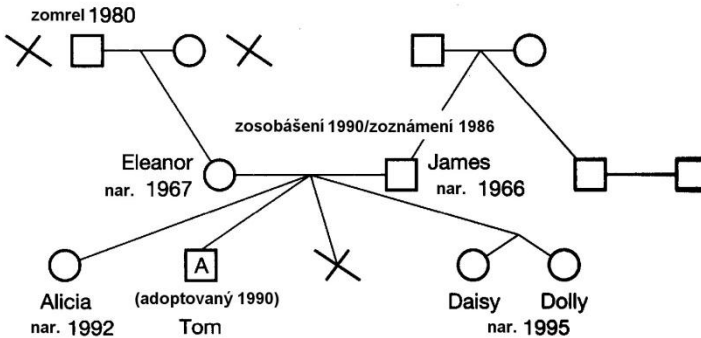


Schéma 3 Príklad genogramu – James a Elenaor nepriech generáciami (Zdroj: Parker, Bradley, 2011, s. 45)

Z hľadiska sociálnej práce sa genogram používa najmä v procese diagnostikovania resp. posudzovania funkčnosti rodiny. Sociálnej pracovníčke napomáha identifikovať problémové vzťahy, potreby a nedostatky vo fungovaní rodiny. Pri jeho tvorbe nejde pritom len o výsledok, ale veľmi dôležitý je samotný proces jeho utvárania. Pri spoločnom aktívnom tvorení genogramu sa medzi sociálnou pracovníčkou a klientom, či už jednotlivcom ako členom rodiny alebo rodinou ako celkom, buduje vzťah. Utvára sa medzi nimi konštruktívna pracovná aliancia a užívatelia služieb sú motivovaní

k spolupráci. Táto praktická aktivita v niektorých prípadoch pomáha redukovať nervozitu a úzkosť. Pri tvorbe genogramu bývajú do istej miery aktivované emočné procesy klientov, preto je potrebné postupovať opatrne a nechať účastníkov procesu vstrebať informácie o sebe samých (por. Parker – Bradley, 2011, s. 42-43). Je možné zvýrazniť určité časti genogramu farebne alebo doplniť zvláštne rodinné udalosti, vplyvy alebo transgeneračné vzorce. Genogram môže byť doplnený o rodinné fotografie alebo predmety dôležité pre niektorú osobu. Najdôležitejšie sú však príbehy rozprávané k údajom v genograme (Schlippe – Schweitzer, 2006, s. 94-95). Informácie zhromaždené z genogramu sú účelné a zaoberajú sa interakciami, ako aj vzťahmi vnútri rodiny. Preto je veľmi dôležité správne vedené interview pri tvorbe genogramu. Počas rozhovoru sociálni pracovníci skúmajú rituály, názory a očakávania u tých členov rodiny, s ktorými pracujú. Monika McGoldricková, Randy Gerson a Sylvia Shellenbergerová (1999) odporúčajú klásť nasledovné otázky zamerané na sociálny problém:

- Prečo žiadate o pomoc práve teraz?
- Kedy daný problém začal?
- Kto ho spozoroval ako prvý?
- Aké stanovisko zaujali k nemu jednotlivé osoby?
- Aké boli vzťahy pred daným problémom?
- Zmenil sa daný problém? Ako?
- Čo si myslíte, že sa stane, ak bude problém pretrvávať?

Počas interview sociálni pracovníci skúmajú rituály, názory a očakávania u tých členov rodiny, s ktorými pracujú. Ďalšie navrhované otázky sú nasledovné:

- Kto žije v domácnosti (mená, vek, pohlavie)?
- Aké sú medzi nimi vzťahy?
- Kde žijú ostatní členovia rodiny?
- Mal niekto z nich podobné problémy v minulosti?
- O aké riešenia sa pokúsili v minulosti (terapia, liečenie, hospitalizácia a pod.)?
- Čo sa nedávno odohralo v rodine?
- Vyskytli sa v nej nejaké zásadné zmeny alebo stresory?

Okrem „tvrdých dát“ sa teda v genogramoch pracuje s „mäkkými informáciami“, akými sú problémové a krízové udalosti, konfliktotvorné otázky v rodine (napr. žiarlivosť), tabu či „biele miesta“ v rodine (O kom sa nič nevie, o čom sa nehovorí?). Tieto sú dôležité najmä v procese posudzovania rodiny, hľadania príčiny/príčin problémové správania jedného alebo viacerých členov a identifikovania prenosu takéhoto správania naprieč viacerými generáciami. Napríklad v prípadoch podozrenia z týrania dieťaťa (CAN syndrómu) môže byť cez genogram identifikovaný transgeneračný prenos násilného správania, jeho stimulovanie pri požívaní alkoholu, ktorý sa stal „normálnym“ vzorcom správania rodiča k svojmu dieťaťu (pozri schéma č. 4).

Rizikom zamerania sa na patologické formy správania je vyvolanie opačného efektu a v zásade posilňovanie patológie. Ďalším rizikom je čierno-biele videnie, kde je zvyčajne jedna osoba identifikovaná ako výlučný nositeľ problému. Zameranie sa na negatívne formy správania vedie k jeho etiketizácii a „démonizácii“, čo si môžu osvojovať ostatní členovia rodiny, napr. „Otec (manžel) *len* sedí pri telke, všetkých buzeruje. Je alkoholik, keď si viac vypije je *vždy* násilnícky.“ Takýto prístup zameraný na problém vedie celý proces jednosmerne do oddelenia obetí od agresora, ktoré sa vyjadruje vzhľadom na manželstvo rozchodom alebo rozvodom a vzhľadom na deti obmedzením styku s ním. Rodina ako systém sa v záujme ochrany obetí rozpadne. Otázne je, či tento spôsob riešenia je skutočne v záujme ohrozeného člena rodiny? Autor súhlasí s filozofiou spoločnosti Úsmev ako dar (2014), ktorú uplatňuje vzhľadom na najohrozenejšiu skupinu rodinného systému, ktorými sú deti. Dieťa potrebuje pre zdravý psycho-sociálny vývoj prostredie úplnej rodiny s otcom a mamou. *Len* tak môže naplniť svoje potreby a zažiť bezpečnú vzťahovú väzbu, ktorá je základom kvality neskorších vzťahov a komunikácie. Za primárny záujem dieťaťa považujeme možnosť vyrastať vo vlastnej funkčnej rodine. Preto sa má z hľadiska metód sociálnej práce – po starostlivom zhodnotení rizík – uprednostniť sanácia rodiny pred vyňatím dieťaťa z rodiny. Poradenský, diagnostický alebo terapeutický rozhovor vedený počas tvorby genogramu sa teda môže zamerať aj iným

smerom, aby podporil sanáciu rodiny. Medzi základné princípy súčasnej sociálnej práce patrí stavanie na silných stránkach. Jednotlivých členov rodiny sa môžeme napríklad spýtať na tri pozitívne vlastnosti, ktoré si cenia na svojom otcovi / manželovi (napr. Karolovi, pozri schéma 4). Medzi odpoveďami môžu vyniknúť napríklad, že je presný („vždy príde na čas“), silný („vie sa ma zastať, ak mi niekto robí zle“) a vie sa postarať („žijeme na dobrej úrovni“). Komunikácia môže byť smerovaná ďalej na spoločné hodnoty, pozitívne zážitky, prejavy lásky, na to, čo pomáha v krízových situáciách, o čo sa dá oprieť a podobne. Vyššie sme uvádzali, že v genograme sa dáva dôraz na intenzitu a kvalitu vzťahov. Tieto sa takisto dajú graficky znázorniť (schéma č. 5).

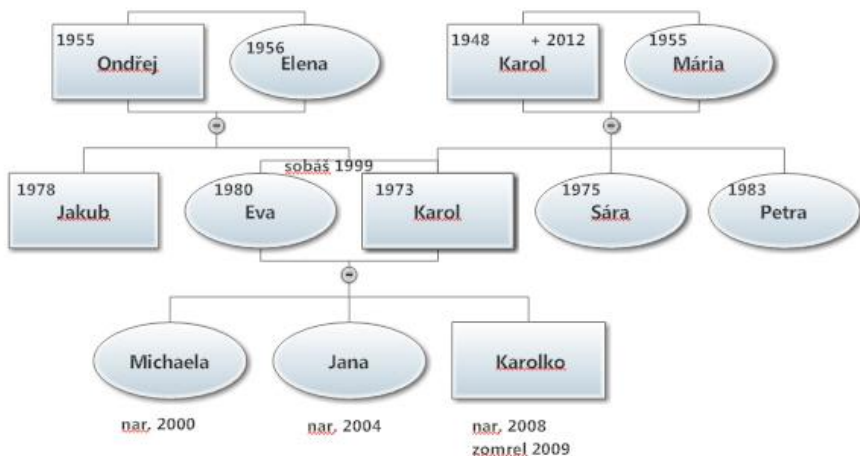


Schéma 4 Identifikovanie transgeneračného vzorca správania a jeho rizikových faktorov (zdroj: autor)

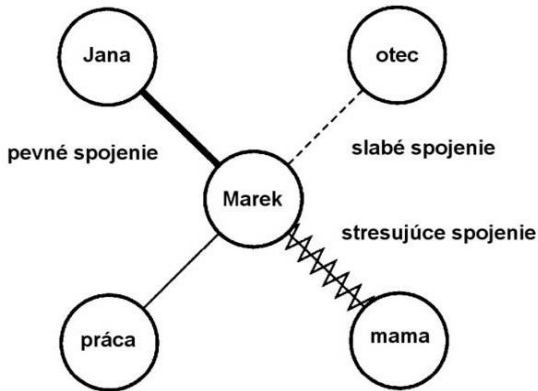


Schéma 5 Vzťahy v rodinnom systéme (Zdroj: Parker, Bradley, 2011, s. 51)

Z genogramov možno vychádzať pri NÁKRESOCH SYSTÉMOV, pre ktoré Minuchin (1977) odporučil určitú formu. Tento sa osvedčil pre zhrňujúce náčrty predbežných hypotéz na konci rozhovoru s rodinou. Ak vychádzame z osôb považovaných za významné pre problémový systém, môžeme v kresbe integrovať nasledujúce aspekty systému (Schlippe – Schweitzer, 2006, s. 96):

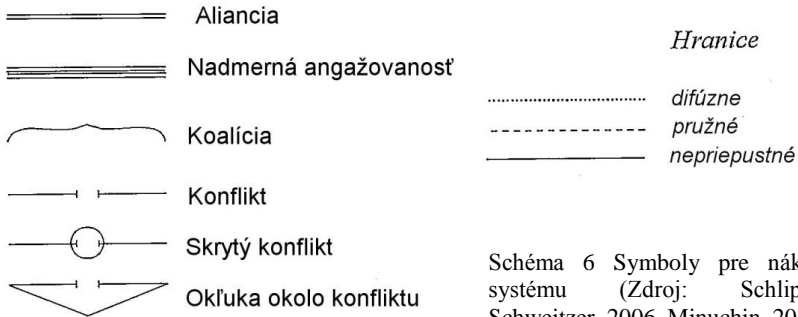


Schéma 6 Symboly pre nákras systému (Zdroj: Schlippe, Schweitzer, 2006, Minuchin, 2013)

Ako *aliancia* sa označuje vzťah, ktorý je tesný, ale nie je namierený proti nikomu tretiemu. Inak je tomu u *koalície*, ktorá predstavuje (zvyčajne tajné) spojenie dvoch proti tretiemu a presahuje hranice minimálne dvoch generácií. Koalícia sa väčšinou objavuje spolu s *okľukou* okolo skrytého alebo otvoreného konfliktu. V takom prípade ide často o zapojenie dieťaťa do rodičovského

konfliktu. Minuchin (1977) ďalej hovorí o *triangulácii*. Za *skrytý* sa konflikt označuje vtedy, keď o ňom, z hľadiska pozorovateľa, svedčí mnoho známok, inkongruentná komunikácia, náznaky a pod. (Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 96).

Alternatívnym grafickým zobrazením ku genogramu a nákreso systému môže byť SCHEMA PRÍBUZENSKEJ SIETE. Možný (2008, s. 27) v nej používa nasledovné symboly:

- = manželský zväzok
 - ≠ manželský zväzok, v súčasnosti už rozvedený
 - ≡ opakovaný manželský zväzok, aspoň jedného z páru
 - ≈ mimomanželský partnerský zväzok
 - | medzigeneračný pokrvný vzťah
 - súrodenecký pokrvný vzťah
 - † už nežije (uvádza sa za menom)
- VEĽKÝM PÍSMOM sa uvádza vlastné (krstné) meno osoby

Mená tých, s ktorými je v dennom styku

Mená tých, s ktorými má kontakt aspoň desaťkrát do roka

Mená tých, na ktorých by sa obrátila o pomoc

* pri tých, ktorým dala alebo od ktorých dostala darčeky na Vianoce

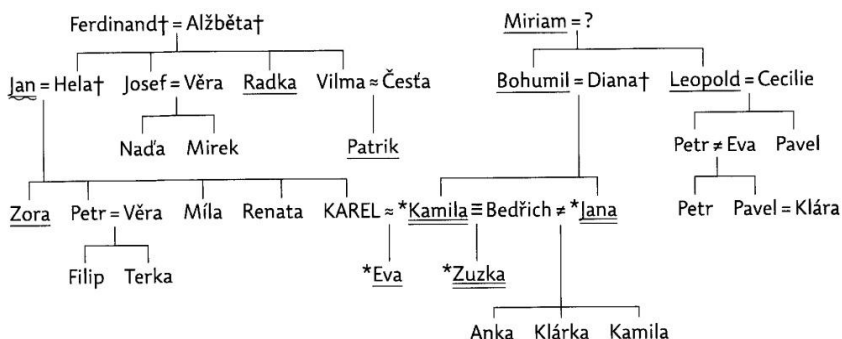


Schéma 7 Príbuzenská sieť (Zdroj: Možný, 2008, s. 28)

EKOMAPA je diagram rodinných vzťahov, ktorý v roku 1975 vyvinula profesorka sociálnej práce a rodinná terapeutka Ann

HARTMANOVÁ (nar. 1953),¹² ako nástroj sociálnych pracovníkov pre posudzovanie potrieb dieťaťa alebo rodiny. Vzhľadom na *General system theory* je ekomapa diagramom rodinných spojení so širšou spoločnosťou. Rodinu pritom chápe ako systém v mnohonásobných systémoch. Toto obrazové znázornenie rodiny umožňuje identifikovať viaceré dôležité dynamiky, ktoré operujú vnútri a smerom k rodinnému systému (Hartman, 1979). V súčasnosti ju používajú sociálni pracovníci, rodinní terapeuti a iní profesionáli na zobrazenie rozličných recipročných vplyvov medzi klientmi, osobami, ktoré sú s nimi v rozličnom vzťahu, dôležitými sociálnymi inštitúciami a vplyvmi prostredia (por. Barker, 2003, s. 136). Ekomapa prináša dynamický spôsob vizuálneho znázornenia začlenenia rodiny do širšieho sociálno-ekologického kontextu. Rovnako ako genogram znázorňuje intenzitu a kvalitu vzťahov (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 113). Ekomapa umiestňuje rodinu a jednotlivých jej členov do priestorového kontextu. Okrem toho skúma sociálne siete a sociálne služby dostupné pre užívateľov daných služieb. Tieto siete môžu tvoriť jednotlivci, organizácie a inštitúcie, s ktorými sú klienti v interakcii. Preto Coulshedová a Ormeová hovoria o „mapách sietí“ (network maps). Ekomapa chce zobrazit' rozličné spojenia a vzťahy medzi účastníkmi systémov a podsystémov, do ktorých sa zapája rodina alebo jednotliví jej členovia. Ekomapa chce ukázať, ako členovia rodiny konajú a reagujú navzájom jeden na druhého, aké má rodina ako celok vzťahy k iným rodinám, skupinám a organizáciám v spoločnosti. Môže sa využiť aj na znázornenie vzájomných vzťahov medzi rozličnými úrovňami vnútri environmentálneho životného systému.

Podobne ako pri genograme nie je dôležitý len výsledok vizualizácie, ale celý proces tvorby ekomapy a rozhovor, ktorý vedie sociálna pracovníčka s členmi rodinného systému ochotnými spolupracovať. Aj tu jestvuje riziko zamerania sa výhradne na identifikovanie problému a problémových vzťahov. Ak však sociálna pracovníčka zameria pozornosť primárne na silné stránky, podporujúce vzťahy, vnútorné a vonkajšie zdroje podpory, bude

¹² Išlo o príspevok v časopise *Social Casework*, neskôr premenovaného na *Families in Society*, pod titulom *Diagrammatic Assessment of Family Relationships* (1978).

napomáhať k posilňovaniu a zmocňovaniu k svojpomoci nielen jej jednotlivých členov, ale aj rodiny ako celku a jej súdržnosti (pozri schéma č. 9).

Podoba ekomapy sa môže v priebehu intervencie meniť, takže je vhodné v niektorých etapách procesu pomoci tvoriť novú ekomapu, resp. revidovať, či pôvodná odráža súčasný stav. Týmto sa stáva jedným z nástrojov evaluácie.

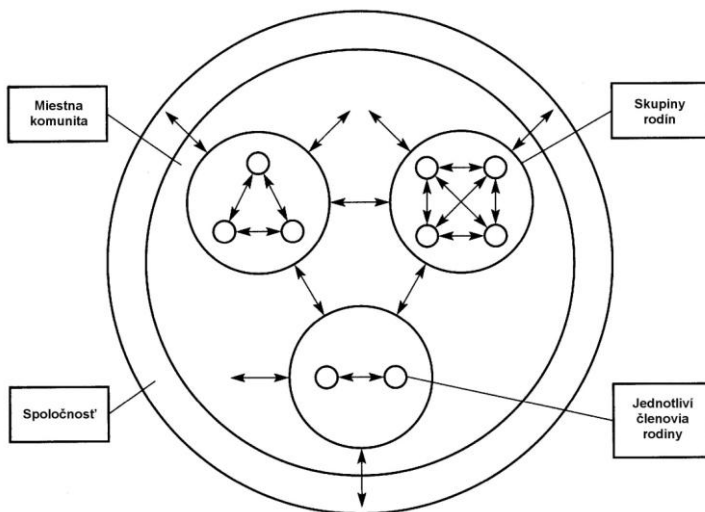


Schéma 8 Ekomapa (Zdroj: Parker, Bradley, 2011, s. 49)

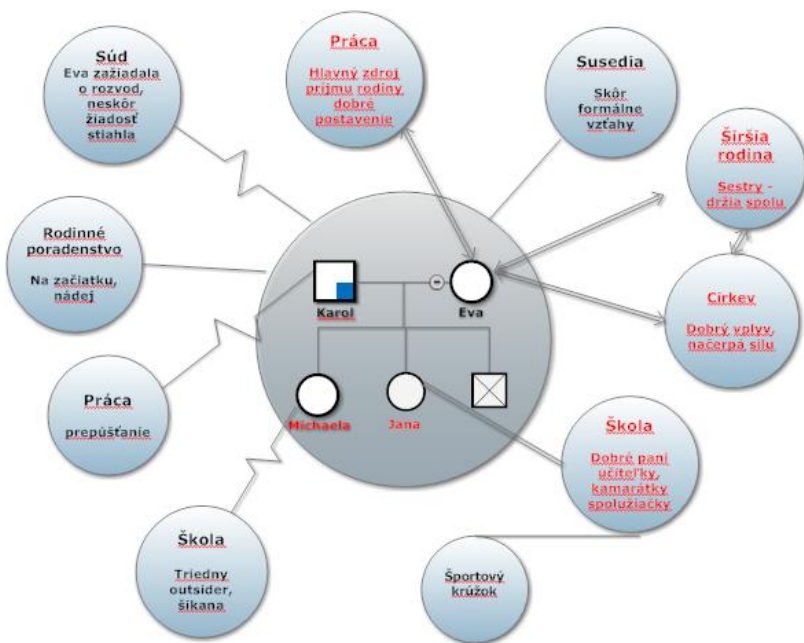


Schéma č. 9 Ekomapa (zdroj: autor)

1.4.2.11 Techniky používané v systemickej rodinnej terapii

Technika *vytvárania rodinného súsošia* (slov. sochanie, z angl. *sculpting*) patrí k najznámejším technikám zosilňovania zážitku, ktoré v rodinnej terapii vznikli. Vyjadrením postojov a pozícií sú znázornené vzťahy v rodine a popri tom je umožnený celostný prístup ku komplexnému systému rodiny na rôznych úrovniach. Vzťahy v rodine sú tu prezentované symbolicky a bývajú zvyčajne veľmi rýchlo pochopené (Schlippe – Kriz, 1993). Autorkou techniky je Virginia Satirová, pre ktorú je sochanie spôsobom, ako seba aj ostatných informovať o svojich vnútorných procesoch vzťahujúcich sa k ostatným aj k sebe. Satirová prišla s pomôckou, ktorá umožňuje manifestovať vzťahy a pocity prežívané v rodine, nielen o nich hovoriť. V rámci rodinného systému je sochanie cestou, ako si uvedomiť rodinný kontext aj kontext jednotlivých členov. Sochanie je interakciou v pohybe, ktorá využíva telo v priestore na vyjadrenie

rodinných vnútorno-vzťahových vzorcov. Externalizuje pritom individuálne vnútorné pocity (Satirová, Banmen et al., 2005, s. 223).

Na začiatku rodinnej terapie môžeme len tak „mimočodom“ použiť niektoré prvky súsošia – napríklad, vyjadriť mieru blízkosti pomocou vzdialenosti medzi stoličkami, alebo nechať zaujať určitý telesný postoj. Neskôr je možné vytvárať väčšie súsošie – najlepšie tak, že jeden člen rodiny, ktorý je mimo ohniska konfliktu, bez slov rozostaví celú rodinu v priestore tak, že vzniká ukážka vzťahov v rodine, ako ich podľa názoru tohto člena vidia aj ostatní; je ako sochár, ktorý vytvára súsošie, pamätník. Pri tvorbe súsošia sa využíva primárne neverbálna komunikácia, najmä gestikulácia, proxemika a telesné postoje, ktoré poukazujú na komunikačné a vzťahové vzorce. Keď je obraz hotový, ostatní členovia rodiny ho dopĺňajú spätnou väzbou – komunikujú svoje pocity, či s obrazom súhlasia alebo nesúhlasia. Podľa toho je potom možné obraz pozmeniť alebo nechať bez zmeny, ako ukážku viacerých pohľadov v rodine: „Takto prežíva svoju rodinu tento člen rodiny v tomto okamihu“ (Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 122).

Podľa Schweitzera a Webera (1982 In Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 122) môže terapeut v rámci sochania podporiť člena rodiny adekvátnymi otázkami vzhľadom na jednotlivé symboly:

Priestorová vzdialenosť ako symbol emocionálnej blízkosti: Kto je ku komu blízko resp. ďaleko?

Hore / dolu ako symbol hierarchickej štruktúry: Kto sa najvýraznejšie presadzuje alebo dokonca stojí na podstavci (stolička a pod.)? Kto je v rodinnej hierarchii rozhodovania úplne dolu, kto sedí na stoličke alebo dokonca na zemi?

Mimika a gestikulácia ako výraz diferencovanejších rodinných štruktúr: Kto sa koho dotýka? Kto kam pozerá? Kto tu stojí eventuálne ohnutý a so zaťatými päsťami, kto stojí rovno s otvorenými dlaňami? Kto sa tajne snaží podraziť nohu člena rodiny stojaceho „na podstavci“?

Obraz štvorčlennej rodiny môže vyzerať napríklad tak, že otec je superracionálny a stojí na stoličke (aby zvýraznil svoju moc a silu). Matka kľučí na zemi (uzmieruje). Jedno z detí je blízko k otcovi a obviňuje ostatných. Druhé dieťa ruší a je ďaleko od všetkých. Po tom, čo sa jednotliví členovia podelia o svoje pocity z tejto sochy,

vytvára každý z nich sochu vlastnej percepcie rodinných vzťahov. Po ďalšom vypovedaní pocitov a diskusií vyzve terapeut jednotlivých členov, aby vytvorili ideálnu sochu. Cieľom terapeutického procesu je, aby sa rodina posunula od starých dysfunkčných štýlov k prijateľnejším a vzájomne podporujúcim vzťahom (Satirová, Banmen et al., 2005, s. 223).

K sochaniu nejestvuje žiadny návod, žiadny recept. Rovnako ako akákoľvek iná forma efektívnej intervencie, funguje najlepšie v priestore dôvery a bezpečia. Terapeut zaistuje spoluprácu rodiny a dosiahnutie dynamickej rovnováhy, so zmyslom pre správne načasovanie a kreativitu. Podporuje členov rodiny a oni potom podporujú sami seba v otvorenosti novým možnostiam. Dôležité je spracovať všetky percepcie, všetky „aha!“ zmeny vo vzájomnom vnímaní, pocitoch, myšlienkach, reakciách, ktoré účastníci v priebehu procesu prežívali. Vynesenie týchto informácií na povrch je veľmi delikátnou záležitosťou. Je dôležité, aby bol terapeut kreatívny v poskytovaní spätnej väzby a pomoci členom rodiny vo chvíli, keď opúšťajú staré pozície a vzorce (Satirová, Banmen et al., 2005, s. 225). Terapeut by si mal uvedomiť, že pri sochaní sa môžu objaviť rôzne formy odporu, a preto je potrebné veľmi dbať na ochranu integrity rodiny. Podnecovanie rodiny k nezvyčajnému jednaniu zároveň vyžaduje aj odvahu (Schlippe – Schweitzer, 2006, s. 123).

Sochanie možno použiť aj pri práci mimo rodinného systému. Môže byť samo o sebe prostriedkom zmeny akéhokoľvek systému: vzdelávacieho, náboženského, profesijného a pod. (Satirová, Banmen et al., 2005, s. 226).

RODINNÁ DOSKA je metaforická práca so znázornením rodiny, nezávisí od toho, či sú „postavení“ všetci členovia rodiny. Súsošie možno vytvárať pomocou bábik, panáčikov, lega alebo figúrok z „človeče nehnevaj sa“. Za jeden z variantov práce so súsoším možno považovať aj kresbu „rodiny začarovanej do zvierat“. V systemickej terapii sa osvedčila zvlášť *rodinná doska*, ktorú v roku 1983 predstavil Ludewig. Ide o drevenú dosku s veľkosťou 50 x 50 cm so setom figúrok, ktorá dáva členom rodiny možnosť symbolicky vyjadriť blízkosť a vzdialenosť. Autori zdôrazňujú najmä diagnostickú hodnotu rodinnej dosky, ale zostavy sú vhodné aj

pre výskum v rámci metodiky založenej na dialógu (In Schlippe – Schweitzer, 2006, s. 125).

VIDEOTRÉNING INTERAKCIÍ (VTI) je považovaný za krátkodobú a intenzívnu intervenčnú a terapeutickú metódu práce s videozáznamom, ktorá sa používa pri poruchách interakcie medzi aktérmi komunikácie. Jej cieľom je rozvíjanie sociálnych spôsobilostí, naučenie princípom úspešnej komunikácie a podávanie pozitívnej spätnej väzby. Autorkou konceptu VTI je Holanďanka Marina AARTSOVÁ. Podľa Beaufortovej (2008), v polovici 80. rokov 20. storočia začali pracovníci domova pre mládež s poruchami správania (De Widdonck) v Holandsku skúmať, ako pôsobí sociálne okolie na dieťa, aká je rodinná atmosféra a ako fungujú vzťahy v rodine, aký vplyv majú tieto rodinné vzťahy na dieťa, intenzívnu prácu s dieťaťom v pobytovom zariadení, na jeho schopnosť nadväzovať a udržiavať nové sociálne vzťahy. Ich dvojročný výskum preukázal, že pokiaľ do celého procesu nebola zapojená rodina, úspechy detí sa rýchlo vytrácali a ich správanie sa vracalo do starých koľají. Na základe týchto vyhodnotení sa začal utvárať koncept podpory komunikácie v rámci širšieho systému a zapojenia rodiny do celého procesu. Pracovníci využili nový výskum profesora detskej psychológie a psychobiológie – Colwyna TREVARTHENA. Na konferencii o neverbálnej komunikácii prezentoval pomocou videa raný kontakt matka – dieťa a na základe podrobnej analýzy rozvinul teóriu intersubjektivity, ktorá mala kľúčový význam pre neskorší vývoj Video Home Training (VHT)¹³.

V rámci videotréningu interakcií terapeut navštevuje rodiny a natáča sekvencie z interakcií. Vyhľadávajú sa tie sekvencie, ktoré pomáhajú vytvárať významný a konštruktívny rozdiel v porovnaní s predošlým pohľadom rodiny. Táto technika sa stále viac využíva aj v systemickej terapii. Prednosťou tohto postupu je rozvíjanie veľmi konkrétnych možností voľby správania (Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 125). Všeobecné princípy VTI sú nasledovné (por. Beaufortová, 2008, s. 232-233):

- rozvíja sa na poznatkoch systémových teórií, v centre pozornosti stojí celý rodinný systém, nie dieťa ako nositeľ symptómu;
- pracuje s rodinou v rámci jej prirodzeného prostredia;

¹³ Na Slovensku sa podľa vzoru ČR používa názov video tréning interakcií (VTI).

- je založená na spoločnej práci terapeuta a rodičov (skôr „s nimi“ než „pre nich“);
- základným postojom je aktivovanie rodičov namiesto dlho trvajúceho kompenzovania ich nedostatkov;
- napája sa na aktuálne prežívanie členov rodiny, na horizont „tu a teraz“;
- orientuje sa zásadne podľa prania klientov;
- je zameraná na flexibilné, dobre zrozumiteľné, pozitívne formulované a krátkodobo dosiahnuteľné ciele;
- základným médiom je videozáznam, základným nástrojom terapeuta je rozhovor;
- viac než problémy, vyzdvihuje silné stránky zúčastnených;
- kladie dôraz na pozitívne formulovanú spätnú väzbu.

EXTERNALIZÁCIU PROBLÉMU ako techniku vyvinul zakladateľ naratívnej terapie Michael White o ktorom sme pojednávali vyššie. Jeho základná axióma znie: „*Osoba nie je problém, problémom je problém*“. Schlippe, Schweitzer (2006, s. 126) uvádzajú, že starostlivým zaobchádzaním s jazykom sa pokúšal oddeliť (externalizovať) problém a osobnú identitu klienta, a pritom narušiť tie vzorce, ktoré udržiavajú a stabilizujú problém. White túto metódu rozvinul pri práci s deťmi. Zistil, že deti ľahšie spolupracujú, keď nie sú označované ako „nevychované deti“, ktoré sa musia snažiť, ale keď sú im kladené otázky spôsobom, ktorý nekladie rovná sa medzi ne a ich problém. Je dobré, keď sa namiesto toho položí, napríklad otázka: „Keby ich ‚ten uličník‘ zasa vyzval k tomu, aby robili neporiadok, ako by na to reagovali, či by tej výzve vyhovelí, alebo len niekedy, a ako by to asi bolo, keby ‚uličníkovi‘ odporovali? White (1992, s. 52, In Schlippe, Schweitzer, 2006, s. 128) uvádza nasledujúce otázky pri externalizácii:

Ako problém ovplyvňuje váš život?

Ako ovplyvnil tvoj obraz o sebe? Ako tvoje osobné vzťahy?

Aký vplyv majú tieto názory na tvoj život všeobecne a obzvlášť na tvoj prístup k iným ľuďom?

Ako si bol k týmto názorom privedený? Čím si sa nechal zviest' k tomuto názoru?

Súhlasíš vôbec s tým, aby tieto príbehy určovali a ovplyvňovali tvoj dnešný život?

Ktoré skúsenosti odporujú týmto príbehom? Kde sú výnimky?

Historizovanie: „Keby som vtedy ako divák sledoval tvoj život, čo by som mohol vtedy zažiť, čo by mi mohlo vysvetliť to, že si bol schopný toho, čo sa ti podarilo?“ Alebo: „Kto zo všetkých tých ľudí, ktorí ťa poznali ako mladého človeka, by sa prinajmenšom čudoval, že si bol schopný tohto kroku a postavil si sa čelom k problémom, ktoré ti sťažujú život?“

1.4.3 Sociálno-ekologické teórie

Sociálno-ekologické (angl. *The Social-Ecological Model*) perspektívy patria v súčasnosti medzi kľúčové teórie sociálnej práce.¹⁴ Obsahovo a koncepčne sú blízke systémovým teóriám, resp. teóriám sociálneho systému, preto ich niektorí autori považujú za ich subkategóriu. Barbra Teaterová (2010, s. 17) výstižne uvádza, že „hoci obe majú rovnaké teoretické premisy a základné predpoklady, každá z nich používa jedinečnú terminológiu. Ekologické perspektívy sa vyvinuli vnútri sociálnej práce ako profesie kvôli kritickému prístupu k nie-humanistickému jazyku teórie sociálneho systému.“

Ekológia je vedou zaoberajúcou sa adaptívnym vzťahom organizmov a prostredia. Skúma prostriedky, ktorými tieto dosahujú dynamickú rovnováhu a vzájomnosť. Podľa Carel Germainovej (1973, s. 326) „nás preto vybavuje vhodnou metaforou pre pomáhajúce profesie zaoberajúce sa vzťahmi medzi ľuďmi a ich interpersonálnym a organizačným prostredím, usilujúce sa o zmenu a modifikáciu kvality transakcií medzi ľuďmi a ich prostredím a podporujúce kultiváciu prostredia, aby zodpovedalo ľudským potrebám.“ Vzhľadom na používanie metafory ekológie v sociálnom kontexte, uprednostňujeme označenie tejto teórie ako „sociálno-ekologická“. Podľa Payneho (2005) typológie teórií sociálnej práce, táto patrí medzi perspektívy.

¹⁴ Niektorí autori (Wendt, 2010; Levická a kol., 2012) u nás používajú označenie ekosociálne (*eco-social*) teórie resp. prístupy s odôvodnením, že takéto jazykové spojenie implikuje skôr ekologický prístup. Obe označenia budeme v publikácii považovať za synonymá.

Sociálno-ekologická perspektíva zameriava pozornosť najmä na osobu v prostredí (*person in environment*), ako aj kontinuálne interakcie a transakcie medzi osobami, rodinami, skupinami, komunitami a ich prostredím. Ako prvý sa otázkou prostredia v kontexte sociálnej práce zaoberali pravdepodobne americkí sociálni vedci Herman D. STEIN (1917 – 2009) a Richard A. CLOWARD (1926 – 2001) v diele *Social Perspectives on Behavior* (1959). V 60. rokoch 20. storočia vzrastal záujem o ekologické koncepty a ich potenciálnu aplikáciu v pomáhajúcich profesiách. Harriett BARTLETTová (1897 – 1987) rozpracovala koncept sociálneho fungovania v diele *The Common Base of Social Work Practice* (1970). William GORDON (1903 – 1990) sa zaujímal o sociálnu prácu na hranici medzi systémami a ich prostredím. Jeho práce vychádzali z obcej teórie systému, ale svojim špecifickým zameraním na interakciu systému s prostredím poskytli dobré východiská pre aplikáciu v sociálnej práci. Hearn (1979, In Navrátil, 2001, s. 151) zhrnul Gordonove základné myšlienky o sociálnej práci z ekologickej perspektívy do týchto bodov:

1. Sociálna práca má súbežnú dvojakú perspektívu. Zameriava sa na človeka ako aj na jeho situáciu – teda, na systém aj jeho prostredie.
2. Sociálna práca sa uskutočňuje na rozhraní medzi ľudským systémom a jeho prostredím.
3. Jav, ku ktorému dochádza na rozhraní medzi systémom a prostredím, je transakcia.
4. Transakcia je proces, v ktorom sa systém a jeho prostredie vzájomne vyladujú. Na strane systému ide o zvládanie (*coping*) a na strane najbližšieho prostredia o jeho kvality.
5. Styk systému s prostredím vyvoláva zmenu oboch.
6. Najlepšie transakcie sú tie, ktoré podporujú rast a vývoj organizmu pri súbežnom zlepšovaní prostredia (to znamená, že sa stávajú lepším pre všetky systémy, ktoré sú na ňom závislé).
7. Pre rast a vývoj je nevyhnutné, aby dochádzalo k trvalej redistribúcii entropie medzi organizmom a prostredím.

Vlastnú ekologickú perspektívu ako teóriu sociálnej práce predstavila predovšetkým americká profesorka sociálnej práce Carel

GERMAINová (1916 – 1995). Medzi jej najdôležitejšie knihy patria *The Life Model of Social Work Practice* (1980, 2008, spolu s Alex Gitterman), *Human Behavior in the Social Environment: An Ecological View* (1991, 1999 spolu s Martinom Bloom). Germainová je pionierkou prístupu známeho v sociálnej práci ako „Life model“. Autorka kritizovala prístupy sociálnej práce zamerané výhradne na intrapsychické procesy klientov, preto navrhla novú perspektívu, pri ktorej použila práve biologickú metaforu ekológie. Ekologická perspektíva, podľa nej, hlbšie približuje náhľad na ľudí a ich prostredie ako na jednotný systém vnútri špecifického kultúrneho a historického kontextu. Obom zložkám, osobe aj prostrediu, môžeme lepšie porozumieť len vzhľadom na ich vzájomný vzťah, v ktorom sa ustavične ovplyvňujú vnútri špecifického kontextu. Koncepty odvodené z ekologickej metafory nepojednávajú výhradne o samotnom prostredí ani výlučne o samotnej osobe, ale o osobe, resp. osobách vo vzťahu k prostrediu, či už v pozitívnom, neutrálnom alebo negatívnom zmysle (Germain, Gitterman, 1995). Medzi jedincom a prostredím jestvuje vzájomná prepojenosť, a práve na ich spoločných hraniciach vzniká mnoho životných stresov a problémov (Gitterman, Germain, 2008). Hollisová (1964) a neskôr aj ďalší autori (Compton, Galaway, 1999 In Levická, 2012) v rámci tejto perspektívy rozpracovali koncept *person in situation*. Sociálny pracovník sa v rámci tohto konceptu zameriava na nasledovné potreby a problémy súvisiace s:

- úlohami nejako spojenými s vývinovými etapami životného cyklu;
- s úlohami, ktoré sa viažu na užívanie alebo ovplyvňovanie prvkov z klientovho prostredia;
- s interpersonálnymi prekážkami a zábránami, ktoré negatívne ovplyvňujú fungovanie rodiny alebo skupiny.

Ekologické koncepty umožňujú sociálnym pracovníkom aj klientom zameriavať súbežnú pozornosť na tri dimenzie: 1. na človeka, 2. na prostredie, 3. na ich vzájomný vzťah. Podľa Levickej (2012, s. 14) tento prístup v sociálnej práci sa usiluje o dosiahnutie vyváženej rovnováhy medzi potrebami klienta (systému)

a možnosťami, ktoré mu na ich uspokojenie ponúka jeho sociálne prostredie.

Aby sociálni pracovníci mohli naplniť cieľ ekologického modelu sociálnej práce, mali by disponovať poznatkami nielen o človeku, ale aj o jeho prostredí a ich vzájomnom vzťahu. Základom výbavy sociálnych pracovníkov sú preto poznatky o správaní, potrebách a cieľoch ľudských systémov v kontexte ich rozmanitej kultúry a prostredia.

Cieľom sociálnej práce z hľadiska sociálno-ekologickej perspektívy je podporovať rast, rozvoj, posilňovať adaptívne kapacity ľudí, odstraňovať bariéry v prostredí, zlepšovať schopnosť prostredia odpovedať na potreby ľudí (Navrátil, 2001, s. 159).

Dôležitý význam v sociálno-ekologických modeloch má *sociálna sieť* a proces *vytvárania sietí (networking)*. Sieť každého človeka je celková suma ľudských vzťahov, ktoré v jeho živote nadobudli trvalý význam. Siete životného priestoru môžu byť považované zo zorného uhla sociálnej práce za systémy zdrojov. Okrem rodiny sem patria priatelia, susedia, kolegovia v práci a pod. Tam, kde chýba kontakt či informácie, sociálna práca má za úlohu sprístupniť nejakej osobe sieť, iniciovať vznik sietí alebo aktivovať potenciál jestvujúcich sietí (Pincus, Minahan, 1973, s. 100).

1.4.3.1 Life model

Autormi tohto špecifického modelu sociálno-ekologických teórií sú Carel Germainová a Alex Gitterman. Vychádzajú z transakcie medzi človekom a životným prostredím, teda z výmenných skúseností, a pomenúvajú tri oblasti, ktoré môžu vyvolávať poruchy v rovnováhe prispôsobovania sa (Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 76, 98):

1. *udalosti, ktoré svojim dopadom menia život* – vývinovo podmienené zmeny, „ekologický prechod“ (napr. puberta, rodičovstvo, choroba, smrť blízkej osoby, krízy, zmena role, statusu);
2. *situácie s nezvyčajným tlakom z prostredia* – napr. chýbajúca ochrana pred životnými rizikami, bytové pomery, prírodné udalosti, nedobre fungujúce organizácie a pod.;

3. *interpersonálne procesy* – komunikačné a vzťahové problémy (v manželstve, rodine, práci a pod.).

Life model sa orientuje na silné stránky ľudí, ich vrodennú túžbu po zdraví, trvalom raste a uvoľnení potenciálu, ale aj na modifikáciu prostredia vzhľadom na potreby ľudí a zlepšovanie vzťahu medzi človekom a prostredím. Vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom má byť budovaný na princípe partnerstva, do ktorého sociálny pracovník aj klient vnášajú podstatné znalosti a skúsenosti. Klient je považovaný za experta na vlastný život. Sociálny pracovník a klient však disponujú rozdielnou mierou moci. Miera mocenských rozdielov súvisí s profesionálnym štatútom sociálneho pracovníka, pozíciou v inštitúcii, s úrovňou vzdelania a pod. Pozornosť sa venuje otázkam zmocňovania klienta, ktoré je súčasťou spoločnej aktivity oboch a môže mať nasledujúce podoby (In Navrátil, 2001, s. 158-159):

- posilňovanie osobnej angažovanosti vo vzťahoch, zvlášť v neformálnej sociálnej podpornej sieti;
- podporovanie rastu kompetencie – vytváraním príležitostí pre úspešné jednanie;
- posilňovanie sebadôvery formou záujmu a úcty zo strany sociálneho pracovníka;
- posilňovanie sebaovládania – povzbudzovaním aktívneho rozhodovania, technikami ako rast vedomia, návšteva tvorcov legislatívy, predstaviteľov mesta, spoluorganizovanie pokojných protestov a pod.

Z hľadiska procesu práce s klientom rozlišujú Germainová a Gitterman (1980, In Levická a kol., 2012) nasledujúce tri fázy.

1. *Iniciačná fáza* predpokladá, že sociálny pracovník sa pri vstupe do klientovho sveta bude správať citlivo a spolupráca medzi ním a klientom bude vychádzať zo zmluvy o ďalšom postupe spoločného riešenia problému, ktorý v tejto fáze spolu postupne odhalili a pomenovali.

2. *Pokračovacia fáza* môže byť značne variabilná v závislosti od toho, či potreba ekosociálnej intervencie bola vyvolaná v súvislosti so životnými zmenami alebo environmentálnymi problémami klienta, či maladaptívnym správaním, interpersonálnymi vzťahmi alebo problémami v komunikácii.

3. *Konečná fáza*, ktorej cieľom je oddelenie sociálneho pracovníka od klienta a návrat klienta do jeho sveta.

1.4.3.2 Aplikovanie sociálno-ekologickej teórie na rodiny so sociálno-ekonomickými problémami

Od dnešnej rodiny sa mnoho očakáva, a to tak zo strany spoločnosti, ako aj zo strany jej jednotlivých členov. Očakávania, ktoré má rodina plniť, sú zosumarizované do určitých skupín, a tie sa v odbornej literatúre označujú ako funkcie rodiny. Z množstva funkcií sa v tejto podkapitole zameriame na ekonomickú funkciu rodiny, pričom nechceme tvrdiť, že ostatné považujeme za menej podstatné. Táto ekonomická funkcia rodiny sa podľa Levickej (2004) prejavuje v dvoch základných polohách:

a. rodina je vnímaná ako prvok ekonomického systému spoločnosti,

b. ako autonómny ekonomický systém.

V prvom prípade rodina, podľa spomínanej autorky, závažným spôsobom ovplyvňuje rozvoj alebo stagnáciu trhu spoločnosti, a to tým spôsobom, že vykazuje každodenné náklady na stravu, kúpu bytu, prevádzkovanie domácnosti, vzdelávanie svojich členov a pod. My si však myslíme, že ak máme vnímať rodinu ako prvok ekonomického systému spoločnosti, musíme si uvedomiť, že rodina má v ňom i určité práva a povinnosti. Má právo na odmenu za vykonanú prácu, má právo, aby výška tejto odmeny bola spravodlivá (štát legislatívne upravuje jej minimálnu výšku...), rovnako však má právo aj na ekonomické zabezpečenie zo strany štátu, ak boli splnené zákonom stanovené podmienky (napr. podpora v nezamestnanosti, príspevok pri narodení dieťaťa a pod.).

V druhom prípade Levická (2004) uvádza, že vo vnútri rodiny sa jednotlivé ekonomické aktivity plánujú a koordinujú. Otázka naliehavosti jednotlivých potrieb (k dôležitým ekonomickým položkám rodiny patria výdaje na stravu, bývanie a ošatenie) a zostavenie poradia ďalších očakávaní jednotlivých členov rodiny (napr. záujmové, rekreačné aktivity) sa stáva súčasťou rodinnej komunikácie.

Mnohé rodiny dnes totižto zápasia s chudobou, nezamestnanosťou, zadlžením, atď., a v tých najextrémnejších prípadoch až s bezdomovectvom. Chudobu pritom chápeme nielen ako nedostatok materiálnych prostriedkov na uspokojovanie životných potrieb, ale aj ako multidimenzionálny problém, súčasťou ktorého je najmä systémový nedostatok zdrojov na úrovni individuálnej, ale aj sociálnej, hospodárskej a politickej. Veľakrát ide o javy, ktoré majú už viacgeneračný charakter (napr. reprodukcia chudoby z generácie na generáciu). Podobne, ani bezdomovectvo nepredstavuje len fyzický a statický problém s bývaním. Je súčasťou širšieho procesu marginalizácie, na jednej strane založeného na neschopnosti ľudí bez domova participovať na spôsobe života, ktorý je štandardný pre väčšinu populácie, na druhej strane, na neschopnosti spoločnosti pomôcť jej občanom naplniť základné ľudské právo na bývanie, ochranu pred chudobou a sociálnym vylúčením (por. Mátel, Schavel, 2011). Roman (In Mátel, Schavel et al., 2011), okrem toho, upriamuje pozornosť na ekonomickú kriminalitu, ktorá môže byť jedným z negatívnych dôsledkov závažných sociálno-ekonomických problémov.

Domnievame sa, že za mnohými spomenutými problémami a nesprávnym naplňaním ekonomickej funkcie stojí práve nedostatočné ekonomické myslenie jej členov, najmä dospelých. Rovnako si uvedomujeme, že z hľadiska prenosu mnohých problémov na ďalšie generácie má nesmierny význam podporovanie správneho ekonomického myslenia už u jej detských členov.

Nami uvedenú domnienku potvrdzujú aj zistenia výskumu realizovaného v roku 2007 Slovenskou bankovou asociáciou (ďalej len „SBA“) na vzorke 1 107 respondentov starších ako 18 rokov. V rámci neho sa zisťoval index finančnej gramotnosti (ďalej len „IFiG“), ktorý vyjadruje úroveň znalosti obyvateľstva o problematike osobných financií, inými slovami, schopnosť efektívne spravovať osobné financie. IFiG sa zisťuje z objektívneho hodnotenia odpovedí respondentov na 10 otázok týkajúcich sa problematiky vkladov, bežných účtov a úverov. Hodnota IFiG sa pohybuje od minimálnej úrovne, ktorú predstavuje 0, po maximálnu úroveň 1. SBA uvádza, že na Slovensku dosiahol IFiG 0,56 bodu. SBA na základe výsledkov výskumu ďalej uvádza, že najvyššiu hodnotu – 0,66 IFiG majú ľudia s ukončeným vysokoškolským vzdelaním, za ktorými nasledujú

podnikatelia. Naopak, najnižšiu hodnotu – 0,43 I FIG majú ľudia s ukončeným základným vzdelaním. (SBA, 2007)

Zistenia ďalej uvádzajú, že „vyše 70 % respondentov sa domnieva, že každý človek by mal poznať pojmy z finančnej oblasti, že finančné vzdelávanie by malo byť zaradené už v školských osnovách, ale potrebné je však pre všetky vekové kategórie. Takisto sedem z desiatich účastníkov prieskumu si myslí, že garantom finančného vzdelávania by mal byť štát a súkromné (finančné) inštitúcie. Účasť mimovládneho sektora na takomto vzdelávaní pokladajú za potrebnú len traja z desiatich opýtaných. Respondenti uviedli, že najväčšie problémy majú s pochopením problematiky podielových fondov a hypoték, o čosi vyššie sebahodnotenie deklarovali pri problematike úverov a relatívne najistejší sa cítia byť v oblasti kreditných kariet a úročenia vkladov. Porovnanie s odpoveďami na analogické otázky v teste finančnej gramotnosti však ukázalo, že táto sebaistota nemá pevné základy: veľká skupina respondentov vôbec nevie rozlíšiť kreditné a debetné bankové karty a aj úročenie vkladov na obdobie viac ako jedného roka spôsobuje problémy.“ (SBA, 2007, s. 5-6)

Teória a prax sociálnej práce boli tradične založené na psychoterapeutických modeloch, kde sa diagnóza a terapia zameriavali primárne na psychologické aspekty jednotlivého klienta, eventuálne na dynamiku v bezprostrednej rodine. Hoci si sociálni pracovníci už dlho uvedomovali, že ľudia jestvujú v širšom a rozsiahlejšom sociálnom a psychologickom prostredí, do práce s klientom sa to premietalo minimálne.

Sociálno-ekologický prístup zásadne odlišuje obzor sociálnej práce od dôslednej reflexie vplyvu prostredia na sociálne fungovanie klientov z hľadiska rozličných porúch, medzi ktoré patrí aj široká škála sociálno-ekonomických problémov jednotlivcov, rodín, skupín a komunit v spoločnosti. Je to práve sociálno-ekologická perspektíva, ktorá kladie otázku, ako sa darí individuálnemu životu v spoločenstve v každom prípade, teda nielen v jednotlivých problémových situáciách, ktoré v profesionálnej práci denne čakajú na riešenie (Wendt, 1990 In Hollstein-Brinkmann, 2001, s. 102).

Ako sme vyššie uviedli, z hľadiska sociálno-ekologickej perspektívy je potrebné pri sociálnej práci s osobami so sociálno-ekonomickými problémami súbežne zamerať intervenciu a prevenciu na tri roviny: 1. na spoločnosť, 2. klientov (rodiny, jednotlivcov,

skupiny, komunity), 3. ich interakciu. Drexlerová (2012) vidí priestor pre prevenciu mnohých ekonomických problémov rodín z hľadiska spoločenskej zmeny najmä:

- v podpore vzdelávania v odboroch ľahko uplatniteľných na trhu práce;
- v podpore vytvárania nových pracovných miest;
- v spružnení trhu práce (najmä pre rodiny s maloletými deťmi, neúplné rodiny a pod.);
- vo zvýšení minimálnej mzdy;
- v podpore malých a stredných podnikateľov;
- v zmiernení odvodovej zaťažnosti a pod.

Vzhľadom na „life model“ sem patrí aj utváranie, posilňovanie a skvalitňovanie fungujúcej sociálnej siete pre chudobou ohrozené skupiny obyvateľstva (Mátel, Schavel a kol., 2011, s. 404). Uvedené zmeny je možné realizovať len s aktívnou interdisciplinárnou spoluprácou sociálnej politiky, sociálnej práce a ekonómie.

Z hľadiska priamej pomoci sociálnej práce klientom so sociálno-ekonomickými problémami je dôležité aj poradenstvo finančného charakteru. Podľa Schavela (2007) je jeho cieľom:

- pomôcť rodinám, aby sa zbavili dlhov;
- naučiť rodinu hospodáriť, čiže pomoc pri zostavovaní rodinného rozpočtu;
- zamedziť vytváraniu nových dlhov;
- vytvoriť optimálne podmienky pre sociálne väzby členov rodiny;
- zaangažovať všetkých členov rodiny do pripravovaných zmien a postupov.

Do takto chápaného finančného poradenstva môžeme zahrnúť činnosti súvisiace s hospodárením domácnosti – zostavovanie, vedenie osobných a rodinných rozpočtov.

Najviac sledovaným špecifickým javom spomedzi ekonomických problémov rodín je, podľa Drexlerovej (2012), zadlženosť rodín. Autorka je toho názoru, že v prevencii, ktorá by mala byť alfou a omegou celej sociálnej práce, by sme mali orientovať našu pozornosť najmä na:

- podporu finančnej gramotnosti obyvateľstva;

- vybudovanie celoslovenskej sociálnej siete poradní zameraných na prácu so zadlženými rodinami;
- boj so zavádzajúcou a agresívnou reklamou;
- podporovanie dostupnejších „sociálnejších“ úverov;
- zmeny v bytovej politike.

Sociálny poradca okrem toho upozorňuje na riziká rýchlych pôžičiek, ktorými sú narastanie dlhov a eventuálne aj exekúcia. Zložitejšie formy finančného poradenstva môže sprostredkovať v občiansko-právnej poradni alebo u odborníkov na finančné poradenstvo, ktorí budú náležite prihliadať na sociálny status klientov (Mátel, Schavel a kol., 2011, s. 423). Systémovou konsekvenciou tohto prístupu by mohlo byť zriadenie funkčnej siete občianskych poradní, nakoľko „na Slovensku doposiaľ nemáme vybudovaný poradenský systém, sprostredkujúci komplexné riešenie akútnych sociálnych problémov obyvateľov. Chýbajú nám poradenské služby pre široký okruh obyvateľstva s cieľom viesť občana k poznávaniu a uplatňovaniu svojich práv a povinností, tak ľudských, ako i občianskych potrieb a možností ich inštitucionálneho uplatnenia“ (Schavel, 2014).

Sociálno-ekologické perspektívy, ako dôležité teoretické koncepty súčasnej sociálnej práce, upriamujú pozornosť na systémové riešenia sociálnych problémov. Vzhľadom na prevenciu a intervenciu sociálno-ekonomických problémov, najmä chudobu, nezamestnanosť a bezdomovectvo, je tento prístup nanajvyš aktuálny.

1.4.4 Antiopresívne prístupy v sociálnej práci

Antiopresívne prístupy patria od 80. rokov 20. storočia medzi dôležité teoretické koncepty sociálnej práce vo svete. V postkomunistických krajinách východnej Európy sa však udomácňujú pomerne pomaly a do istej miery je zachovávaný od nich odstup, nakoľko v niektorých filozofických konceptoch čerpajú aj z marxistických teórií a sociálni pracovníci ich zvyčajne poznajú v úzkej konexii so špecifickými témami, akými sú gender, feminizmus, rasizmus, ageizmus a pod. V tejto podkapitole predstavíme niektoré vybrané koncepty antiopresívnych prístupov, ktoré môžu byť súčasťou oveľa širšej škály klientov sociálnej práce,

ba dokonca integrálnou zložkou všetkých činností sociálnych pracovníkov. Vzhľadom na teoretikov budeme vychádzať najmä z diela brazílskeho sociálneho pedagóga Paula Freira.

Z etymologického hľadiska výraz OPRESIA pochádza z latinského *oppressio*, kde označuje potláčanie, potlačenie alebo útlak (odtiaľ aj angličtina užíva výraz *oppressed* na ľudí, ktorí sú utláčaní). V sociologickom význame označuje *opresia* sociálne konanie, ktoré utvára prísne reštrikcie pre niektorých jednotlivcov, skupiny alebo inštitúcie. Vláda alebo politická organizácia môže formálne alebo skrytým spôsobom vytvoriť reštrikcie vzhľadom na istých členov spoločnosti, ktorí budú zneužívaní alebo znevýhodnení vzhľadom na ostatných členov spoločnosti s vyššou mocou (por. Barker, 2003, s. 306-307). Títo bývajú ďalej „patologizovaní“ (Howe, 2009, s. 145).

V sociologickom slovníku je uvedená jednoduchá definícia DISKRIMINÁCIE ako nespravodlivého zaobchádzania s ľuďmi na základe argumentov bez racionálneho základu (In Boudon et al., 2004, s. 37). V Barkerovom slovníku sociálnej práce (2003, s. 123) je diskriminácia definovaná ako negatívne posudzovanie a zaobchádzanie s ľuďmi, založené na identifikovateľných charakteristikách, akými sú rasa, rod, náboženstvo alebo etnická príslušnosť. Howe (2009, s. 147) pripomína, že diskriminácia môže byť v spoločnosti implicitne, skryto prítomná a inštitucionalizovaná.

1.4.4.1 Antidiskriminačné a antiopresívne prístupy

Na konci 80. a v priebehu 90. rokov 20. storočia sa v sociálnej práci začali presadzovať prístupy, ktoré bývajú označované ako *antidiskriminačné* a *antiopresívne*. Nárast záujmu o ne súvisel s potrebou niektorých západných krajín čeliť problémom, ktoré súviseli s pobytom „gastarbeiterov“ alebo utečencov z Východného Nemecka, s kriminalitou a nepokojmi černošského obyvateľstva vo Veľkej Británii alebo USA (Navrátil, 2001; Payne, 2005). Smrek (In Brnula, 2015) v nadväznosti na autorov Darlypleho a Burkeho (2006) uvádza, že antidiskriminačné a antiopresívne prístupy sa síce dopĺňajú, avšak nie je vhodné ich zamieňať, keďže antidiskriminačné

prístupy pracujú primárne s legislatívou, ktorá je hlavným nástrojom čelenia diskriminácie určitých skupín obyvateľstva.

Na Slovensku tvorí ústredný legislatívny rámec ochrany proti diskriminácii, okrem Ústavy Slovenskej republiky, aj tzv. antidiskriminačný zákon č. 365/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Požiadavka rovnakého zaobchádzania je postupne integrovaná do všetkých oblastí profesionálnej činnosti a subsumovaná do zákonodarstva (napr. pri poskytovaní sociálnych služieb, por. § 5 zákona č. 448/2008 Z. z.). Požiadavka rovnakého zaobchádzania a antidiskriminácie je integrálnou súčasťou takmer všetkých etických kódexov, vrátane nového Etického kódexu sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v SR (2015, pozri príloha č. 3):

Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce prispieva k odstráneniu prejavov a príčin sociálnej nespravodlivosti, diskriminácie, útlaku a bariér podporujúcich sociálne vylúčenie. Angažuje sa o dosiahnutie sociálnej zmeny, sociálneho rozvoja a sociálnej inklúzie, zvlášť v prospech zraniteľných a utláčaných jednotlivcov a skupín ľudí (č. 1.1.1c)

Služby sociálnej práce sú poskytnuté každému žiadateľovi bez ohľadu na pôvod, farbu pleti, rasu, etnickú príslušnosť, národnosť, jazyk, vek, pohlavie, rod, sexuálnu orientáciu, zdravotný stav, vierovyznanie, politické presvedčenie, manželský a rodinný stav, sociálno-ekonomický status a bez ohľadu na to, ako sa podieľa na živote celej spoločnosti (č. 1.1.2)

V zamestnávateľských organizáciách aktívne spolupôsobí pri vytváraní takých pracovných podmienok, ktoré umožnia predchádzanie a odstránenie všetkých foriem diskriminácie a násillia na pracovisku (č. 2.3.2)

Medzinárodný etický kódex (IFSW/IASSW, 2004) a v nadväznosti naň aj slovenský etický kódex zaradil antidiskrimináciu do oblasti sociálnej spravodlivosti, čo vychádza z potreby čeliť všetkým formám diskriminácie nielen na osobnej úrovni, ale aby bola súčasťou života celej spoločnosti. To však neznamená, že nie je potrebné zdôrazniť aj rovnaké zaobchádzanie sociálnych pracovníčok a pracovníkov v sociálnej práci s jednotlivcami, rodinou, skupinou alebo komunitou. Proces smerujúci k eliminácii a odstráneniu diskriminačného posudzovania a zaobchádzania sa nazýva ANTIDISKRIMINÁCIA, resp. čoraz

častejšie sa používa výraz *rovnaké zaobchádzanie* alebo *rovnosť príležitostí*.

Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce usiluje sa usiluje zaistiť všetkým ľuďom prístup k potrebným informáciám, službám a zdrojom, rovnosť príležitostí a účasť na procese rozhodovania (č. 1.1.1b).

Bhatii-Sinclair (2011, In Brnula 2015) považuje za prínos antidiskriminačného prístupu informovanie sociálnych pracovníkov a pracovníčok o ich etických a právnych povinnostiach, vytvorenie priestoru pre propagáciu princípov rovnosti a sociálnej spravodlivosti, umožnenie formovania osobného presvedčenia postaveného na etnickom, kultúrnom a náboženskom základe a poskytnutie skúmania chápania rasizmu, jeho prejavoch a spôsobe šírenia.

ANTIOPRESÍVNY PRÍSTUP (skr. AOP) reaguje na systémové znevýhodňovanie jednotlivcov alebo skupín prostredníctvom analýzy zdrojov, foriem útlaku a intervenciou, ktorou sa usiluje o zmenu ich situácie a statusu. Opiera sa pritom o koncept ľudských práv a sociálnej spravodlivosti.

Medzi tradičné polia AOP patria:

- opresia mužov voči ženám (*genderový prístup, feministické perspektívy*);
- opresia jednej rasy voči druhej (*antirasistický prístup*);
- opresia jedného etnika voči druhému (*etnicky senzitívny prístup*);
- opresia jednej kultúry voči druhej (*kultúrne senzitívny prístup*);
- opresia medzi generáciami (napr. *ageizmus*),
- opresia intaktných ľudí voči zdravotne postihnutým a pod.

Úlohou antiopresívnych prístupov v súčasnej sociálnej práci je identifikovať akékoľvek formy opresie a diskriminácie, ktoré sa vyskytujú v živote občanov a sociálnych klientov. Z hľadiska cieľových skupín sem môžu patriť napríklad obe domáceho násillia, obchodovania s ľuďmi, chudobní, ľudia bez domova, osoby so špeciálnymi potrebami a pod. Nepochybne medzi ne budú patriť aj osoby, na ktoré doliehajú nové sociálne riziká, a ktoré sú potenciálnymi klientmi sociálnej práce. Sociálne riziká predstavujú

udalosti, ktoré výrazne znižujú schopnosť jednotlivcov zaistiť si vlastnými silami svoju sociálnu nezávislosť. Pokiaľ človek nie je proti týmto udalostiam zaistený, žije v trvalej neistote, nemá moc zvládať prítomnosť, ani pozitívne anticipovať budúcnosť (Castel, 2003, In Keller, 2009). Podľa Kellera (2010) sa o *nových* sociálnych rizikách hovorí stále častejšie od 80. rokov 20. storočia. Patria sem napríklad:

➤ *Nová pracujúca chudoba* – situácie, keď má síce človek prácu, ale jej charakter a odmena za ňu mu neumožňuje vymaniť sa z chudoby, a dokonca mu ani neumožňuje hradiť náklady na bývanie bez príslušných sociálnych dávok (Keller, 2010, s. 146); napr. v USA bolo v roku 1999 medzi chudobnými asi 42 % chudobných pracujúcich, ktorí aj napriek tomu, že pracovali, žili naďalej v chudobe (Payne, 2010, s. 10).

➤ *Hrozba zostarnutia v chudobe*, napriek tomu, že človek pracoval celý život a riadne odvádza dane a poisťné (Keller, 2010, s. 146). Zaistenie v starobe sa stalo najkritickejším miestom systému solidárneho sociálneho poistenia. Ide o dopady rastúceho veku populácie, úbytku detí v rodine, nárastu počtu neúplných domácností, ale aj vzrastajúcej nezamestnanosti (Keller, 2009, s. 68).

➤ S predošlým súvisí aj *vznik malých nukleárnych rodín*, s ktorými vzrástlo riziko zaistenia nielen v starobe, ale aj v chorobe. Rodina už neplní opatrovateľskú úlohu pre viac generácií, ako to bolo v prípade rozvetvenej a viacgeneračnej rodiny. Enormný nárast ceny liekov a zdravotnej starostlivosti vytvára tlak na zvyšovanie spoluúčasti pacientov, čo je nemožné pre občanov s nízkym príjmom, dôsledkom čoho hrozí prechod na tzv. „dvojtriednu medicínu“ (Keller, 2009, s. 62, 68).

➤ *Hrozba, že človek nezíska kvalifikované (alebo žiadne) zamestnanie* napriek tomu, že investoval svoj čas, úsilie a financie do vzdelávania (Keller, 2010, s. 146). Táto hrozba sa začína dotýkať aj vysokoškolsky vzdelaných ľudí.

1.4.4.2 Paulo Freire a pedagogika oslobodenia

Jedným z najznámejších teoretikov AOP bol brazílsky sociálny pedagóg Paulo FREIRE (1921 – 1997) so svojou *pedagogikou oslobodenia*. Jeho vlastná osobná skúsenosť chudoby, ako aj práca

s chudobnými obyvateľmi brazílskych miest, ho viedla nielen k aktívnym činnostiam na odstránenie biedy (napr. alfabetizačnými programami), ale aj k mobilizácii utláčaných smerom k politickým aktivitám a utváraniu nových teoretických konceptov. Za svoju činnosť bol uväznený a vyhostený z krajiny. Vo väzení začal pracovať na diele *Education as the Practice of Freedom* čiže Vzdelávanie ako prax slobody. Svoje najznámejšie dielo *Pedagogy of the Oppressed* (Pedagogika utláčaných, 1970) napísal v USA – počas šesťročného núteného exilu – kde bol konfrontovaný s rasovou segregáciou černošského obyvateľstva. Teoretické koncepty pritom čerpal z Marxovej kritickej teórie. Vzdelávanie v nej charakterizuje ako cestu permanentného oslobodzovania, ktoré prebieha v dvoch fázach.

V prvej fáze sociálny pedagóg alebo sociálny pracovník prebúda v utláčaných ľuďoch uvedomenie si svojho utláčania a prostredníctvom praxe sa usiluje o zmenu. Ústredným pojmom, ktorý sa stal osou jeho diela, je kritické *conscientizaçã*, čo je portugalský výraz pre *uvedomenie*. Týmto termínom vyjadruje proces učenia sa uvedomovaniu si sociálnych, politických a ekonomických rozporov a prevzatiu aktívnej zodpovednosti voči opresívnym prvkom v spoločenskej realite (Freire, 1996, s. 17). Jednoduchý človek bol podľa neho vždy utláčaný a obmedzovaný vládnuou triedou. V istej naivite tento stav považoval za „normálny“ a nemenný. Žil v tzv. „kultúre mlčania“, kde bol pripravený o svoje práva (Shaul In Freire, 1996, s. 12). Pritom bol len v pozícii diváka, ktorého riadi sila spoločenských mýtov. V tomto stave je potrebné prebudiť v ňom ono kritické *conscientizaçã*. V aplikácii na sociálnu prácu je preto pre sociálneho pracovníka dôležité, aby vedome a aktívne oboznamoval klientov s legitímnymi právami, ktoré im zaručuje medzinárodná komunita (OSN, EÚ) a národná legislatíva. Napríklad pri sociálnej práci s ľuďmi bez domova môže byť z hľadiska AOP dôležité oboznamovať klientov s právom na bývanie – ako im ho zaručuje Všeobecná deklarácia ľudských práv (OSN, 1948, č. 25), Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (OSN, 1966, č. 11), Európska sociálna charta (RE, 1999, č. 31) a Charta základných práv

Európskej únie (EÚ, 2010, č. 34). Ak je medzinárodným právom deklarované právo na bývanie, pre štát sa stáva povinnosťou zabezpečiť ho svojim občanom, ak sa ho títo dobrovoľne, slobodne a vedome nevzdali. Predpokladom informovania je, že samotný sociálny pracovník pozná tieto práva a komunikuje s klientmi spôsobom a jazykom im primeraným. V procese dialógu môžu ľudia bez domova nielen spoznať a uvedomiť si svoje práva, ale aj mobilizovať svoj potenciál smerom k aktívnemu zasadzovaniu sa za ne aj v spoločnosti, ktorá pre túto cieľovú skupinu nie je príliš senzitívna. Špecifickými príkladmi z dobrej praxe pri posilňovaní kultúrnej identity ľudí bez domova sú u nás, napríklad, aktivity, ako je „divadlo bez domova“, či „homeless ples“ organizovaný občianskym združením Proti prúdu v Bratislave. Prostredníctvom nich je možné dosiahnuť cieľ, ktorý Freire vyjadril slovami uvedomelých edukovaných ľudí: „Boli sme slepí, ale teraz sú naše oči otvorené. Teraz si uvedomujem, že som osoba, a to vzdelaná osoba!“ (Shaul In Freire, 1996, s. 15).

V 2. fáze ide o proces permanentnej kultúrnej akcie. Cestu z útlaku vidí Freire v **zmocňovaní** ľudí, aby boli schopní prijať vlastnú sociálnu a politickú zodpovednosť. Kľúčovou úlohou je preto vyučovať ľudí demokratickému a kritickému mysleniu. Programy, ktoré explicitne neodmietajú sexizmus, rasizmus, vykorisťovanie zamestnancov a iné formy opresie, vlastne udržiavajú nespravodlivé spoločenské pomery. Svojím obsahom bránia rastu vedomia a zabraňujú uskutočňovaniu kreatívnych a oslobodzujúcich politických akcií. V pokračovaní vyššie uvedeného príkladu z cieľovej skupiny ľudí bez domova, prejavom ich aktívneho angažovania sa, môže byť dialóg s predstaviteľmi samosprávy na lokálnej úrovni a štátne správy na národnej úrovni. V tomto dialógu by už mohli občania bez domova vystupovať ako občania, ktorí nemajú dostatočne naplnené právo na bývanie, a ktorí sa neuspokoja s dočasným riešením otázky bývania formou zariadenia sociálnych služieb, nocľahárne, útulkov či zariadenia núdzového bývania. Motivovaní a povzbudzovaní sociálnym pracovníkom by mohli v týchto aktivitách postupovať spoločne, resp. organizovanou

formou cez mimovládnu organizáciu, ktorú si sami založia. Slovom Freira, citujúc zmocnené osoby: „Ja konám a konajúc mením svet!“

Pedagogike oslobodenia ide o prebudenie kritického vedomia, ako aj oslobodzujúcej praxe. Jej proces je dialogický a potvrdzuje obojstrannú a rovnoprávnú rolu učiteľov a žiakov, teda aj sociálnych pracovníkov a klientov. **Dialóg** je pritom nehierarchický vzťah medzi ľuďmi, ktorý podporuje komunikáciu. V AOP je existenciálnou nutnosťou a podľa Freire (1996, s. 70) nemôže jestvovať bez hlbkej lásky k svetu, iným ľuďom, bez pokory, bez intenzívnej viery v ľudstvo, dôvery v to, že ľudia sú schopní urobiť zásadné zmeny, bez nádeje a kritického myslenia. Paternalistický vzťah učiteľ – žiak a „naratívny charakter vzdelávania“ považuje Freire za prekonaný. Jeho výstižné prirovnanie je z bankovníctva a obrazom je vkladanie niečoho (v tomto prípade poznatkov) do depozitu, pričom študenti sú depozitári a učitelia vkladatelia. Takýto bankovnícky koncept vo vzdelávaní je obrazom spoločnosti ako celku (por. Freire, 1996, s. 53-54) a adaptovať sa dá aj na vzťah sociálneho pracovníka a klienta:

- sociálny pracovník učí a klienti sú vyučovaní;
- sociálny pracovník vie všetko a klienti nič nevedia;
- sociálny pracovník rozmýšľa a klienti prijímajú jeho myšlienky;
- sociálny pracovník rozpráva a klienti pokorne počúvajú;
- sociálny pracovník udržiava poriadok (disciplínu) a klienti sú kontrolovaní;
- sociálny pracovník vyberá a presadzuje svoj výber a klienti mu vyhovejú;
- sociálny pracovník koná a klienti majú ilúziu konania vďaka konaniu sociálneho pracovníka;
- sociálny pracovník vyberá programový obsah a klienti, bez toho, že by mohli o tom konzultovať, ho prijímajú;
- sociálny pracovník má spojenú autoritu poznania s vlastnou profesionálnou autoritou, čo stojí v protiklade so slobodou klientov;
- sociálny pracovník je subjektom procesu sociálnej pomoci, ale klienti sú skôr objektmi.

Naproti tomu, v dialogickom vzdelávaní učiteľ (sociálny pracovník) konštruje poznanie so svojím klientom, ale neodovzdáva mu hotové poznatky. Má opustiť nadradenú expertnú pozíciu a skôr sa stať komunikujúcim partnerom. Dialogická sociálna práca má vychádzať z každodennej skúsenosti klienta. V dialógu sa majú rozvíjať také témy, ktoré klient dôverne pozná zo svojho života. Nejde o akademické „dišputy“ vzdialené potrebám skutočného života. Napr. nemá zmysel hovoriť o stigmatizácii, ale klienta sa môžeme opýtať, čo cítil, ak ho neprijali do zamestnania, pretože je Róm.

Úlohou sociálneho pracovníka z hľadiska AOP je pomôcť klientom, aby mohli byť sociálnymi aktérmi, ktorí jednáajú v slobodnej zodpovednosti za seba aj ostatných. Sloboda a zodpovednosť sú podľa Freire sociálnymi hodnotami a majú triedny charakter. Proces sociálnej práce má klientom pomôcť oslobodiť sa od nadvlády vládnuccich tried, aby mohli nadobudnúť väčšiu moc nad vlastnými životmi. Moc však nemá byť odovzdávaná (učiteľom, sociálnym pracovníkom), ale utváraná v rámci praxe. Keď sociálni pracovníci „pracujú v partnerstve a podporujú utláčaných ľudí, títo získavajú viacej moci, ktorá im umožňuje, aby ich hlasy boli vypočuté“ (Dalrymple – Burke, 1995 In Howe, 2009, s. 147).

1.4.4.3 Vybrané princípy AOP v sociálnej práci

Thompson (1992, In Navrátil, 2001a) tvrdí, že je výslovne nebezpečné, ak si sociálny pracovník neuvedomuje štrukturálnu diskrimináciu alebo opresiu, ktorej je klient vystavený. Okrem Freirovho dôrazu uvedomenia, permanentnej kultúrnej akcie a dialógu, za dôležité princípy v antiopresívnych prístupoch v súčasnej sociálnej práci môžeme považovať nasledovné (por. Navrátil, 2001b, Payne, 2005):

❖ *Dôraz na posudzovanie (assessment), s citlivosťou na diskrimináciu a opresiu* – sociálny pracovník zbiera informácie o potrebách klienta v partnerskom procese, s ohľadom na možnosť pôsobenia diskriminujúcich a opresívnych faktorov. Sociálny pracovník musí citlivo brať do úvahy také faktory, ako sú schopnosti, vek, pôvod, rod alebo pohlavie, kultúra, národnosť, jazyk, etnická príslušnosť, rodinný stav, sociálno-ekonomické postavenie, politické

názory, farba pleti, rasové alebo iné fyzické charakteristiky, sexuálna orientácia alebo duchovné presvedčenie, mentálne alebo fyzické hendikepy a spôsob podieľania sa na živote celej spoločnosti.

❖ *Dôraz na posilňovanie a zmocňovanie (empowerment)* – pomáha klientom osvojiť si také zručnosti, ktoré im pomôžu zvládnuť podmienky, v ktorých žijú. Klient je sprevádzaný k tomu, aby rozlišoval podmienky, ktoré môže aktívne zmeniť sám, od tých, ktorým sa má prispôbiť. V rámci AOP je klient zmocňovaný používať legitímne prostriedky voči diskriminácii, opresii a zmenám štrukturálnych nerovností. Podľa Teaterovej (2010, s. 11) je antiopresívna prax posilňujúca v samotnej svojej povahe. Jej konečným výsledkom má byť to, že klienti sú zmocnení a uschopnení bojovať proti opresii, sprístupňovať potrebné zdroje a príležitosti a prekonávať prekážky pre naplnenie svojich potrieb.

❖ *Kultúrny pluralizmus* – každá (etnická, kultúrna) skupina vo väčšej či menšej miere zachováva kultúrne charakteristiky. Tie by mali byť pozitívne oceňované a posilňované. Tento prístup vedie k politike *multikulturalizmu*, ktorá podporuje šírenie poznania rôznych kultúr.

Antiopresívny prístup môže prenikať cez rozličné aspekty praxe sociálnej práce, medzi ktoré patria vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom, vzťah medzi zamestnávateľom a zamestnancom, étos v inštitúciách sociálnych služieb, ako aj odstraňovanie nerovností, znevýhodnení vo všetkých sociálnych kontextoch (por. Dominelli, 2002; Burke, Harrison, 2009; Teater, 2010). Antiopresívne prístupy v sociálnej práci sú založené na osobitých teoretických konceptoch, ale zároveň majú aspiráciu stať sa – aspoň do istej miery – súčasťou všetkých foriem sociálnej práce. Nakoľko vychádzajú z princípov dodržiavania ľudských práv a sociálnej spravodlivosti, vedú sociálnych pracovníkov k dôslednému rešpektovaniu rovnosti príležitostí, ku kultúrnej, etnickej, genderovej citlivosti a antidiskriminačnému prístupu.

2 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE S RODINOU

Všeobecný prístup prezentuje sociálnu prácu s rodinou ako prácu s rizikovými rodinami. Sociálna práca s rodinou je ako profesionálna prax vystavaná na princípe, že rodičia, deti a rodina ako celok si zaslúžia pomoc, aby sa zabránilo prípadnej závažnej korekcii. Všetky rodiny potrebujú podporu rovesníkov (motiváciu identifikačných vzorov), susedov, komunity a úradov. Sociálny pracovník pracuje s rodinou v presvedčení, že to, čo ovplyvňuje jedného člena rodiny, prenáša sa aj na ostatných členov rodiny. A preto je rodina klientom sociálnej práce ako celok. Iniciátorom práce s rodinou môže byť člen rodiny, sused, pracovník štátneho orgánu – pracovník SPODaSK, kolízny opatrovník alebo pracovník mimovládnej organizácie – akreditovaného subjektu. Vykonávateľom intervencie môže byť štátna inštitúcia poskytujúca poradenské, sociálne, pedagogické služby alebo súkromne pracujúci profesionál, ktorý spĺňa podmienky udelenej akreditácie zákonných noriem. Rodina má vždy možnosť intervenciu odmietnuť. Sociálna práca s rodinou sa uskutočňuje v celej škále možných intervencií, od preventívnych aktivít až po rodinné skupinové konferencie. Rodina je príjemcom rôznych sociálnych služieb.

Nasledujúce **princípy práce sociálneho pracovníka s rodinou** sú určené pre sociálneho pracovníka, aby vedel doceniť dôležitosť silných stránok rodiny a správne sa rozhodovať pri práci s rodinou. Tieto princípy môžeme považovať za strategický základ sociálnej práce s rodinou (Collins, Jordan, Coleman, 2010 In Hardy a kol. 2012, s. 213-214):

Princíp I: Najlepšie miesto pomoci pre rodiny je ich vlastný domov. Domov je pre rodinu prirodzené prostredie. Pomocou pozorovania domácich vzorov, rodinných interakcií a správania môže rodinný sociálny pracovník najlepšie vypracovať komplexné hodnotenie rodiny. Intervencia založená na presnom poznaní rodiny v jej sociálnom kontexte poskytuje optimálne príležitosti na úspešné riešenie problémov rodiny. Každodenné interakcie v rodine môžu vyžadovať prítomnosť sociálneho pracovníka veľa hodín za týždeň. Ak sociálny pracovník pracuje priamo v rodine, môže poskytnúť

bezprostrednú spätnú väzbu a zásah, naučiť členov rodiny nové spôsoby správania sa a riešenia problémov.

Princíp II: Sociálna práca s rodinou napomáha rodinám vyriešiť si vlastné problémy. Prvoradý cieľ sociálnej práce s rodinou je pomáhať členom rodiny, aby sa stali zodpovednými ako rodičia, ako partneri alebo ako fungujúci členovia spoločnosti. Pripravené riešenia odporúčané sociálnym pracovníkom môžu zmierniť aktuálne napätie v rodine, ale takáto pomoc často nedokáže naučiť rodinu, aby sa dokázala vyrovnáť s podobnými problémami v budúcnosti. Rodiny sa premieňajú učením a následným praktizovaním nových zručností. Sociálny pracovník si musí uvedomovať, že dôležitým cieľom sociálnej práce s rodinou je podporovať spoluprácu rodiny na dosiahnutí zmeny, ktorá posilní jej sebadôveru a nezávislosť. Rodiny sa líšia v schopnosti fungovať pod záťažou. Niektoré rodiny majú efektívne zručnosti zvládania a riešenia problémov, ale vyžadujú osobitnú podporu počas stresového obdobia. Iné rodiny vyžadujú neustále sa opakujúcu asistenciu a pomoc, často aj niekoľkých organizácií a úradov. Je dôležité pamätať si, že všetky rodiny majú výnimočné silné stránky či nedostatky a žiadnej rodine nechýbajú schopnosti alebo potenciál. Správne posúdenie špecifických schopností rodiny by malo predchádzať plánu intervencie.

Princíp III: Intervencia by mala byť jedinečná a založená na posúdení sociálnych, psychologických, kultúrnych, vzdelávacích, ekonomických a fyziologických charakteristík konkrétnej rodiny. Sociálna práca s rodinou začína tam, kde sa nachádza rodina. Tento princíp je pravdou bez ohľadu na to, či je to prvý alebo dvadsiaty rozhovor sociálneho pracovníka s rodinou. Silné stránky a problémy rodiny musia byť priebežne posudzované a potom vyhodnotené, aby sa zaistila vhodná a načasovaná intervencia. Čo je účinné pre jednu rodinu, nemusí fungovať pre inú rodinu s podobnými problémami. Intervencie zakladajúce sa na základe stanovených vzorcov nedovoľujú korekcie podľa osobitných potrieb konkrétnej rodiny. Jednou z výhod sociálnej práce s rodinou je jej schopnosť realizovať intervencie odrážajúce jedinečné vlastnosti konkrétnej rodiny.

Princíp IV: Rodinný sociálny pracovník musí najskôr reagovať na okamžité potreby rodiny a potom na dlhodobé ciele. Hladné deti potrebujú jedlo; deti bezdomovcov potrebujú prístrešie; choré deti potrebujú zdravotnícku starostlivosť. Deti nemôžu rásť a rozvíjať sa na budúcich sľuboch, zatiaľ čo ich rodičia sa učia remeslu, alebo hľadajú prácu. Sociálny pracovník musí posúdiť okamžité potreby rodiny a zaistiť, aby boli tieto potreby naplnené. V rovnakom čase môže pomáhať rodičom vytvoriť plány pre budúcnosť. Tie zabezpečia, aby boli potreby detí naplnené v dlhodobom horizonte. Sociálny pracovník najskôr zabezpečí, aby mali všetci členovia rodiny naplnené fyziologické potreby a potrebu bezpečia, a potom pracuje na napĺňaní ostatných potrieb rodiny.

Účinná sociálna práca s rodinou je závislá na aplikovaní súboru základných presvedčení, predpokladov a na pozitívnom ocenení rodiny. Tieto presvedčenia pomáhajú sociálnemu pracovníkovi rozvíjať kompetencie a intervencie navrhnuté tak, aby podporovali spolupracujúci vzťah s rodinou. Prostredníctvom takejto tímovej práce môže sociálny pracovník pomôcť rodinám využiť ich vlastné silné stránky a schopnosti.

2.1 Posudzovanie funkčnosti rodiny

V súčasnosti sa rodina vníma cez holistický systém ako bio-psycho-spirituálno-kultúrno-sociálny systém (por. WHO, Mátel, Schavel 2011, s. 98). Rodina je spojovacím článkom medzi dieťaťom a spoločnosťou, v ktorej sa zo všetkých spoločenských skupín najintenzívnejšie realizuje symbióza telesného, duševného a spoločenského vývoja. Rodina je základnou sociálnou skupinou, kde sa dieťa dostáva do sociálnych vzťahov a v rámci ktorej sa stáva sociálnou bytosťou. Rodina vytvára sociálny základ – kapitál. V rámci rodiny sa učíme vzájomnej dôvere, vytvárame si spoľahlivé vzťahy, sme jeden k druhému otvorení a súčasne sa učíme vzájomnej tolerancii (Pavelová, 2006).

V sociálnej práci s rodinou je nutné využívať interdisciplinárny prístup – odbornú pomoc viacerých odborníkov pri posudzovaní funkčnosti rodiny. Sociálny pracovník je koordinátor, zostavovateľ tímu. Posudzuje uspokojovanie holistických potrieb dieťaťa, skúma

podmienky pre naplňovanie a saturovanie potrieb v sociálnom prostredí dieťaťa.

Všeobecne stúpajúci záujem o problematiku rodiny prináša netypickú identifikáciu základných funkcií rodiny, medzi ktorými sú uvádzané najmä (Ooms, 1996; Scanzoni, 1995; Patterson, 2002 In Sobotková, 2007):

- príslušnosť k rodine v zmysle rodinného členstva,
- ekonomický prínos a podpora vyplývajúca zo skutočnosti nižších životných nákladov a možnosti sa o ne podeliť v rámci rodinného životného štýlu,
- zdroje výchovy a socializácia,
- ochrana ohrozovaných a zraniteľných členov rodiny.

Pod rodinnou dysfunkciou rozumieme akýkoľvek stav (situáciu), ktorý zasahuje do zdravého fungovania rodiny. Väčšina rodín prechádza obdobiami, kedy je správne fungovanie rodiny narušené stresujúcimi okolnosťami (úmrtie v rodine, vážna choroba rodiča, a pod.). Funkčné rodiny majú tendenciu vrátiť sa k normálnemu fungovaniu po uplynutí krízy. V dysfunkčných rodinách majú problémy chronický charakter a základné potreby detí nie sú dôsledne uspokojované. Negatívne vzorce správania rodičov majú sklon byť dominantné v živote detí.

Na posúdenie funkčnosti rodiny vypracoval Dunovský (1968) dotazník, ktorý sa riadi 8-mymi kritériami: 1. zloženie rodiny, 2. stabilita rodiny, 3. sociálno-ekonomická situácia vychádzajúca z veku, rodinného stavu, vzdelania, zamestnania rodičov, 4. bývanie a príjem rodiny, 5. osobnosť rodičov, ich psychický a celkový zdravotný stav, 6. úroveň spoločenskej adaptácie, 7. osobnosť súrodencov, osobnosť dieťaťa, 8. záujem o dieťa, starostlivosť o dieťa. Dotazník umožňuje porovnávanie rodinnej situácie v rôznych životných etapách.¹⁵

Nižšie uvedená klasifikácia rodín je skonštruovaná pre potreby sociálnych pracovníkov a opiera sa o znaky fungovania rodiny. Typy rodiny sú vyvedené od dominantnej charakteristiky rodičov, ktorí svojim vplyvom pôsobia na fungovanie celej rodiny. Typológia rodín

¹⁵ V prílohe č. 1 uvádzame štruktúru dotazníka funkčnosti rodiny.

bola navrhnutá na základe výskumu súboru 888 rodín v USA. Navrhnuté delenie predstavuje kontinuitu s postupne znižujúcimi sa schopnosťami rodiny zvládať ťažkosti a zároveň s rastúcimi nárokmi na pomáhajúceho pracovníka (Voilandová, Buell, 1980 In Matoušek a kol., 2008):

Perfekcionalistické rodiny (represívne, úzkostné, neurotické, utiahnuté rodiny) – v týchto rodinách jeden alebo obidvaja dospelí nadmerne zdôrazňujú vyhovujúce spôsoby správania sa, pričom prekročenie noriem je sprevádzané vysokou úzkosťou. Sú vysoko konformné s väčšinovou kultúrou. Vyžadujú od svojich členov úspech v každej situácii. Ak sa vyskytnú problémy, sú riešené – s výnimkou rozvodu – bez asistencie orgánov starajúcich sa o práva detí, bez polície a súdov. Tieto rodiny sa považujú za relatívne lepšie ovplyvniteľné než nižšie uvedené typy rodín. Členovia rodín sami vyhľadávajú organizácie poskytujúce pomoc a snažia sa spolupracovať s nimi.

Neprimerané rodiny (nezrelé, neadekvátne, detinské, extrémne závislé rodiny) – jeden alebo obaja dospelí v týchto rodinách sa pri riešení problémov, ktoré ostatné rodiny zvládajú samostatne, spoliehajú na vonkajšiu pomoc. Pomoc nachádzajú u príbuzných, v komunite alebo u pracovníkov sociálnych služieb. V týchto rodinách je oslabená schopnosť predvídať, čo sa stane v budúcnosti, niekedy aj schopnosť vyhodnocovať, čo sa deje už teraz. Problémy sú hlavne pri získavaní peňazí, hospodárení s nimi a pri výchove detí. Zvyčajne sa nevyskytujú antisociálne správania. Pri dobrom a dlhodobom sprevádzaní zo strany sociálneho pracovníka bývajú ovplyvniteľné.

Egocentrické rodiny (prestížne, chladné, rozštiepené rodiny) – rodina s jedným dospelým (v tomto prípade častejšie s otcom) alebo s oboma dospelými pohltenými svojou spoločenskou kariérou. Príjmy rodine nechýbajú, ale sú míňané hlavne na prestížne záležitosti. Členovia rodiny majú viac inštrumentálne vzájomné vzťahy, jednotlivci majú hodnotu iba vtedy, ak uspokojujú potreby niekoho iného, alebo navonok rodinu dobre reprezentujú. Manželský nesúlad je častý, vyskytuje sa aj násilie medzi partnermi, ale to je podľa možnosti utajené. Deti niekedy zanedbávajú školskú dochádzku a majú ďalšie predelikventné prejavy, môžu sa

vyskytovať aj psychiatrické problémy. Organizácie poskytujúce pomoc vnímajú členov týchto rodín so silnou ambivalenciou, so sklonom zneužívania pomoci na presadenie vlastných záujmov. Preto je prognóza odborných zásahov neistá.

Asociálne rodiny (impulzívne, agresívne, delikventné až kriminálne rodiny) – vyznačujú sa nedostatkom hodnotového i sociálneho napojenia na bežnú spoločnosť. Uspokojovanie svojich potrieb riešia bez ohľadu na platné právne normy. Vzťahy v rodine sú plytké, nezodpovedné. Zväzok medzi dospelými vznikol zvyčajne z náhleho popudu, narodenie dieťaťa nebýva plánované, rodičia sú niekedy ochotní zriecť sa dieťaťa a dať ho na adopciu. V rodinách sa vyskytuje zanedbávanie a zneužívanie detí; prejavy fyzickej agresivity sú i medzi dospelými. Dospelí nechodia pravidelne do práce. Časté je zneužívanie návykových látok, hlavne alkoholu. Problémy týchto rodín riešia orgány štátu. Prognóza sociálnej práce s rodinou nie je dobrá, odborný zásah by si mal dávať realistické ciele a postupovať po malých krokoch.

Gabura (2006, s. 33) za najčastejšie symptómy dysfunkčnosti rodiny považuje nasledujúce poruchy: nedostatok financií na pokrytie základných fyziologických potrieb, problém bývania z hľadiska naplnenia štandardov kvality života, neschopnosť pracovať s finančným rozpočtom, neschopnosť určiť si priority vo výdavkoch, neplatenie nájomného a služieb, nesplateľné množstvo pôžičiek, neangažovanosť pri hľadaní zamestnania, nízka miera kreativity pri hľadaní možností, ako si zarobiť peniaze, závislosť jedného či viacerých členov rodiny na alkohole alebo drogách, problémy so starostlivosťou o deti a s naplnením rodičovských rolí, chronické záškoláctvo detí, asociálne správanie k okoliu, vandalstvo a kriminalita, zanedbávanie zdravia, problémy s hygienou, život na ulici, žobranie, partnerské problémy, absencia pozitívnych emócií k deťom, rozvodové a porozvodové problémy, gamblerstvo, neliečené psychické poruchy a ochorenia, týranie alebo zneužívanie niektorých členov rodiny, neznalosť právnych a sociálnych zákonov, atď.

Vágnerová (2008) uvádza faktory ovplyvňujúce dysfunkčnosť rodiny zo strany rodičov: neporozumenie potrebám iných ľudí,

nedostatok empatie, prílišná rigidita, neschopnosť akceptovať zmenu, problematické sebahodnotenie, nespokojnosť s rolou, poruchy vzájomného vzťahu, rizikové správanie, nedostatočná sebakontrola, deštruktívnosť, zlá skúsenosť z detstva, fyzické či psychické týranie, jednostranná orientácia na svoje potreby, egoizmus, emočný chlad, necitlivosť prechádzajúca do neetického správania, neschopnosť či neochota prevziať zodpovednosť za seba i za iných, nedôvera sebe a ostatným, minimum komunikácie a záujmu, nejasné komunikačné obsahy, odmietanie komunikácie, rigidné komunikačné stereotypy, jednosmerná či dvojkoľajná komunikácia, neprijatie manželstva ani detí.

Dysfunkčná rodina pôsobí problémovo na deti a spomaľuje či znemožňuje ich zdravý vývin. Riziká pôsobenia dysfunkčnej rodiny na deti môžu byť nasledovné:

- možnosť imitácie problémového správania rodičov v budúcnosti;
- saturácia rodinou neuspokojených potrieb rizikovými cestami či zdrojmi;
- strata dôvery vo svet dospelých a v spoločnosť;
- pocit viny za dysfunkciu rodiny;
- unikanie z rodiny, minimálny kontakt s rodinou, život na ulici;
- uzatvorenie sa do seba;
- problematická hierarchia hodnôt a noriem správania;
- tendencia problémovo fungovať v detských kolektívoch;
- strata motivácie pracovať na sebe.

Cieľom sociálnej práce s dysfunkčnými rodinami je obnovenie funkčnosti rodín, dosiahnutie prospešných zmien v systéme rodín, ktoré sú v určitých oblastiach a určitým spôsobom narušené, ako aj uplatnenie takých opatrení a postupov, ktoré posilnia schopnosť rodín riešiť svoje problémy a schopnosť uchovať si existenciu. S rodinami je potrebné pracovať na základe presvedčenia, že rodina je súčasťou problému, členovia rodiny sú pri poskytnutí odbornej pomoci schopní riešiť svoje problémy sami, že majú na toto riešenie potenciál, ktorý je odkrývaný procesom pomoci.

2.1.1 Prehľad faktorov protektívnych pre rodiny

Sprostredkovaním čo najväčšieho množstva protektívnych faktorov dospelému alebo dieťaťu zabezpečujeme významnú prevenciu dysfunkčnosti rodiny. Ak sú protektívne faktory prítomné v rodinách a komunitách, zvyšujú zdravie a životnú pohodu detí a rodín. Protektívne faktory vytvárajú atribúty, ktoré slúžia ako nárazníky pomáhajúce rodičom, ktorí by inak mohli byť vystavení riziku zneužívania svojich detí, aby nachádzali zdroje, podporu, pomoc alebo stratégie ako zvládať životné problémy počas zložitých stresových období.

Nasledujúce faktory vytvárajú funkčné prostredie pre optimálny rozvoj detí:

1. Resiliencia rodiny – nikto nedokáže odstrániť stres z rodičovstva. Rodinná resiliencia je schopnosť konštruktívne zvládnuť rôzne problémy a začať od znova. Pod protektívnym faktorom resiliencia môžeme rozumieť kreatívne riešenie problémov, budovanie dôveryhodných vzťahov, udržanie pozitívneho postoja k životu a vyhľadanie pomoci, keď je to potrebné.

2. Sociálna sieť – priatelia, rodinní príslušníci, susedia a ostatní členovia komunity poskytujú rodičom emocionálnu podporu a konkrétnu asistenciu. Sociálne siete pomáhajú rodičom budovať siete podpory – pomoci. Tieto siete slúžia na rozličné účely:

- pomáhajú rodičom rozvinúť a posilniť normy komunity zamerané na výchovu detí;
- poskytujú pomoc v čase potreby a krízy;
- slúžia ako zdroj informácií o rodičovstve a zvládaní problémov vo výchove detí.

Keďže izolácia je spoločným rizikovým faktorom zneužívania a zanedbávania detí, rodičia, ktorí sú izolovaní, potrebujú podporu pri budovaní pozitívnych priateľstiev.

3. Konkrétna pomoc v čase krízovej situácie – rodičia potrebujú prístup k rôznym formám konkrétnej pomoci a služieb, ktoré môžu minimalizovať stres v ťažkej situácii, akou je kríza rodiny, napr. stav zneužívania návykových látok v rodine, alebo stres spojený s nedostatkom finančných prostriedkov. Aplikácia tohto protektívneho faktoru znamená pomoc pri zabezpečení základných

potrieb rodiny, akými sú potraviny, oblečenie, prístrešie. Rovnako dôležité je napojiť rodičov a deti na inštitúcie, najmä tie deti a rodiny, ktoré zažili určitú formu hanby (poníženia) spojenú s využívaním týchto služieb, ako sú zariadenia núdzového bývania, krízové strediská, poradenské centrá a iné.

4. Vedomosti o rodičovstve a vývine dieťaťa – dostatok informácií o výchove detí a vhodné očakávania ich správania pomáhajú rodičom lepšie pochopiť a starať sa o svoje deti. Je dôležité, aby informácia bola k dispozícii, keď to rodičia potrebujú, a to je vtedy, keď sa to týka ich života a ich detí. Rodičia, ktorí zažili vo vlastnej rodine surové techniky vo výchove alebo rodičia detí s vývojovými problémami, s problémovým správaním alebo so špeciálnymi potrebami, si vyžadujú osobitnú podporu pri budovaní tohto protektívneho faktora.

5. Sociálne a emočné kompetencie detí – detská schopnosť pozitívnej interakcie s ostatnými, samoregulácia a efektívna komunikácia vlastných pocitov má veľký vplyv na vzťah medzi rodičom a dieťaťom. Deti s náročným správaním alebo poruchami správania sú viac náchylné na zneužitie. Včasná identifikácia symptómov a spolupráca pomáha zachovať ich vývoj na dobrej ceste a udržuje ich v bezpečí. Aj deti, ktoré zažili násilie, alebo boli jeho svedkami, potrebujú bezpečné prostredie, ktoré ponúka príležitosti rozvíjať sa normálne.

Tieto protektívne faktory sú veľmi významné pre všetkých rodičov a opatrovateľov bez ohľadu na vek dieťaťa, pohlavie, etnický pôvod alebo rasové dedičstvo, ekonomické postavenie, špeciálne potreby a aj bez ohľadu na to, či je dieťa vychovávané v jednorodičovskej rodine, v rodine rozvedeného rodiča alebo v náhradnej starostlivosti. Všetky tieto faktory spoločne pracujú na posilnení vzájomných vzťahov, napríklad, rodičia s väčšou pravdepodobnosťou zvládajú problémy v čase krízy, ak majú sociálne kontakty a silnú väzbu k svojim deťom. Protektívne faktory môžu slúžiť ako užitočný koncepčný rámec pre pomáhajúceho pracovníka pracujúceho s deťmi a ich rodinami.

RODINNÁ RESILIENCIA je chápaná ako súbor pozitívnych vzorcov správania, pozitívnych interakcií a funkčných kompetencií,

ktoré jednotliví členovia i rodina ako celok vykazujú za nepriaznivých či záťažových okolností; ovplyvňujú schopnosť rodiny udržať si svoju integritu i pri pôsobení stresu a kríz a umožňujú znova obnoviť harmóniu a rovnováhu v rodine (por. Sobotková, 2007). Podľa Břicháčka (2002, In Sobotková, 2007) je resiliencia rodiny významný protektívny faktor, charakterizovaná ako dynamická rovnováha medzi udržaním funkcií rodiny v záťažových situáciách a kapacitou jednotlivých členov rodiny vzájomne sa podporovať, komunikovať a vyrovnávať sa s problémami.

Werner, Smith (1992) popisujú protektívne faktory v rodine nasledovne:

Je príležitosť mať úzky emocionálny vzťah najmenej k jednej kompetentnej a emocionálne stabilnej osobe tak, aby sa u dieťaťa vytvoril bazálny pocit dôvery a bezpečia. Môže ísť aj o náhradné rodičovské postavy (príbuzní i nepríbuzní). Resilientné deti sa často starajú o mladších súrodencov, chorých, či starých členov rodiny – majú dobre vyvinuté opatrovateľské správanie. Dôležitú úlohu v rodinách resilientných detí zohráva veľmi často duchovná dimenzia, ktorá poskytuje pocit stability a zmysluplnosti aj v časoch ťažkých pre rodinu.

Medzi ďalšie protektívne faktory môžeme zaradiť (Hašto, 2005):

- trvácne dobré vzťahy aspoň s jednou primárnou osobou (napr. matka, otec, stará matka, sestra, učiteľka);
- veľkú rodinu (umožňuje kompenzačné vzťahy a tiež odbremenenie matky, ak jej ostatní pomáhajú);
- atraktívny obraz matky (jedinec si ju pamätá ako láskavú, dobrú, trpezlivú, chápanú);
- dobré náhradné prostredie po strate rodičov;
- priemernú inteligenciu;
- „robustný“ aktívny temperament spojený s radostným nadväzovaním kontaktov;
- sociálne podnecujúce prostredie (škola, mládežnícke spolky, dobrý učiteľ, tréner, cirkevné spolky, kvalitná sociálna sieť);
- spoľahlivú oporu poskytujúcu osobu, osoby v dospelosti;
- neskoršie nadväzovanie „ťažko zrušiteľných väzieb“ (partnerstvá);
- nižšia zaťaženosť rizikovými faktormi (ženy sú celkovo menej zraniteľné ako muži) a iné.

Ak sa v živote jedinca vyskytujú protektívne faktory, znižujú pravdepodobnosť vývinu duševnej alebo psychosomatickej poruchy.

2.1.2 Vplyv rizikových faktorov na záťaž rodiny

Na základe analýzy štúdií (Egle et al. 2002, Hoffmann, 2000, 2004, WHO In Hašto, 2005) sú dokázané nasledujúce rizikové faktory, ktoré majú vplyv na vznik duševnej alebo psychosomatickej poruchy:

- nízky sociálno-ekonomický status rodiny;
- práca matky v prvom roku života dieťaťa;
- slabé vzdelanie rodičov;
- veľké rodiny s malým obytným priestorom;
- kontakty so zariadením „sociálnej kontroly“;
- kriminalita alebo disociálnosť jedného z rodičov;
- chronická disharmónia (vzťahová patológia v rodine);
- psychické poruchy matky alebo otca;
- ťažké zdravotné postihnutie matky alebo otca;
- nechcené dieťa;
- matka je na výchovu dieťaťa sama;
- otec sa správa autoritatívne;
- sexuálne/agresívne zneužívanie/týranie/násilie v rodine;
- strata matky;
- často sa meniace vzťahy v ranom detstve;
- zlé kontakty s vrstovníkmi;
- vekový odstup medzi súrodencami menší ako 18 mesiacov;
- nemanželský pôvod;
- celkové vysoké rizikové skóre (kombinácia viacerých rizikových faktorov);
- genetická dispozícia.

Minarovičová (2015, s. 23) uvádza na základe vlastnej praxe a výskumu sanácie biologických rodín detí z detských domovov nasledujúce dôvody, pre ktoré boli deti vyňaté z biologických rodín a následne umiestnené do detských domovov, pričom viaceré z nich boli zvyčajne kombinované:

- nestarostlivosť a nezáujem rodičov o deti;
- neschopnosť rodičov postarať sa o deti;

- nezamestnanosť rodiča / rodičov a s tým spojené slabé sociálne podmienky;
- závislosť rodiča/ov od alkoholu;
- fyzické a psychické týranie, zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa;
- výchovné problémy s dieťaťom a poruchy správania z dôvodu konfliktov a rozvodu;
- zdravotný stav dieťaťa;
- zdravotný stav rodičov;
- smrť jedného alebo oboch rodičov;
- trestná činnosť rodičov;
- trestná činnosť mladistvého;
- záškoláctvo;
- prostitúcia matky;
- odchod jedného rodiča z rodiny;
- domáce násilie v partnerských vzťahoch.

Do štruktúry rizikových sociálnych faktorov, ktoré významne ovplyvňujú fungovanie rodiny, a tým narúšajú jej stabilitu, patria aj nasledovné, ktorým budeme venovať v publikáciu bližšiu pozornosť:

1. Nezamestnanosť

Nezamestnanosť v rodine spôsobuje neschopnosť uspokojovať materiálne potreby rodiny, teda, rodina neplní ekonomickú funkciu. Intenzívne to pociťujú hlavne rodiny, ktoré pred stratou zamestnania žili vysokým životným štandardom. Neschopnosť uspokojovania potrieb má vplyv na vzťahy medzi manželmi, rovnako ako aj na vzťah medzi rodičmi a deťmi. Nezamestnanosť vyvoláva u nezamestnaných pocit rozhorčenia, nestability, beznádeje a strachu z budúcnosti rodiny. Ľudia po strate práce trávajú viac času doma a dochádza k obmedzeniu spoločenských kontaktov. Nezamestnanosť sa týka všetkých členov rodiny. Členovia rodiny sú vystavení zvýšenej kontrole, vypätým situáciám a hádkam medzi rodičmi. Nezamestnaný člen rodiny sa stráni rodinného života a je neustále podráždený. Ostatní členovia rodiny sa obávajú o jeho psychické zdravie a sami sa cítia byť nervózni. Rodičia nemajú dostatok finančných prostriedkov na výdavky spojené so školskou

dochádzkou detí. Deti sú negatívne posudzované učiteľmi aj spolužiakmi. Situácia rodiny s problémom nezamestnanosti determinuje pocity dieťaťa v školskom prostredí i medzi vrstovníkmi. Dochádza k oslabovaniu kontaktov, pocitu menejcennosti, uvedomovaniu si rozdielnosti postavenia medzi kamarátmi, v krajnom prípade k izolácii. Táto skutočnosť môže vyvolať zhoršenie školských výsledkov, nestabilitu emocionálnej rovnováhy a fyzického zdravia dieťaťa. Na zabezpečenie základných potrieb musí rodina použiť úspory a neskôr sa predáva hodnotné zariadenie. Postupne rodičia prestávajú platiť služby súvisiace s bývaním a zadlžujú sa. Ťažká materiálna situácia je pre rodičov v mnohých rodinách nielen problémom finančným, ale aj morálnym. Po vyčerpaní všetkých úspor, predajú vecí, po obmedzení uspokojovania základných potrieb dospelých členov rodiny sú rodičia nútení pristúpiť k obmedzeniu uspokojovania potrieb detí.

Pre rodinu vytvára nezamestnanosť stres a záťaž, ktoré môžu viesť k vážnej rodinnej kríze, prípadne k rozpadu rodiny. Nezamestnanosť narušuje zabehnutý systém rodinného života. Často sa vyskytuje v sociálnych skupinách, ktoré sú postihnuté aj inými sociálnymi problémami.

2. Závislosť a spoluzávislosť

V súčasnosti sa najmä v dysfunkčných rodinách často stretávame s faktorom závislostí – prevažne od alkoholu a omamných látok, no v poslednom období stúpa počet osôb závislých od automatov, tzv. gambling, počet kultových závislostí, či závislostí od internetu. Príčiny vzniku závislosti sú komplexné. Rozvoj závislosti niektorej osobnosti ovplyvňujú viac psychologické problémy, u inej viac dedičné dispozície, u ďalšej sú to sociálno-kultúrne väzby na alkohol (Kalina, 2003). Porucha vedomia vlastnej hodnoty je dôležitým rizikovým faktorom vo vývoji závislosti. Väčšinou sa spája s chýbajúcim sebedovomím (v styku s ostatnými) a nedostatkom dôvery vo vlastné schopnosti. Tolerancia záťaže pri konfliktoch, pri strachu a napätí je veľmi nízka. Vplyv prostredia a nekritický postoj rodičov k alkoholu tiež výrazne podporujú vývoj závislosti. Mladý človek, ktorý od malička vníma okolo seba (najmä v prostredí svojich najbližších) pravidelnú konzumáciu alkoholu, cigariet, či iných

návykových látok, môže ľahko získať dojem, že ide o bežné, neškodné alebo i spoločensky potrebné, ba až prospešné javy (Gohlert, 2001 In Pavelová, 2006). Vo výskumoch vzťahov závislých a rodičov sa opakovali niektoré spoločné znaky: prehnane ochranárski rodičia, chladné, ľahostajné rodinné prostredie, alkoholizmus, opustenie alebo náhla smrť rodiča, obvykle otca. V rodinnej histórii sa pomerne často objavujú traumatické prvky, samovraždy, psychické ochorenia, násilie, úmrtia, rozvody, chronické partnerské konflikty (Kaufman, 1979).

Závislosť člena rodiny ovplyvňuje jej rozvoj. Nepostihuje len ekonomickú funkciu (zadlženosť, chudoba), ale najmä psychické a sociálne väzby. Veľa rodín, v ktorých sa vyskytujú problémy s užívaním návykových látok, má typické problémy so zdieľaním myšlienok a pocitov. Môžu to byť napríklad problémy s vyjadrovaním pocitov, obavy z vyjadrenia hnevu alebo sklamania, nedostatok kontroly nad hnevom, klamanie za účelom zakrytia neprijateľného správania. Osoba závislá na drogách sa často zúfalo snaží skryť svoju závislosť, alebo chce presvedčiť celú rodinu, že všetko má pod kontrolou. Preto je komunikácia v rodine ovplyvňovaná predovšetkým tým, že sa závislý snaží oklamať alebo, v niektorých prípadoch, podviesť členov rodiny (Rotgers 1999, In Pavelová, 2006). Okruhlica (1998 In Mátel, Schavel et al., 2011) chápe spoluzávislosť ako zaujatosť a vťahnutie do problému príbuzných vo vzťahu k závislému, čo vedie k zmene správania a duševného stavu. V tomto stave dochádza často k neschopnosti racionálne riešiť situácie, ktoré súvisia so závislým rodinným príslušníkom. Spravidla prichádza k poškodeniu duševného zdravia spoluzávislého. Okrem neustáleho zvažovania príčin vzniku závislosti sa spoluzávislí obviňujú z chýb v starostlivosti o rodinného príslušníka, ktorý je závislý. Často prichádza k poruchám nálad, depresii, plaču a k rôznym strachom.

3. Rozvod rodičov

K rozvodu dochádza vtedy, keď jeden z manželov podá žiadosť o rozvod. Toto obdobie je charakteristické nasledujúcimi štádiami:

1. Obdobie ambivalencie a krízy vzťahu – časté hádky, vyhýbanie sa jeden druhému, obmedzovanie intimity, voľný čas rodičia trávia oddelene, ekonomicky nekooperujú v domácnosti, výrazná eskalácia konfliktov.

2. Vlastný rozvod – začína definitívnym rozhodnutím jedného z partnerov. Ide o právny úkon, pri ktorom hrozí konflikt záujmom medzi rodičmi a deťmi; nastupuje kolízny opatrovník. Charakteristické sú intenzívne emócie, prekvapivé obvinenia, zvýšená agresivita voči žene, ktorú muž už nemá potrebu ochraňovať. U partnera, ktorý si rozvod želá menej, môže nastať reakcia úzkosti, depresie.

3. Obdobie po rozvode – niektorí rodičia nie sú schopní kontaktu s ľuďmi opačného pohlavia, iní, napríklad, nadväzujú vzťahy, ktoré majú priniesť okamžitú náhradu za chýbajúceho partnera, bez ohľadu na to, či je schopný dlhodobého súžitia; môžu prísť len nové problémy. Emočný rozvod trvá približne 1–3 roky. Vyrovnanie sa s rozvodom sprevádzajú nasledovné znaky: zoslabnutie výkyvov nálad, nie sú potrebné lieky, alkohol, prejedanie, nadmerné sledovanie televízie, atď. Človek prechádza viacerými štádiami psychickej reakcie na rozvod – beznádejou, zúfalstvom, pocitom bezmocnosti, hnevom, výčitkami, úvahami, pochybnosťami o vlastnej hodnote, apatiou, obmedzením spoločenských kontaktov, novou adaptáciou, keď pripustí rozvod ako nevyhnutný krok a môže byť pripravený nadviazať nový vzťah. Pre svoj zdravý psychický vývoj potrebuje dieťa oboch rodičov.¹⁶

Vplyv rozvodu na dieťa a jeho osobnosť je značný po psychickej, emočnej aj fyzickej stránke. Dávame do pozornosti pravidlá pre rodičov, aby predišli následkom na dieťati spôsobeným ich rozchodom:

- dieťa je oboma rodičmi informované o rozvode a kontakt s oboma rodičmi bude zachovaný (ak to situácia dovoľuje);

¹⁶ V prílohe č. 2 Dvadsať prosieb detí po rozchode rodičov.

- rodičia sa dohodnú na zverení do výchovy a vypracujú spoločnú dohodu (odporúča sa spísať ju písomne, ak majú rodičia „vyhrotené emočné napätie medzi sebou“);
- pravidelný kontakt s dieťaťom prebieha a realizuje sa medzi oboma rodičmi a dieťa sa nevŕahuje do rozvodovej traumy (t.j. neohováram druhého rodiča v prítomnosti dieťaťa, neútočím na neho, i keď nie je prítomný, atď.).

4. Násilie v rodine

Násilie v rodine (domáce násilie) je najčastejšie sa vyskytujúcim sociálno-patologickým javom. Je páchané v párových aj medzigeneračných vzťahoch medzi blízkymi osobami – na ženách, deťoch, mužoch, senioroch a zdravotne postihnutých osobách. Domáce násilie je zneužitie moci „silnejšieho“ voči „slabšiemu“.

Domáce násilie je dlhodobé zneužívanie moci, ktoré sa odohráva v rámci rodinných, či partnerských vzťahov, ale aj po ich rozpade, zvyčajne v rámci spoločného obydlija. Domáce násilie zahŕňa nielen fyzické a sexuálne formy násillia, ale aj psychické poškodzovanie, sociálne a ekonomické strádanie. Poškodenými bývajú akékoľvek osoby, ktoré sa zneužívaniu moci nedokážu svojpomocne a náležite brániť, z hľadiska veku predovšetkým deti a seniori, z hľadiska rodu najmä ženy (Mátel, 2015, s. 39)

V praxi je zneužívateľom najčastejšie muž, až 21,2 % dospelých žien v SR zažíva násilie od svojho partnera, manžela, otca, syna. 3 % mužov zažíva násilie od svojej manželky, matky, dcéry, partnerky. V rodine, kde sa vyskytuje násilie, dochádza až v 50 % ku generačnému prenosu naučeného agresívneho správania (otec bil mamu, ja bijem manželku) (Holubová, 2009). *Domáce násilie* sa môže stať komukoľvek, bez rozdielu rasy, kultúry, veku, schopností, *vzdelania* alebo príjmu. Podľa Bednárovej (2006), za domáce násilie sa spravidla označuje týranie a násilné jednanie, ktoré sa odohráva medzi osobami blízkymi, žijúcimi spolu v spoločnej domácnosti, kedy jedna násilná osoba získava a udržuje moc a kontrolu nad druhou.

Z výskumov, ktoré boli doteraz na Slovensku realizované, vyplýva, že aj v našej krajine je domáce násilie značne rozšírené a môžeme konštatovať, že (Bútorová et al., 2005):

- obeťami domáceho násillia sú väčšinou ženy, deti;
- násillie sa rozširuje z jednej obeť na ostatné;
- domáce násillie najviac ovplyvňuje partnerské vzťahy, aj celú rodinu;
- domáce násillie v partnerskom vzťahu sa rozširuje aj na deti;
- domáce násillie sa objavuje vo všetkých spoločenských skupinách;
- zvyčajne má dlhodobý charakter;
- má rôzne podoby a formy.

Uvádžeme kľúčové znaky domáceho násillia, kedy musia byť splnené všetky štyri znaky, aby bolo jednanie kvalifikované ako domáce násillie (NAP DN, 2011):

- 1) *Opakovanie a dlhodobosť* – z jedného útoku akéhokoľvek charakteru sa ešte nedá určiť, či sa jedná o domáce násillie. Môže to však byť jeho začiatok.
- 2) *Eskalácia* – urážky sa stupňujú, až dochádza k psychickému znižovaniu ľudskej dôstojnosti a k fyzickým útokom a závažným trestným činom ohrozujúcim zdravie a život.
- 3) *Rozdelenie rolí* – presne stanovené na obeť (ohrozená osoba) a agresor (násillná osoba); pri domácom násillí neexistujú vzájomné napadnutia, hádky, bitky a spory, kde sa role striedajú.
- 4) *Neverejnosť* – násillie prebieha spravidla za zavretými dverami bytu či domu, mimo spoločenskej kontroly.

Domáce násillie zahŕňa všetky formy fyzického, sexuálneho, psychického týrania vo všetkých druhoch blízkych vzťahov, vrátane vážneho vyhrážania sa. Môže ísť o bývalých alebo súčasných partnerov, môžu to byť rozvedení partneri, ktorí spolu dlhší čas nežijú, alebo ani nikdy nežili. Vo väčšine prípadov ide o násillie páchané mužmi na ženách, niekedy aj proti deťom alebo starým rodičom (Matoušek et al., 2005).

5. Člen rodiny s trestnou činnosťou

Trestná činnosť člena rodiny významne ovplyvňuje celú rodinu. V prípade, že trestnú činnosť pácha jeden z rodičov, sekundárne je postihované aj dieťa – nielen psychicky, ale najmä sociálne

(vylúčenie z kolektívu, reakcie prostredia, v ktorom žije); generačný prenos, naučené správanie vytvárajú predpoklad, že dieťa bude nasledovať príklad rodiča a opakovať jeho model správania.

Keďže v genéze delikventného správania majú rozhodujúci vplyv faktory sociálnej povahy, nie je možné z kriminogénnych komponentov vylučovať faktory biologické. Vplyv akéhokoľvek biologického činiteľa na správanie človeka sa však dá posudzovať jedine v kontexte dozrievania a individuálneho rozvoja osobnosti jedinca. Delikventné správanie je teda nutné vnímať ako výsledok vzájomného pôsobenia jedinca a vonkajšieho prostredia. Pri posudzovaní jednaní delikventa je dôležité venovať pozornosť vlastnostiam osobnosti a jej genéze v zmysle vzájomného pôsobenia psycho-fyziologických zvláštností jedinca a vonkajšieho prostredia, a súčasne i vzájomného pôsobenia osobnosti a konkrétnej životnej situácie (Jedlička a kol., 2004).

Rodič, ktorý sa správa delikventne, nadmerne užíva alkohol, prípadne iné návykové látky (drogy), je často nezamestnaný, alebo má podobné prejavy „sociálnej neprispôsobivosti“, tiež zvyšuje pravdepodobnosť, že dieťa bude v priebehu dospievania prestupovať zákon. Taký rodič má deficit, ak nie vo všetkých, tak vo väčšine sfér svojho pôsobenia na dieťa (Matoušek, Kroftová, 2003).

Páchanie trestnej činnosti býva ovplyvnené nedostatočnou výchovou v rodine, problémovým rodinným prostredím, ale aj kumuláciou mnohých ďalších osobnostných i sociálnych faktorov (Bachová, Pavlovičová, 2008).

6. Člen rodiny so zdravotným postihnutím

Ak sociálny pracovník pracuje s touto cieľovou skupinou, je dôležité vedieť o prejavoch ochorení, dôsledkoch, príčinách a tiež o liečbe jednotlivých diagnóz. Následne je potrebné pracovať zvonka pri vytváraní podporných služieb klientov v ich individuálnom nastavení. Iný program si vyžadujú klienti s úzkostnou poruchou, iný program klienti závislí, klienti so schizofréniou, klienti afektívnych porúch, klienti s poruchami príjmu potravy, poruchami spánku, demenciou, s poruchami osobnosti, poruchami podmienenými stresom, psychosomatickými alebo sexuálnymi funkčnými

poruchami. Sociálny pracovník môže ako prípadový manažér koordinovať zložky multidisciplinárnej pomoci, kde patria:

- medikamentózna liečba – napojenie na psychiatra, dohľad pri dodržiavaní liečby, podpora;
- psychoterapia ako terapeutická metóda;
- iné nemedikamentózne terapeutické formy (terapia svetlom, liečivé a preventívne účinky pohybu, svojpomocné kluby, pracovné terapie, hypoterapia, canisterapia, iné);
- právne a sociálne otázky (opatrovníctvo na právne úkony, riešenie stavu invalidity, hmotnej núdze, podpora a ošetrovanie ostatných členov rodiny, vytvorenie zdravej podpornej siete, napojenie na komunitu a iné).

Rodina poskytuje podporu a zázemie, ktoré sú pre človeka s duševným ochorením veľmi dôležité. Duševné ochorenie znamená obrovskú záťaž pre jednotlivých členov rodiny, najmä pri závažnejších chronických ochoreniach. Wenigová (2008) uvádza faktory, ktoré ovplyvňujú zvládanie ochorenia člena rodiny: veľkosť rodiny, rola chorého člena, závažnosť ochorenia, prognóza, dĺžka a trvanie ochorenia, náhlosť objavenia sa choroby, výskyt komplikácií, komunikácia v rodine, spôsoby zvládania problémov v rodine.

Rodina duševne chorého má často pocit viny za to, že ich blízky ochorel a cíti potrebu zbaviť sa tejto viny. Nedostatočná informovanosť má vplyv aj na predstavy o možnostiach liečby. Ľudia veľakrát nevedia, čo by sa dalo s duševným ochorením robiť a ako ho liečiť. Rodina môže mať pocit bezradnosti a nevie nájsť z tejto problémovej situácie východisko. Počiatočné fázy duševného ochorenia sa v mnohých prípadoch nejavia ako choroba. Mnohokrát rodina síce vie, že sa jej člen zmenil a jeho správanie je divné, ale nevie si vysvetliť prečo, a nikoho ani nenapadne, že by to mohlo signalizovať začiatok duševného ochorenia.

Vágnerová (2008) uvádza, že vo vzťahu k členovi rodiny s duševným ochorením môžu nastať dva extrémny: prvým extrémom je, že chorý sa stáva stredobodom starostlivosti a záujmu, ostatní členovia nemajú možnosť vzbudiť u ostatných záujem o svoje

problémy, v rodine necítia potrebné zázemie a hľadajú ho inde, môže nastať riziko rozpadu rodiny; druhým extrémom je stav, keď je chorý pre rodinu neakceptovateľný, je izolovaný na okraji rodiny, nikto nemá o neho záujem; aj keď si rodina zvykne na to, že s nimi žije človek s duševným ochorením, v ich správaní môže dochádzať k popieraniu nepríjemnej skutočnosti (v rodine sa o chorobe nehovorí vôbec alebo len vtedy, keď chorý nie je prítomný, snažia sa problém tabuizovať).

Ak sa duševné ochorenie vyskytne u dieťaťa, rodinu to veľmi ovplyvní a zmení, zvlášť vtedy, ak v nej chorý člen žije. Veľký vplyv na rodinu ako celok má to, ako sa jednotliví členovia dokážu s touto neľahkou situáciou vyrovnáť. Krízová situácia vplýva na spôsob komunikácie v rodine. Rodina veľakrát o duševnom ochorení svojho člena nehovorí medzi sebou takmer vôbec. Ak mala rodina problémy vo vzťahoch už predtým, duševné ochorenie sa môže ešte viac prehĺbiť. Rodina potrebuje podporu nielen pre svojho duševne chorého člena, ale aj pre seba, pretože aj ostatní zdraví členovia rodiny majú svoje potreby a nemôžu všetok svoj čas obetovať pre duševne chorého člena. Rodina by sa mala naučiť hľadať rovnováhu medzi potrebami duševne chorého a vlastnými potrebami.

Postoj okolia k osobám s postihnutím má často ambivalentný charakter – obsahuje pozitívne aj negatívne citové hodnotenie. Zdravé okolie väčšinou hodnotí človeka s postihnutím ako osobu, ktorá sa kvalitatívne nemôže rovnať svojmu okoliu, ale zároveň je postihnutým prisudzované právo na špeciálne ohľady v rôznych oblastiach. Trvalé postihnutie môže byť za určitých okolností hodnotené ako sociálna stigma. Stigmatizujúce sú predovšetkým také defekty, ktoré sú na prvý pohľad nápadné a ktoré v určitom zmysle tvoria sociálnu bariéru. Starostlivosť o takéto osoby je náročná časovo, finančne, ale i psychicky a fyzicky. Nie vždy sú rodičia schopní zabezpečiť svojimi silami dobrú starostlivosť o dieťa a v niektorých prípadoch je nutné využiť pomoc odborníkov a zveriť dieťa, aspoň na nejaký čas, do starostlivosti ambulantnej, dočasnej (stacionárnej) alebo trvalej. Pri náhlom ťažkom zdravotnom postihnutí dospelého člena rodiny sú sociálne následky ďalekosiahle, ide hlavne o zníženie životnej úrovne rodiny, prispôsobenie sa novej situácii,

o stratu zamestnania druhého dospelého člena rodiny, ktorý sa môže stať opatrovateľom, narušenie intímneho vzťahu manželov. Aby sa rodine pomohlo, je potrebné každú takúto rodinu podporiť nielen ekonomicky, ale predovšetkým jej poskytnúť lekársku a psychologickú pomoc. Starostlivosť o dieťa s postihnutím alebo starostlivosť o dospelého člena rodiny s postihnutím predstavuje vysokú mieru psychickej a fyzickej záťaže a stresu, ktorá môže narušovať nielen osobnosť rodičov, ale aj stabilitu rodiny.

7. *Výchova dieťaťa v jednorodičovskej rodine*

V jednorodičovskej rodine ostáva s dieťaťom len jeden rodič, pričom ten druhý chýba. Vysoký nárast počtu jednorodičovských rodín sa stáva závažným sociálnym problémom. Najčastejším prípadom je rozvedená žena žijúca so svojimi maloletými deťmi. V niektorých prípadoch nedokáže rodič bez partnera naplniť potreby svojich detí tak dobre, aby boli dostatočne uspokojené, lebo ekonomické zaistenie rodiny, vedenie domácnosti a čas venovaný výchove detí je pre matku veľkou záťažou. V týchto rodinách môže dochádzať k ohrozeniu základných funkcií rodiny. Zaistenie citového zázemia a príprava detí na život v spoločnosti môžu byť obmedzené nedostatkom času. Sociálne a psychologické následky môžeme pozorovať pri narušenej ekonomicko-zabezpečovacej funkcii. Príjem rodiny výrazne ovplyvňuje kvalitu zabezpečovania každodenných potrieb. Problém nie je iba v materiálnej oblasti, ale zároveň v neschopnosti zabezpečiť dieťaťu kvalitné vzdelanie, lebo rodič nemôže uhradiť potrebné poplatky za aktivity, ktoré by mohli dieťa rozvíjať alebo mu pomôcť pri štúdiu. Značné riziko predstavuje aj nezamestnanosť alebo prípadná chudoba. Pre zamestnávateľov sú jednorodičovské rodiny neatraktívne, a práve preto je rodič často klientom úradu práce. Tieto rodiny sa stávajú príjemcami sociálnych dávok a pohybujú sa na hranici životného minima. Ďalší problém nastáva aj v otázke nedostatku možností vhodného bývania, kedy je rodič bez partnera nútený zotrvať v jednej domácnosti s bývalým partnerom, poprípade hľadať pomoc zariadenia sociálnych služieb, alebo zdieľať spoločné bývanie so svojimi rodičmi. Jednorodičovská rodina môže byť vystavená riziku sociálnej izolácie, kedy je rodič zvyčajne nútený zastávať obidve rodičovské role pri vedení

domácnosti a výchove detí. To prináša obmedzenie voľného času a sociálnych kontaktov. Na vlastné aktivity a záujmy väčšinou nezostáva čas ani energia. Dieťa v jednorodičovskej rodine nevidí vzťah medzi mužom a ženou v praxi a vyrastá bez správneho modelu. Žena by mala mať zdravý vzťah k mužom a byť natoľko vyspelá, že pred svojimi deťmi nebude mužov stavať do zlého svetla. Sprostredkuje a bude podporovať vzťahy medzi deťmi a dospelými mužmi, ktorých pozná.

8. Senior v rodine

V poslednej dobe sa výrazne zmenila rola staršieho človeka v spoločnosti i v rodine, čo zjavne skomplikovalo vzťahy medzi generáciami. V rodinnom prostredí ide predovšetkým o starostlivosť o seniora z hľadiska plnenia jeho základných životných potrieb, ale plnia sa aj iné funkcie, ktoré majú posilniť udržanie starého človeka v jeho domácom prostredí, jeho integráciu do spoločnosti a zachovanie dobrej fyzickej kondície a aktivity. Senior v rodine prináša veľa pozitívneho, čo je, v neposlednom rade, prínosom – v prípade dobrého zdravotného a psychického stavu seniora. Dôvodov je viac: finančná pomoc; je vítaná, ale nie rozhodujúca, pracovná pomoc v domácnosti (nie je nevyhnutná), pomoc s výchovou detí (nie je nevyhnutná).

Hrozenská (2008) zdôrazňuje, že úzke spolužitie detí, rodičov a prarodičov môže byť problémom pri výchove detí, vnukov a pravnukov. Starí rodičia často zasahujú do výchovy rodičov, vnucujú im svoje predstavy o výchove. Na druhej strane však niektorí autori vidia v starých rodičoch oporu, pomocnú ruku pri výchove a starostlivosti o deti v dnešnom svete pracovne preexponovaných rodičov.

Staroba prináša so sebou problémy, kedy starý človek stále s väčšou námahou zvláda požiadavky bežného dňa, stráca sebestačnosť a potrebuje pomoc. Ľudia vyššieho veku vedia o inštitucionálnej starostlivosti, ale radšej chcú ostať doma, alebo ostať v starostlivosti príbuzných. Táto starostlivosť je však často prijímaná ako nadmerná záťaž pre rodinu. Aby sa rodina o seniora postarala, je potrebné splniť tri podmienky, a to: 1. mať dobrú vôľu, čo je dané predovšetkým motiváciou, kedy sa rodina snaží hľadať

možnosti a riešenia za prispenia všetkých členov; 2. môcť sa o seniora postarať, čo zahŕňa priestorové, finančné, časové a technické podmienky; 3. mať vedomosť o poskytovaní starostlivosti, čo znamená, že rodina vie, ako má pomáhať a pozná rozsah poskytovanej pomoci. Závaž, ktorá vzniká pre rodinu pri starostlivosti o seniora, ovplyvňuje schopnosť opatrovateľa poskytovať starostlivosť na potrebnej úrovni. Tošnerová (2009) uvádza päť druhov záťaže v súvislosti s prítomnosťou osoby vyššieho veku v rodine:

a) *telesná* – poskytovanie starostlivosti o bezmocného seniora spôsobuje zvýšenú telesnú záťaž, starostlivosť o domácnosť vyžaduje energiu, môže to byť vyčerpávajúce, hlavne ak sa opatrovateľ stará aj o vlastnú domácnosť;

b) *finančná* – starostlivosť o seniora má aj finančný rozmer. Pokiaľ ide o služby, ktoré senior prijíma zvonka (lekárske, farmaceutické, rehabilitačné, atď.) a je nutné ich platiť, rodina musí na ich úhradu prispievať z vlastných zdrojov, ak nestačí na ich pokrytie starobný dôchodok.

c) *záťaž plynúca z okolitého prostredia* – je dôležité zvoliť vhodné miesto pobytu seniora. Ak sa rozhodne ostať vo svojom domove, alebo sa presťahuje k svojim deťom či iným príbuzným, je potrebné upraviť prostredie, aby bolo bezpečné, napr. inštalovať zábradlie. Nevyhnutné je tiež vykonať niektoré zásadné zmeny v jeho spôsobe života a v každodennom rozvrhu činností.

d) *sociálna* – poskytovanie celodennej osobnej starostlivosti môže vyvolať sociálnu záťaž tým, že opatrovateľ je izolovaný od rodiny, priateľov a spoločného života. Výsledkom môže byť hnev a odpor k odkázanému seniorovi, ktorý je príčinou stratených spoločenských kontaktov.

e) *citová* – všetky typy záťaží často súvisia s veľkou citovou záťažou. Zo strany opatrujúcej rodiny je nemožné slobodne hospodáriť s vlastným časom a je nutné vedieť sa vyrovnávať s veľkou zodpovednosťou. To môže byť vnímané ako obojstranná závislosť, ktorá ovplyvňuje vzťah rodiny k seniorovi. Výsledkom môže byť hnev, odpor a znechutenie, pocit izolácie a strata duševnej

vyrovnanosti. V takýchto chvíľach sa môžu objaviť minulé nevyriešené konflikty, ktoré môžu, naopak, ešte zosilnieť.

Existuje veľa rodín, ktoré sa o svojich rodičov či prarodičov starajú mesiace i roky. Takáto dlhodobá starostlivosť je fyzicky i psychicky vyčerpávajúca. Po desiatich rokoch starostlivosti o starého chorého seniora rodina cíti únavu a vie, že nároky budú narastať a budú svedkami stúpajúcej závislosti. Aby nedochádzalo k vyhoreniu opatrovateľov, je potrebné striedanie jednotlivých členov rodiny.

9. Dieťa v rodine s poruchou správania

Pojem porucha správania je zaradená v kontexte Medzinárodnej klasifikácie chorôb do skupiny MKCH 10. Dôležité je, aby bola táto choroba diagnostikovaná odborníkom. Označuje sa ňou správanie opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie (je nebezpečnejšie ako obyčajné huncútstvo alebo pubertálna rebélia a má ráz trvalého správania, aspoň 6 mesiacov).

Symptomatologicky sa prejavuje: častými klamstvami; vyhýbaním sa povinnostiam; krutosťou voči iným ľuďom – emočnou i fyzickou; nadmerným bitkárstvom, terorizovaním; poškodzovaním majetku; podpaľáctvom, krádežami, útekmi z domu; záškoláctvom; častými výbuchmi zlosti, neposlušnosťou; násilným správaním, šikanovaním iných, sexuálnym správaním neprimeraným k veku. Stretávame sa s nasledujúcimi typmi porúch správania:

- poruchy obmedzené na rodinný kruh;
- porucha socializácie/nesocializovaná porucha správania;
- socializovaná porucha správania;
- opozičná vzdorovitá porucha;
- zmiešané poruchy správania a emočné poruchy.

K poruchám správania vedie dedičnosť, konštitúcia, rodina podmieňujúca psychosociálne fungovanie svojich členov, osobnosť dieťaťa, školské prostredie, vplyv referenčných skupín a subkultúr, spoločenský kontext.

Na vzniku poruchy správania sa podieľajú rôzne vonkajšie i vnútorné činitele. Medzi vnútorné činitele môžu patriť negatívne

výchovné vplyvy, vzory a prostredie. K vnútorným činiteľom sa zaraďuje genetická výbava dieťaťa, porucha centrálného nervového systému, určité dispozície k neurózam. Pokiaľ jeden z rodičov dieťaťa trpí poruchou osobnosti, emócií, pozornosti alebo schizofréniou, je väčšia pravdepodobnosť, že dieťa bude mať určité dispozície pre rozvoj poruchy správania. Je predpoklad, že porucha môže byť dedičná a vyvolaná podmienkami, v ktorých dieťa žije a vyrastá. Dieťa môže istú formu správania aj odpozorovať a následne sa tak správať. Závažnosť poruchy a jej príznaky závisia, samozrejme, od vzájomnej interakcie vonkajších i vnútorných faktorov. Porucha správania však môže byť aj následok ťažkých stresových situácií alebo následok psychiatrických porúch. Dieťa s poruchou správania môže mať určité asociálne prejavy. Znamená to, že môže byť voči ostatným ľuďom, ale i zvieratám, agresívne. Dieťa úmyselne ničí majetok druhých ľudí, čo sa môže prejaviť drobnejšími výtržnosťami, rozbíjaním skiel na domoch a autách, maľovaním a kreslením graffitov, alebo dokonca úmyselným zakladaním požiarov a priamym ohrozovaním života iných ľudí. Takéto dieťa ľahko podľahne úmyslu niečo ukradnúť, nemá zábrany klamať a podvádzať, aby dosiahlo to, čo chce. Zámerne porušuje a nerešpektuje žiadne pravidlá. Dieťa s poruchou správania môže mať problémy i v oblasti citového prežívania. Takéto dieťa je precitlivené, príliš úzkostlivé, a rado púta na seba pozornosť. Prejavy poruchy sa menia aj s postupujúcim vekom a fyzickým vývojom dieťaťa. U menšieho dieťaťa sa porucha prejaví skôr – menšími krádežami a detskými bitkami, horšie prejavy sú už pri dospievajúcej mládeži, kde môže dôjsť k prepadnutiam, krádežiam, či znásilneniam. Dieťa s poruchou správania je oveľa náchylnejšie na nezdravý životný štýl, akým je fajčenie, pitie alkoholu a drogová závislosť. Takéto dieťa má mnohokrát už od útleho veku i zvýšený záujem o sexuálny život a je náchylnejšie na nehody, ktoré často aj samo vyvoláva, alebo sa zúčastňuje aktivít, kde hrozí riziko úrazu. Jeho počínanie môže viesť v niektorých prípadoch až k samovražde. Čím skôr sa porucha u dieťaťa objaví, tým väčšie je riziko vzniku sociálnej poruchy osobnosti dieťaťa.

10. Náhradná starostlivosť

Pod náhradnou starostlivosťou sa chápu dočasné opatrenia, ktoré nahrádzajú osobnú starostlivosť rodičov. Dôvodom je, že rodičia nemôžu, nechcú alebo nevedia zabezpečiť riadnu starostlivosť o dieťa. Nie všetky deti majú možnosť vyrastať vo svojej biologickej rodine. Dôvody náhradnej starostlivosti sú rôzne: 1. rodina sa nevie postarať o dieťa (nezrelí rodičia, maloleté matky), 2. rodina sa nemôže postarať o dieťa (zomrelí rodičia, nastúpili na výkon trestu, majú zdravotné obmedzenie), 3. rodina sa nechce postarať o dieťa. Medzi najčastejšie dôvody patrí vyššie uvedená tretia oblasť: zanedbávanie starostlivosti o dieťa, neschopnosť rodiča postarať sa o dieťa, násilie páchané na dieťaťi.

Na základe vymedzenia zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine, poznáme tieto formy náhradnej starostlivosti:

a) zverenie maloletého dieťaťa do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča – tzv. náhradná osobná starostlivosť;

b) náhradná rodinná starostlivosť, kde patrí pestúnska starostlivosť a osobitou formou je osvojenie;

c) ústavná starostlivosť.

Ich poradie nie je náhodné. Vychádza z poznatkov, že starostlivosť rodinného typu je vždy lepším riešením, má prioritu v rozhodovaní. Tomu zodpovedá aj diktia medzinárodných dokumentov. Ústavná starostlivosť by mala byť vždy poslednou možnosťou a mala by byť časovo limitovaná. V každom z prípadov náhradnej starostlivosti zohráva významnú úlohu sanácia rodinného prostredia (terénna práca, spolupráca s DD, akreditovanými subjektmi, neziskovými organizáciami, obcou – vo vzťahu k dieťaťu ako aj vo vzťahu k rodičom, resp. starým rodičom), práca s biologickými rodičmi, zachovanie kontaktov, s cieľom čo najskoršieho návratu dieťaťa do pôvodnej rodiny (Guráň et al., 2015).

I. Náhradná osobná starostlivosť (NOS)

Pri zverení dieťaťa do náhradnej osobnej starostlivosti uprednostňuje súd predovšetkým príbuzného dieťaťa, ak spĺňa stanovené predpoklady. Takáto osoba musí mať trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, spôsobilosť na právne úkony v plnom

rozsahu, mať osobné predpoklady, najmä však zdravotné, osobnostné a morálne. Povinnosťou biologických rodičov je si i naďalej plniť svoju vyživovaciu povinnosť voči dieťaťu. Garantom správneho priebehu NOS je kolízny opatrovník príslušného orgánu SPODaSK na ÚSPVaR.

II. Pestúnska starostlivosť

Pestúnska starostlivosť je osobitnou formou náhradnej starostlivosti, ktorú riadi, kontroluje a hmotnou podporou zabezpečuje štát. Dieťa je zverené jednotlivcom alebo manželskému páru. Pestúnom sa môže stať fyzická osoba alebo manželský pár, ktorý splnil podmienky ustanovené zákonom a je zapísaný v prehľade Určeného Úradu práce sociálnych vecí a rodiny ako vhodný žiadateľ o pestúnsku starostlivosť. Pestúnska starostlivosť je osobitnou formou náhradnej rodinnej starostlivosti, ktorú riadi, kontroluje a hmotnou podporou zabezpečuje štát. Garantom správneho priebehu pestúnskej starostlivosti je kolízny opatrovník príslušného orgánu SPODaSK na ÚSPVaR.

III. Osvojenie

Špecifickým a pre dieťa najlepším inštitútom je osvojenie, pokiaľ nie je možné inak dieťa zabezpečiť v širšej rodine. Pri adopcii prijímajú manželia alebo jednotliviec opustené dieťa a nadobúdajú k nemu rovnaké práva a povinnosti, akoby boli jeho biologickými rodičmi. Vzťah, ktorý medzi adoptívnymi rodičmi a dieťaťom vzniká, má z právneho hľadiska rovnakú silu ako vzťah medzi biologickými rodičmi a vlastným dieťaťom - je to príbuzenský vzťah. Adopcia a osvojenie sú dva výrazy pre ten istý právny vzťah.

IV. Ústavná starostlivosť

Ústavná starostlivosť sa nariadi len vtedy, ak je výchova dieťaťa vážne ohrozená alebo vážne narušená a iné výchovné opatrenia nevedli k náprave, alebo, ak z iných závažných dôvodov nemôžu rodičia výchovu dieťaťa zabezpečiť. V súčasnosti sa do popredia dostáva profesionálna rodina, ktorá je stále častejšie preferovanou formou ústavnej starostlivosti. Profesionálna náhradná výchova v rodine je organizačná forma detského domova, v ktorej sa

vykonáva ústavná starostlivosť. Cieľom profesionálnej rodiny je návrat do biologickej rodiny.

11. Nedostatočná bezpečná vzťahová väzba

Citová väzba býva definovaná ako trvalé emočné puto charakterizované potrebou vyhľadávať a udržovať blízkosť s určitou osobou, hlavne v podmienkach stresu. Rozlišujú sa dve základné citové väzby: istá a neistá či úzkostná (Kirsh, 2007). Predpokladom zdravého vývinu dieťaťa je „bezpečná väzba“, pri ktorej dieťa vie, že v stresových a úzkost' vyvolávajúcej situáciách sa môže spoľahnúť na rodičovskú emočnú a aktívnu podporu, oporu. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou dôverujú rodičom, iným ľuďom, veria, že ich potreby sú dôležité. Deti s narušenou vzťahovou väzbou nedôverujú iným ľuďom a seba vnímajú negatívne. Deti, ktoré majú narušenú citovú väzbu (dôsledkom rodičovskej závislosti na alkohole a drogách aj v tehotenstve, zanedbávania telesných a duševných potrieb, násilia, hrubosti, striedania rodín), majú nevýhodu, lebo majú horšie sebavedomie, sú zavesené na dospelom (pseudozávislé), zrútia sa v strese a pri životnej tragédii, nezvládajú pocity, nevydržia im priateľstvá, sú odcudzené a protivné k rodičom a dospelým, majú antisociálne postoje a správanie, sú agresívne, sú neschopné dôverovať, mať blízky vzťah a vyjadrovať pocity, sú negatívne naladené, majú beznádej, pesimistický pohľad na seba, rodinu a spoločnosť, sú neempatické, nemajú súcit a svedomie, majú nezvládnuteľné správanie, neprospeievajú v škole, odovzdávajú cyklus násilia a poruchy väzby do ďalšej generácie.

2.1.3 Hodnotenie ohrozenia dieťaťa

Dimenzia problematiky ohrozených detí je široká. Pokúsime sa popísať základné princípy a pravidlá na rozpoznanie ohrozených detí a posúdenie ich potrieb, aby sociálni pracovníci a ostatné pomáhajúce profesie mali vždy na zreteli najlepší záujem dieťaťa a jeho naplnenie.

Nasledujúca metodika¹⁷ bola definovaná ministerstvom zdravotníctva vo Veľkej Británii, aby pomohla sociálnym pracovníkom dôkladne zmapovať situáciu ohrozeného dieťaťa či rodiny.

Princípy hodnotenia ohrozenia dieťaťa, ktoré je zodpovedný pracovník povinný dodržiavať:

- zamerať sa na najlepší záujem dieťaťa (nie na záujem jedného z rodičov a pod.);
- prihliadať na štádium vývoja daného dieťaťa;
- orientovať sa na prostredie, v ktorom dieťa doposiaľ vyrastalo;
- brať do úvahy kultúrne, náboženské a etnické zázemie dieťaťa;
- zahrňovať do neho dieťa, rodičov aj širšiu rodinu;
- zameriavať sa na silné stránky danej rodiny a objasňovať existujúce ťažkosti;
- pracovať na medziodborovej úrovni, spolupracovať s úradmi, MVO, zdravotníckymi pracovníkmi, školou, a pod.;
- mať na zreteli, že ide o priebežnú aktivitu, nie jednorazovú akciu;
- prebieha paralelne s ďalšími službami a podporou pre rodinu a dieťa;
- je založené na dôkazoch získaných z terénu, a nie iba na sprostredkovaných informáciách.

Cieľom vyhodnotenia situácie dieťaťa je plán následnej starostlivosti, ktorý určí ďalší smer života dieťaťa. Sociálny pracovník je zodpovedný za vyhodnotenie (objektívny popis existujúcej situácie) i za vytvorenie plánu (návrh riešenia situácie).

Vyhodnotenie toho, do akej miery je situácia dieťaťa náročná či traumatizujúca a posúdenie, akým spôsobom sa prejavuje a má vplyv na vývoj dieťaťa, je komplexná a náročná úloha, ktorá si vyžaduje systematický prístup.

¹⁷ Dokument Moderná starostlivosť o ohrozené a opustené deti vznikol v roku 2005 v rámci projektu občianskych združení DOM a NATAMA na premenu systému starostlivosti o rodinu a dieťa v zložitej životnej situácii v ČR. Hlavnou spracovateľkou je Mgr. Petra Vrtbovská. Kompletný dokument je k dispozícii na www.natama.cz.

Ide o tri hlavné oblasti, ktoré treba zmapovať, popísať, analyzovať a vyhodnotiť. Toto bude základom pre ďalšie rozhodovanie. Nasledujúca tabuľka je prehľadom vyhodnocovaných oblastí u dieťaťa:

VÝVOJOVÉ POTREBY DIEŤAŤA <i>(sociálny, emocionálny, fyzický stav dieťaťa)</i>	RODIČOVSKÉ SCHOPNOSTI <i>(kapacita rodičov starať sa o dieťa)</i>	RODINNÉ FAKTORY A FAKTORY PROSTREDIA <i>(širšia rodina a prostredie)</i>
Zdravie Vzdelanie Emocionálny vývoj a správanie Identita Rodinné a sociálne vzťahy Sociálna prezentácia Schopnosť postarať sa o seba	Základná starostlivosť Zabezpečenie bezpečia Citová vrelosť Schopnosť dávať dieťaťu vhodné podnety a stimulovať jeho rozvoj Stanovenie a uplatnenie hraníc Stabilita	Rodinná história a celkové fungovanie rodiny Širšia rodina Bývanie Zamestnanosť Príjmy rodiny Sociálna integrácia rodiny Využitie zdrojov spoločnosti

Tabuľka č. 1 Oblasti vyhodnocovania uspokojovania potrieb dieťaťa (zdroj: Vrtbovská, 2005)

A) Dimenzia vývojových potrieb dieťaťa

Pri práci s dieťaťom je vždy dôležité jasne porozumieť tomu, čo je konkrétne dieťa schopné dosiahnuť v jednotlivých štádiách vývoja. Pred začiatkom vyhodnocovania situácie dieťaťa je preto dôležité:

- vymedziť vývojové oblasti, ktoré budú vyhodnocované,
- naplánovať, akým spôsobom budú merané pokroky dieťaťa,
- zabezpečiť rešpektovanie veku a štádia vývoja dieťaťa,
- vymedziť a vyhodnotiť informácie, ktoré by mohli slúžiť ako základ v plánovaní ďalších postupov.

1. Zdravie – zdravý rast a vývoj dieťaťa, zabezpečenie fyzického a psychického blaha dieťaťa; vplyv dedičných postupov; starostlivosť o zdravie dieťaťa; vhodná výživa; telesná aktivita; potreba očkovania; pravidelná starostlivosť o zuby a zrak; rady a informácie o sexuálnej výchove a o riziku zneužívania psychoaktívnych látok v prípade starších detí.

2. Vzdelanie (kognitívny vývoj dieťaťa od narodenia) – príležitosť hier a stretávania sa s ostatnými deťmi; zabezpečenie prístupu ku knihám; získavanie zručností a koníčkov; možnosť zažiť

úspech, dosiahnuť svoje ciele; záujem rodičov o vzdelávanie dieťaťa, jeho pokroky a úspechy, vrátane vedomostí špecifických vzdelávacích potrieb dieťaťa.

3. Emocionálny vývoj a správanie – primerané emočné reakcie dieťaťa a reakcie v oblasti správania sa voči rodičom, neskôr voči okoliu; charakter a kvalita raných väzieb; temperament; schopnosť adaptácie na zmeny; reakcie na stres; sebakontrola.

4. Identita – prehlbujúce sa vnímanie seba samého ako samostatnej a hodnotnej osoby; pohľad dieťaťa na seba, na vlastné schopnosti; sebaúcta; prijatie vlastnej individuality (príslušnosť k etniku, náboženstvu, veku, pohlaviu, sexualite, prípadne výskyt postihnutia); prijatie rodinou, sociálnou skupinou, aj širšou spoločnosťou.

5. Rodinné a sociálne vzťahy – rozvoj empatie, schopnosti vidieť veci očami iných; trvalé citové väzby s rodičmi a opatrovateľmi; dobré vzťahy so súrodencami; veku primeraná narastajúca potreba priateľstva s vrstovníkmi a s ostatnými významnými osobami v živote dieťaťa.

6. Sociálna prezentácia – porozumenie toho, ako je vzhľad, správanie a prípadné postihnutie vnímané okolím, a ako sa prostredníctvom toho v ľuďoch utvára určitý dojem; oblečenie primerané veku, kultúre, pohlaviu a náboženstvu; čistota a osobná hygiena; možnosť získania rád od rodičov a opatrovateľov, ako si poradiť a ako sa správať v rôznych sociálnych situáciách.

7. Schopnosť postarať sa o seba – nadobudnutie praktických, emočných a komunikačných schopností potrebných k rastúcej nezávislosti; v mladšom veku: získanie praktických zručností sám sa obliecť a najesť; v staršom veku: získanie sebadôvery a praktických zručností, ako sa zapojiť do aktivít prebiehajúcich mimo rodiny, prehľbovať osamostatňovanie; osvojenie si spôsobov riešenia sociálnych problémov.

B) Dimenzia rodičovských schopností

Pre vývoj a zdravie dieťaťa sú nevyhnutné schopnosti rodičov postarať sa o základné potreby dieťaťa. Tieto schopnosti je nutné hodnotiť s ohľadom na štruktúru a fungovanie rodiny, vrátane zistení, ako funguje partnerský vzťah medzi rodičmi a akú úlohu hrá

pri plnení potrieb dieťaťa každý z rodičov zvlášť. Treba brať do úvahy interakcie s ďalšími osobami, ktoré majú pre dieťa význam. V praxi to znamená zamerať sa pri rodičoch a blízkom okolí dieťaťa na:

- reakcie na dieťa a jeho správanie,
- spôsob, akým reagujú na potreby dieťaťa,
- porozumenie týmto potrebám a vývojovým etáp dieťaťa,
- vplyv dieťaťa na rodičov,
- kvalita vzťahu dieťa – rodič,
- možný vplyv problémov rodičov na ich rodičovské schopnosti,
- schopnosť rodičov vyrovnáť sa s problémami,
- schopnosť prijať podporu a pomoc,
- schopnosť adaptácie a zmeny.

1. Základná starostlivosť – zabezpečenie fyziologických potrieb dieťaťa a zdravotnej starostlivosti o dieťa. Zabezpečenie zdravej výživy, tepla domova, čistého a vhodného oblečenia, dbať o osobnú hygienu dieťaťa.

2. Zabezpečenie bezpečia – ochrana dieťaťa proti fyzickému či psychickému ublíženiu a proti nebezpečenstvu, ktoré môže hroziť doma i mimo domov. Ochrana dieťaťa pred kontaktom s nebezpečnými osobami (vrátane nebezpečnými deťmi) a pred sebapoškodzovaním.

3. Citová vrelosť – naplňovanie emocionálnych potrieb dieťaťa, ubezpečovanie o jeho vlastnej hodnote a pomoc pri prijímaní vlastnej kultúrnej a etnickej identity. Možnosť nadviazania bezpečných, stabilných a emočných väzieb s významnými dospelými v živote dieťaťa. Adekvátny fyzický kontakt, podpora a maznanie sa s dieťaťom, prejav rešpektu, oceňovanie a povzbudzovanie dieťaťa.

4. Stimulácia – podpora vzdelávania a jeho intelektuálneho vývoja povzbudzovaním a primeranou kognitívnou stimuláciou. Podpora kognitívneho vývoja a rozvoja možností (potenciálu) dieťaťa prostredníctvom interakcií s okolím, komunikáciou (prípadne rešpektovať jazyk dieťaťa), hraním hier s dieťaťom a využívaním ďalších možností vzdelávania. Umožnenie dieťaťu zažiť úspech,

zabezpečenie pravidelnej školskej dochádzky alebo vhodnej alternatívy; pomoc dieťaťu pri zvládaní problémov v živote.

5. Stanovenie a uplatnenie hraníc – naučiť dieťa regulovať svoje emócie a správanie; hlavná úloha rodičov alebo vychovávateľov spočíva v poskytovaní pozitívneho vzoru správania, kontroly emócií a vytvárania medziľudských vzťahov; vedenie dieťaťa spočíva v určovaní hraníc, tým si dieťa osvojuje sociálne správanie a vytvára si vlastné svedomie a vlastný systém morálnych hodnôt; pomoc pri riešení sociálnych problémov, ovládania hnevu, učení sa ohľaduplnosti voči okoliu a sebadisciplíny; cieľ spočíva v pomoci dieťaťu, aby z neho vyrástol dospelý jedinec, ktorý sa riadi podľa vlastného hodnotového systému a je schopný vychádzať so svojím okolím.

6. Stabilita – zabezpečenie dostatočne stabilného rodinného prostredia pre zdravý vývoj dieťaťa a pre vytvorenie pevnej a bezpečnej väzby k primárnemu opatrovateľovi. Bezpečná väzba by nemala byť narušená, spočíva v poskytovaní stálej emočnej podpory dieťaťu a v predvídateľných reakciách na správanie dieťaťa; zároveň by však rodičovské reakcie mali pružne reagovať na pokrok vo vývoji dieťaťa; udržiavanie kontaktu dieťaťa s významnými členmi rodiny a ostatnými dospelými.

C) Dimenzia rodinných faktorov a faktorov prostredia

Je dôležité uvedomiť si, že výchova dieťaťa neprebíha vo vákuu. Dieťa je ovplyvňované nielen najužšou rodinou, ale tiež príbuzenstvom a sociálnym okolím, v ktorom sa nachádza. Zároveň sa všetci členovia rodiny ovplyvňujú navzájom, a to ako pozitívne, tak i negatívne. Veľmi dôležitý vplyv na kvalitu života dieťaťa majú jeho súrodenci.

1. Rodinná história a fungovanie rodiny – zahŕňa genetické a psychosociálne faktory; vplyv osôb žijúcich v domácnosti a ich vzťah k dieťaťu; významné zmeny v rodine; skúsenosti rodičov z ich detstva; chronologické usporiadanie významných životných udalostí členov rodiny a ich dopady na dieťa; vzťahy súrodencov a vplyv na dieťa; silné a slabé stránky rodičov (vrátane chýbajúceho rodiča); vzťah rodičov žijúcich oddelene.

2. Širšia rodina – tí, ktorých dieťa považuje za členov širšej rodiny; môžu to byť aj nepríbuzenské osoby; akú úlohu majú tieto osoby vo vzťahu k dieťaťu a k jeho rodičom, v čom konkrétne sa ich úloha prejavuje.

3. Bývanie – základné vybavenie bývania zodpovedajúce potrebám dieťaťa a ostatným členom rodiny; medzi základné vybavenie patrí: voda, kúrenie, sanitárne vybavenie; základné vybavenie kuchyne umožňujúce variť; vhodné podmienky pre pokojný spánok; čistota domu; udržiavanie základnej hygieny a zaistenie bezpečnosti v dome.

4. Zamestnanie – kto pracuje v domácnosti a kto pracuje mimo domácnosť; aký to má možný dopad na dieťa; ako je zamestnanie alebo naopak nezamestnanosť členov domácnosti vnímaná ostatnými členmi rodiny a aký to má dopad na vzťahy s dieťaťom; skúsenosti dieťaťa so zamestnaním a aké to malo dopady.

5. Príjem – aký je príjem rodiny za určité obdobie; dostávajú členovia rodiny všetky dávky, na ktoré majú nárok; pokrýva príjem rodiny potreby členov rodiny; akým spôsobom rodina hospodári; má rodina finančné problémy, ktoré by ovplyvňovali dieťa.

6. Sociálna integrácia rodiny – preskúmanie širšieho sociálneho okolia dieťaťa (vrátane susedov a priateľov) a jeho vplyvu na rodinu a dieťa; rozsah rodinnej integrácie či izolácie od okolia, kontakt dieťaťa s vrstovníkmi, kontakty s priateľmi a sociálna sieť rodiny.

7. Využitie zdrojov spoločnosti – vybavenie a služby nachádzajúce sa v okolí rodiny, vrátane ich dostupnosti: lekárska starostlivosť, zdravotné stredisko, materské centrum, škôlka, škola, kostol, medzimestská a mestská hromadná doprava, obchody, športové a záujmové vyžitie, detské ihrisko; zariadenie a služby potrebné pre členov rodiny s postihnutím.

Pre úplnosť hodnotenia situácie dieťaťa uvádzame päťicu základných psychických potrieb usporiadanú hierarchicky (Langmeier, Matějček, 1974; Matějček a kol., 2000; Vágnerová, 2000; Matoušek a kol., 2008):

1. *potreba stimulácie* – potreba optimálneho prísunu podnetov so zreteľom na ich variabilitu, modalitu, kvantitu a kvalitu a s ohľadom na konkrétne individuálne dieťa.
2. *potreba „zmysluplného sveta“* – poriadok v chaose podnetov alebo podmienok pre efektívne učenie,

3. *potreba istoty, bezpečia* – interpersonálneho vzťahu typu „matka-dieťa“, toho, čomu sa hovorí „attachment“,
4. *potreba osobnej identity* – potreba sociálneho začlenenia do širšieho okruhu ľudí,
5. *potreba „otvorenej budúcnosti“* – potreba životnej perspektívy či „životného zmyslu“.

Tento hierarchicky usporiadaný model, priblížený v nasledujúcej schéme, umožňuje hľadať riešenia špecifických deprivácií na úrovni jednotlivých potrieb – z hľadiska prevencie, intervencie, terapie sociálnej práce a sociálnej politiky.

Potreba	Deprivácia	Terapia
stimulácia	nedostatok podnetov	re-aktívacia, optimálna úroveň podnetov
„zmysluplný svet“	nedostatok kognitívnej štruktúry	re-edukácia, podmienky pre efektívne učenie
citové puto – attachment , bezpečie	nedostatok bezpečia, chýba citové puto	re-attachment, (znova)nadviazanie citového puta
osobná identita	nedostatok identity, chýba sociálne začlenenie	re-socializácia
otvorená budúcnosť , životná perspektíva	nedostatok životného zmyslu	znovu nájdenie a znovu nachádzanie zmyslu života

Tabuľka č. 2 Základné psychické potreby (zdroj: Matoušek a kol., 2008, s. 210)

2.2 Terapeutické techniky rodinnej terapie

Teoretickým konceptom rodinnej terapie sme sa venovali v prvej kapitole, osobitne v časti o systémovej a systemickej teórii (pozri podkapitola 1.4.2). Podľa Prevendárovej (2001) možno rodinnú terapiu definovať ako samostatnú formu psychoterapeutickej pomoci zameranú na proces navodenia prospešných zmien v narušenom, patologicky zmenenom, či dysfunkčnom rodinnom systéme. Pomoc sa uskutočňuje prostredníctvom terapeutického vzťahu medzi pomáhajúcim a členmi rodiny, formou terapeutických intervencií (postupov), ktoré závisia od konkrétneho smeru (prístupu, školy) rodinnej terapie. Niektoré z nich sme priblížili v podkapitole 1.4.2.

Klientom rodinnej terapie je rodina s viac či menej zložitou štruktúrou vzťahov, rolí, pravidiel spolužitia, so svojimi obvyklými spôsobmi interakcie medzi členmi a s úlohami, ktoré zastávajú. Príznaky poruchy u jedného člena rodiny (t.j. zjavný nositeľ skrytej patológie celej rodiny) sú dôsledkom a príznakom toho, že je narušená funkcia rodiny ako celku. Rodinná terapia je užitočná a zmysluplná pre všetkých členov rodiny.

Vo všeobecnom kontexte zahŕňa rodinná terapia stratégie a techniky psychoterapie. Každá z rozmanitých stratégií terapie rodiny zdôrazňuje rôzne predpoklady a typy intervencií. Terapeutické stratégie nemôžeme pokladať za čarovnú formulku alebo techniku, ktorá rodinu vylieči. Intervencie sú sériou opakujúcich sa manévrov, ktoré sú vytvorené na zmenenie citov, postojov a správania. Jedinečnosť rodinnej terapie nespočíva v tom, že je použitá špecifická technika, ale v skutočnosti, že tieto techniky sa nepoužívajú v rámci izolovaného jedinca, ale v rámci vzťahov, a že sa celkové zameranie a stratégia zameriava na vyhodnocovanie a vytvorenie užitočných zmien v celom rodinnom systéme.

Techniky rodinnej terapie rozlišujeme, okrem tých, čo sme uviedli v podkapitole 1.4.2, nasledovné (Minuchin, 1974; Minuchin, Fishman, 1981 In Ritvo, Glick, 2002):

1. *Prerámcovanie (reframing)*: Každé individuum si rámcuje realitu na základe svojej vlastnej jedinečnej perspektívy. Keď si terapeut uvedomí klientov alebo rodinný rámec, porozumie mu a čelí tomuto rámcu iným, kompetentným pohľadom, nazýva sa to reinterpretácia.

2. *Stvárnenie (enactment)*: Pre rodinu je jednou vecou opísať, čo sa stalo, a inou vecou je stvárnit' to pred terapeutom. Stvárnenie je technika, pomocou ktorej sa počas terapeutického sedenia vyvolá prehranie interpersonálneho problému, na ktorý sa rodina s'ahuje.

3. *Fokusovanie (focusing)*: Rodinný terapeut je zaplavený veľkým množstvom dát od pacientov. Terapia si vyžaduje organizáciu, označovanie a napredovanie. Terapeut musí zamerať pozornosť na skupinu. Z množstva vstupných informácií si musí terapeut vybrať, na čo sa zameria a rozvinúť tému práce rodinnej terapie.

4. *Vytváranie hraníc (boundary making)*: Techniky vytvorenia hraníc sú spôsobom zamerania sa na psychologický odstup medzi dvomi alebo viacerými členmi rodiny a na jeho zmenu. Terapeut môže vytvoriť hranice verbálnymi rekonštrukciami, zadaním úloh, novým špeciálnym usporiadaním prostredia sedenia, neverbálnymi gestami a očným kontaktom.

5. *Porušenie rovnováhy (unbalancing)*: Terapeut využíva techniky porušujúce rovnováhu, aby zmenil hierarchické vzťahy medzi členmi rodinného systému alebo podsystému. Porušiť rovnováhu existujúcej hierarchie a rozdelenia moci je možné tromi spôsobmi: a) pripojením sa k určitým členom rodiny, b) ignorovaním členov rodiny, alebo c) vstúpením do koalície s niektorými členmi rodiny proti ostatným.

6. *Vytvorenie systémovej reality*: Terapeut sa pokúša pomôcť jednotlivcom uvedomiť si a pochopiť, ako funguje ich vzájomná závislosť a členstvo v entite (rodine), ktorá je väčšia než oni sami. Využíva na to hlavne kognitívne intervencie.

7. *Paradoxné techniky*: Tieto techniky sa nazývajú „paradoxnými“, pretože sa zdajú byť proti zdravému rozumu. Sú založené na fakte, že hoci sú si ľudia často vedomí príčin, ktoré chcú zmeniť, sú tu skryté príčiny proti zmene, vďaka ktorým symptómy pretrvávajú. Jediniec má pod kontrolou symptóm, ktorý spôsobuje príčinu a javí sa ako užitočný, preto nemôže byť zmenený.

8. *Klarifikácia*: Použitím tejto techniky terapeut požaduje od rodiny, aby ozrejmili ich chápanie súčasných a minulých udalostí a/alebo chápanie emocionálnych reakcií na tieto udalosti.

9. *Konfrontácia*: Je to poukázanie na vzájomne si odporujúce aspekty klientovho správania – často medzi jeho verbálnym a neverbálnym prejavom.

10. *Interpretovanie*: Ide o terapeutove objasnenie prepojenia medzi súčasným protirečivým správaním a terajšími alebo minulými prekrúteniami, skresleniami, ktoré sú mimo vedomia klienta. Môže byť načasované tak, aby sa maximalizoval kognitívny a emocionálny dopad medzi súčasným správaním (prekrúteným správaním alebo správaním riadeným vnútornými vzorcami) a minulými skúsenosťami (narušenými úzkosťou a obrannými mechanizmami).

Terapeut formuluje koncept ťažkostí rodiny založený na vyhodnotení histórie rodiny a interakcií. Na začiatku terapia pomáha rodine vyrovnat' sa s dočasnou krízovou situáciou. Práca je niekedy pomalá a pozvoľná, ale často stačí pár sedení, aby opäť začali fungovať vlastné adaptačné mechanizmy rodiny. Pri väčšine pracovníkov rodinnej terapie je priemerný počet návštev 6-10. Jednou z podstatných črt rodinnej terapie je presvedčenie, že rýchla zmena je možná. Niekedy rodina prichádza na krátke obdobie s jedným problémom a neskôr sa vráti s ďalšími problémami. Ak je jeden člen rodiny vážne chorý, môže byť terapia dlhodobá, prerušovaná a podporná.

Podstatnou súčasťou rodinnej terapie je stanoviť si celkové ciele, ktoré zahŕňajú celý rodinný systém ako aj jeho jednotlivých členov. Umením terapie je dosiahnuť prepojenie vhodných čiastkových cieľov s najúčinnějšími terapeutickými stratégiami a technikami v najpríhodnejšom momente a v správnom poradí. Rôzne spôsoby konceptualizácie celkových **stratégií a cieľov rodinnej intervencie** sú zhrnuté nasledovne (Ritvo, Glick, 2002):

1. *Podporenie adaptačných mechanizmov.* Je veľa spôsobov, ako pomôcť rodinám využiť existujúce stratégie a ako vyvinúť nové. Patrí sem zaistenie informácií (psychoedukácia) o ochorení členov rodiny a o zručnostiach starostlivosti, dávanie podporujúcich rád a povzbudenie existujúcich mechanizmov zvládania. S tým súvisiacou stratégiou je „vyrozprávanie sa“ – uznanie a chápanie zážitkov rodiny, emocionálnej bolesti alebo traumy, pričom obidve majú rozhodujúcu dôležitosť.

2. *Rozšírenie emocionálneho zážitku.* Základnými zručnosťami sú počúvanie, označovanie a povzbudzovanie podpornej reakcie rodiny na emócie. Zažívanie terapeutových reakcií alebo reakcií druhých (napr. tak, že povie: „Veľa ľudí by v tejto situácii cítilo veľkú bolesť“) je najdôležitejšou cestou validizácie a posilnenia pocitov. Terapeuti môžu z času na čas využiť fantáziu, humor a iróniu, priamu konfrontáciu, „sochanie“ rodiny (family sculpting) a choreografiu, aby rodine otvorili cestu k novým oblastiam okamžitého emocionálneho zážitku.

3. *Rozvinutie interpersonálnych zručností.* Rodina sa dostane na lepšiu komunikačnú úroveň prostredníctvom početných techník, ku ktorým patrí pozorné počúvanie druhých, trvanie na tom, že hovorí len jedna osoba, pýtanie sa na presný význam toho, čo povedali druhí a čo chceli oznámiť, a jasná inštrukcia v komunikačných zručnostiach. Toto zlepšenie komunikačnej úrovne môže byť cieľom samotným, alebo sa môže využiť na vyriešenie špecifických problémov, ktoré na začiatku priviedli rodinu do terapie.

4. *Reorganizovanie rodinnej štruktúry.* Na zmenu štruktúry správania rodiny, ktoré je považované za príčinu záťaže rodiny, alebo k nej prispieva, sa môže využiť prerámcovanie problémov, ako ich prezentovala rodina, stvárnenie problémov s ich sprievodným interakčným priebehom, označenie hraníc a zmena štruktúry pohybov. Paradoxné intencie (špeciálna technika používaná v logoterapii a KBT), v súčasnosti taktiež menej využívané, sa môžu použiť v prípade rodín, ktoré sú rezistentné alebo sú v slepej uličke.

5. *Zlepšenie vzhl'adu.* Tradičné techniky psychodynamickej terapie, akými sú klarifikácia, konfrontácia a interpretácia – pozerajúc sa buď na súčasné dynamické problémy alebo na tie staré, dlhodobo sa opakujúce interakčné vzorce rodiny – sa môžu využiť vo formáte manželskej a rodinnej terapie. Týmito technikami sa do popredia môžu dostať základné konflikty a môžu sa zmierniť interakcie zaťažené konfliktom. Tu musí byť porozumenie spoločné v zmysle toho, ako minulosť jednotlivca ovplyvňuje súčasnosť a reakcie druhých. Iným užitočným spôsobom, ako rozvinúť porozumenie, je priame opýtanie sa rodičov a analýza súčasných vzťahov cez pôsobenie pôvodnej rodiny.

6. *Pomoc rodine pri porozumení a zmene jej príbehov.* Tieto stratégie sa týkajú pomoci rodine, aby členovia povedali ich príbeh a našli alternatívne, nie tak problematické, príbehy, ktoré ponúkajú nové riešenia. Obidvaja, terapeut aj členovia rodiny, hľadajú redefinície (entuziastický namiesto hlučný; ten, kto prežil, namiesto obete...), pochopenie (strach z neúspechu namiesto lenivosti) a nové vyústenia (čo v prípade, že sa to nezhorší – čo sa stane potom?).

Aby bola verejnosť chránená pred netrénovanými, nekompetentnými a/alebo neetickými rodinnými terapeutmi a rodinnou intervenciou, musia byť jasne vymedzené kompetencie, ktoré sú nutné na vedenie rodinnej terapie. Niektoré nasledujúce kvality sú pre rodinného terapeuta dôležité - okrem tých, ktoré sú vyžadované na vedenie iných terapií:

- schopnosť znášať rodinné boje;
- pokoj pri rodinných tajomstvách;
- schopnosť prispôbiť sa rozličným terapeutickým modelom, alebo miešať rozličné terapeutické smery v terapeutickom bloku;
- záujem o problémy týkajúce sa pohlavia, rôznorodosti, triedy a kultúry;
- schopnosť byť aktívnym a direktívnym.

Vo výcviku rodinných terapeutov by sa mala pozornosť venovať humanistickým kvalitám integrity, rešpektu a súcitu s klientmi a ich rodinami. Terapeuti nie sú všemocní. Na dosahovanie úspešných dlhodobých výsledkoch sa musí zúčastniť rodina i terapeut(i). Terapeutickou úlohou je pomôcť rodine s rozpoznaním svojich ťažkostí a so začiatkom hľadania riešení.

2.3 Sanácia rodiny

Sanáciu rodiny zaraďujeme k základným metódam sociálnej práce s rodinou. Bechyňová, Konvičková (2008) definuje pojem sanácia rodiny ako súbor opatrení sociálno-právnej ochrany detí, sociálnych služieb a ďalších opatrení a programov, ktoré sú poskytované alebo uložené prevažne rodičom dieťaťa a dieťaťu, ktorého sociálny, biologický a psychologický vývoj je ohrozený.

Konkrétne ide o tri typy situácií a činností:

- a) odvrátenie hrozby odobratia dieťaťa a jeho umiestnenia mimo rodinu;
- b) podpora, náprava a upevňovanie vzťahov medzi rodičmi a dieťaťom umiestneným mimo rodinu (hlavne podpora kontaktov medzi nimi);

c) umožnenie bezpečného návratu dieťaťa, ktoré bolo umiestnené mimo rodinu, späť (za predpokladu kvalitatívnej zmeny podmienok v rodine, s možnosťou dlhodobej udržateľnosti).

Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately vymedzuje sanáciu rodiny:

Opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, na predchádzanie vzniku krízových situácií v rodine, sú najmä: organizovanie sa, sprostredkovanie účasti na programoch, tréningoch a aktivitách, zameraných na podporu plnenia rodičovských práv a povinností, plnenia funkcií rodiny, na utváranie a upevňovanie vzťahov medzi manželmi, medzi rodičmi a deťmi, rozvoj schopností riešiť problémové situácie a adaptovať sa na nové situácie (§ 10 zákona č. 305/2005 Z. z.)

Opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na obmedzenie a odstránenie negatívnych vplyvov, ktoré ohrozujú psychický vývin, fyzický vývin alebo sociálny vývin dieťaťa a plnoletej fyzickej, osoby sú najmä (§ 4, písm. c zákona č. 305/2005 Z. z.):

- a) ponúknutie pomoci dieťaťu, rodičom alebo inej plnoletej fyzickej osobe, alebo ponúknutie sprostredkovania pomoci pri riešení výchovných problémov alebo rodinných problémov a pri uplatňovaní nárokov dieťaťa podľa osobitných predpisov,
- b) sledovanie negatívnych vplyvov pôsobiacich na dieťa a rodinu, zisťovanie príčin ich vzniku a vykonávanie opatrenia na obmedzenie pôsobenia nepriaznivých vplyvov,
- c) organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc pri riešení problémov detí v rodine, v škole a na pomoc rodinám pri riešení výchovných problémov, sociálnych problémov a iných problémov v rodine a v medziľudských vzťahoch,
- d) organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc deťom a plnoletým fyzickým osobám ohrozeným správaním člena rodiny, členov rodiny alebo správaním iných osôb,
- e) organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na plnoleté fyzické osoby, ktoré svojim správaním ohrozujú členov rodiny,
- f) organizovanie alebo sprostredkovanie programov na obmedzenie a odstránenie negatívnych vplyvov prostredia a na predchádzanie sociálnemu vylúčeniu detí a plnoletých osôb v prostredí.

Pojem sanácia rodiny zahŕňa aktivity smerujúce k zachovaniu alebo obnoveniu funkcií rodiny v domácnostiach klientov, za pomoci profesionála pomáhajúcej profesie. Podľa Dohovoru o právach dieťaťa je rodina základnou jednotkou spoločnosti a prirodzeným prostredím pre rast a blaho všetkých členov, hlavne detí. Rodina musí mať teda nárok na potrebnú ochranu a takú pomoc, aby mohla naplno plniť svoju úlohu v spoločnosti. Sanácia môže pomôcť predovšetkým rodinám, kde zostávajú zachované citové väzby a dobré vzťahy. Rodiny, ktoré strácajú alebo stratili schopnosť plniť svoje ekonomické funkcie, sú často schopné plniť svoje citové a vzťahové funkcie aj naďalej.

Základom plánu sociálnej práce s rodinou a dieťaťom je určenie spoločného cieľa, ku ktorému prispieva a smeruje každý zo zainteresovaných subjektov podľa svojich kompetencií a spoločnej dohody, postupov, vrátane časového harmonogramu. Hlavným cieľom plánu je stanovenie návrhov riešenia situácie dieťaťa za účelom vykonávania vhodných opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Pri jeho tvorbe a stanovení si cieľov je nevyhnutné vychádzať predovšetkým z anamnestických údajov o rodine, z poznania rodiny ako celku a zamerať sa na príčiny vyňatia dieťaťa z rodiny. Cieľ plánu sociálnej práce s rodinou a dieťaťom sleduje v prvom rade záujem dieťaťa a smeruje k možnému návratu dieťaťa do pôvodného rodinného prostredia alebo k zvereniu dieťaťa do náhradnej rodiny.

V západných krajinách v súčasnosti prevažuje názor, ktorý sa premieta i do praxe sociálnej práce, že sanácia rodiny by mala byť metódou prvej voľby u väčšiny prípadov. Podľa Bechyňovej a Konvičkovej (2008), rodinu ohrozeného dieťaťa **možno sanovať** za nasledujúcich okolností:

- ak je u nastávajúcich rodičov riziko, že sa nebudú vedieť starať o dieťa, nemajú pre dieťa pripravené podmienky, nemajú vo svojom okolí spoľahlivú oporu;
- ak dieťa žije vo vlastnej rodine a jeho zdravotná, psychická a sociálna situácia vykazuje konkrétne riziká;

- ak bolo dieťa umiestnené do zariadenia pre ústavnú výchovu, pričom nezáleží na tom, či k tomu došlo dobrovoľne alebo na základe predbežného opatrenia súdu;
- ak súd dieťaťu zrušil nariadenie ústavnej výchovy z dôvodu kvalitatívnych zmien v rodine a zveril dieťa späť do starostlivosti rodičov;
- ak bolo dieťa rozhodnutím súdu zverené do pestúnskej starostlivosti na prechodnú dobu.

Rodinu **nie je možné sanovať** v prípadoch:

- ak je dieťa obeťou krutého zaobchádzania zo strany oboch rodičov;
- ak je znaleckým posudkom preukázané, že rodičia nemajú k dieťaťu žiadnu citovú väzbu;
- ak sú rodičia závislí na alkohole, drogách alebo iných návykových látkach a odmietajú liečiť sa zo závislosti;
- ak majú rodičia psychiatrické ochorenie a nesúhlasia so spoluprácou ich lekára so sanačným tímom;
- ak sú rodičia čiastočne zbavení spôsobilosti na právne úkony a nesúhlasia so spoluprácou multidisciplinárneho tímu s ich opatrovníkom.

Prvoradou povinnosťou sociálnych pracovníkov je úprava, teda sanácia rodinného prostredia, a to aj v situáciách, ak v rodine došlo k závažnému ublíženiu dieťaťu. Podmienkou je, že sa realizuje vyhodnotenie miery rizika. V prípade, že sa pracovný tím zhodne v tom, že miera rizika je z pohľadu rizika únosná, alebo, inak povedané, domáce prostredie podporené sociálnym pracovníkom dieťaťu ublíži menej ako odlúčenie od rodiny, zostáva dieťa v rodine. Súčasťou je intenzívna starostlivosť o rodinu zo strany sociálneho pracovníka (Levická, 2006).

Cieľom sanácie je zmierniť, alebo úplne odstrániť príčiny, ktoré ohrozujú vývoj dieťaťa i dieťa samotné, a poskytnúť rodičom, ako i rodine ako takej, pomoc a podporu s cieľom udržať rodinný celok.

Sociálny pracovník po prvom kontakte s rodinou zvyčajne podpisuje písomnú zmluvu medzi rodičom a poskytovateľom služby

sanácia rodiny, v ktorej sú formulované podmienky poskytovania služby. Ide hlavne o:

- bezplatnosť poskytovania služieb;
- stanovenie osobného cieľa rodiny (rodiča);
- meno a kontakt na zodpovedného sociálneho pracovníka rodiny;
- stanovenie rozsahu (počet hodín týždenne), intenzity (počet návštev v rodine týždenne) a miesta poskytovania služby.

Súčasťou zmluvy sú tiež informácie o právach a povinnostiach rodiča ako užívateľa služby, vrátane možnosti podávať pripomienky a sťažnosti na poskytovateľa služby. O práci s rodinou vedie zodpovedný sociálny pracovník klientsky spis. Spis obsahuje zápis z každého jednotlivého kontaktu s rodinou, popisuje obsah daného kontaktu, ďalej obsahuje písomnú zmluvu a súhlas so spracovaním osobných a citlivých údajov.

Na základe formulovaného osobného cieľa a konkrétnych úloh začína zodpovedný sociálny pracovník rodiny pracovať s rodinou formou pravidelných kontaktov a realizácie nástrojov sociálnej práce a sociálnej terapie. Zodpovedný pracovník rodiny plní najmä nasledujúce úlohy a má z nich vyplývajúce kompetencie:

- je kontaktným pracovníkom pre rodinu a ďalšie subjekty okolo rodiny;
- vedie spisovú dokumentáciu rodiny;
- komunikuje o práci v rodine so subjektmi, pokiaľ k tomu rodič dal súhlas;
- môže zvolať a prípadne riadiť prípadovú konferenciu.

Činnosti realizované v rodine zaradenej do programu sanácia rodiny sú charakteristické tým, že okrem činností z oblasti sociálnej práce zahŕňajú aj prvky sociálnej terapie. Dochádza tak k prieniku mnohých oblastí teoretických vied (sociálna práca, psychológia, špeciálna pedagogika, právo, ekonomika, medicína, a pod.), čím sa problematika sanácie rodiny radí k medziodborovým multidisciplinárnym službám.

Samotná práca v rodine zahŕňa celý rad činností a foriem (Bittner et al., 2009):

1. *Poradenstvo* – zahŕňa rôzne druhy poradenstva poskytovaného rodičom (sociálne, výchovné, vzťahové, špeciálne

pedagogické poradenstvo, starostlivosť o dieťa, psychologické, práve, finančné poradenstvo a pod.); poradenstvo je poskytované priamo sociálnym pracovníkom alebo špecialistom, prevažne vo forme terénnej služby priamo v domácnosti rodiny alebo pri vybavovaní na úradoch a inštitúciách.

2. *Nácvik zručností* – ide o sociálno-psychologickú činnosť, kedy sociálny pracovník názorne predvádza určitú činnosť, alebo ju priamo vykonáva s rodičom; môže sa týkať komunikačných zručností, sociálnych zručností, výchovných činností, aktivít spojených so starostlivosťou o dieťa, hospodárenia a vedenia domácnosti a pod. Nácvik je realizovaný sociálnym pracovníkom alebo špecialistom priamo v domácnosti rodiny. Jednou zo zaužívaných terapeutických techník nácviku zručností je tiež tzv. videotréning interakcií (VTI), kedy školený terapeut so súhlasom rodiny natáča určité situácie v bežnom živote domácnosti na kameru, následne tieto záznamy s klientom rozoberá a zameriava sa na upevnenie pozitívnych vzorcov správania a postupov klienta.

3. *Sprevádzanie, asistovaná pomoc* – ide o štandardnú súčasť sociálnej práce, kedy sociálny pracovník sprevádza rodičov, najčastejšie pri vybavovaní na úradoch alebo na súde, alebo, napríklad, pri návšteve dieťaťa umiestneného v ústave. Tento typ činnosti slúži na podporu rodiča, zvýšenie jeho kompetencií a zručností, umožňuje následnú reflexiu situácie, podporu vhodných postupov, korekciu nevhodných postupov a nácvik chýbajúcich zručností.

4. *Sprostredkovanie služby* – ide o štandardnú súčasť sociálnej práce, kedy sociálny pracovník pomáha rodičovi sprostredkovať službu, ktorú nie je možné v rámci služieb sanácia rodiny zabezpečiť, a je nevyhnutná pre realizáciu cieľov a úloh v rámci procesu sanácie rodiny. Ide o doplnkové služby a služby nadväzné na službu sanácia rodiny (napr. služby ranej starostlivosti, služby pre osoby s duševnou chorobou, služby pre ľudí so zdravotným postihnutím a pod.).

5. *Konanie v prospech rodiny* – nevyhnutnou súčasťou práce s rodinou je tiež konanie s ďalšími subjektmi v záujme a v prospech rodiny, ktoré realizuje sociálny pracovník bez účasti rodiča.

O takomto konaní je rodič, pokiaľ je to možné, informovaný dopredu, prípadne neodkladne pri prvom kontakte s ním, pričom informovanie zahŕňa aj oboznámenie s obsahom a účelom takéhoto konania a jeho záverov. Konanie môže mať podobu komunikácie a výmeny informácií so subjektmi v rámci multidisciplinárneho tímu okolo rodiny, ale i výmeny informácií s ďalšími subjektmi, ktoré nie sú bezprostredne súčasťou tohto tímu.

Špecifickou oblasťou v sociálnej práci s rodinou je práca vo vzťahu k dieťaťu (deťom) v rodine. Potreba pracovať na vzťahových a výchovných problémoch, prípadne na problémoch v oblasti starostlivosti o malé dieťa, je riešená vo väčšine rodín, ktorým je poskytovaná služba sanácia rodiny.

2.4 Sociálna asistencia

Sociálna asistencia je sociálna služba poskytovaná podľa zákona č. 448/20078 Z. z.

1. pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zladovania rodinného života a pracovného života,
2. poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
3. poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu.

Sociálne služby poskytované v prospech rodín a ich členov majú nielen pomôcť osamoteným rodičom prekonať mimoriadne náročnú alebo krízovú situáciu, ktorú nemôžu, alebo nevedia riešiť, ale majú predovšetkým chrániť nepľnoleté dieťa (Matoušek a kol., 2005).

Sociálne poradenstvo a sociálna asistencia spočíva v:

- prvom kontakte s klientkou/klientom, v rámci ktorého sa vypracuje plán pomoci a navrhnu sa možné intervencie,
- spisovaní návrhov na súdy, spisovanie trestných oznámení,
- sociálnom vedení klientky/klienta,
- terénnej sociálnej práci,
- sociálnej asistencii, t.j. sprevádzaní klientky/klienta, napr. na súdy, políciu a pod.

Sociálna asistencia poskytuje sociálne služby v prirodzenom prostredí užívateľa, ide o terénnu – návštevnú, prípadne ambulatnú službu. Rodinu podporuje pri riešení nepriaznivej sociálnej situácie,

ktorú rodina nedokáže prekonať sama bez pomoci, a tým zamedzuje zbytočnému umiestneniu dieťaťa mimo rodinu. Sociálna asistenciacia sa usiluje o integráciu rodiny do spoločnosti. Za nepriaznivú sociálnu situáciu môžeme považovať oslabenie alebo stratu schopnosti z dôvodu veku, nepriaznivého zdravotného stavu, pre krízovú sociálnu situáciu, životné návyky a spôsob života vedúci ku konfliktu v spoločnosti, sociálne znevýhodňujúce prostredie, ohrozenie práv a záujmov trestnou činnosťou inej osoby. Sociálna asistenciacia má pomáhať riešiť vzniknutú situáciu tak, aby toto riešenie podporovalo sociálne začlenenie a ochranu pred sociálnym vylúčením. Sociálna služba je založená na úplnej dobrovoľnosti a je poskytovaná bezplatne.

Sociálna asistenciacia je jedna z možností, ako pomôcť rodine pri riešení rôznych situácií, s cieľom zachovať rodinu ako celok. Sociálny asistent pravidelne navštevuje rodinu a zisťuje aktuálnu situáciu, a následne pomáha pri riešení týchto problémov. Vede rodinu k zodpovednosti a samostatnosti. Sociálny asistent posilňuje rodinu, aby plnila rodičovské funkcie a zapájala sa do spoločenského diania (chodenie do práce, záujem o voľný čas a školské aktivity detí). Pomoc sociálneho asistenta je orientovaná na celú rodinu. Kontakt s rodinou prebieha formou zoznámenia sa s rodinou a odovzdania informácií o možnostiach spolupráce. Na základe záujmov a potrieb rodiny dochádza k formulácii služieb, ktoré sociálny asistent môže poskytnúť. Sociálna asistenciacia je dobrovoľná služba, ktorá nepreberá zodpovednosť za rodinu. Rodina uplatňuje vlastnú vôľu a koná na základe vlastného rozhodnutia (Úlehla, 2009).

Sociálna asistenciacia je jeden z možných programov, ktorý pomáha klientom, ktorí nie sú dostatočne sociálne zruční a nie sú schopní sami vyhľadať adekvátnu pomoc na riešenie ich problému.

Sociálny asistent sa stáva sprievodcom a podporou rodiny. Navštevy sú vopred dohodnuté a cieľom týchto stretnutí je spolupráca vedúca k zmierneniu, prípadne odstráneniu problémovej situácie. Sociálny asistent spoločne s rodinou vytýči problémové situácie a následne zostaví individuálny plán, ktorý zachytáva

jednotlivé kroky, ktoré vedú k žiadanej zmene. Individuálne plány vychádzajú z osobných cieľov a potrieb rodiny. Sociálny asistent spoločne s rodinou priebežne hodnotí individuálne plány, sleduje zmeny v rodine, prístup užívateľa služby k zmenám a podáva návrhy na ďalší postup riešenia súčasnej situácie. Na základe schopností a zručností rodiny využíva rôzne techniky na naplňovanie plánu. Napríklad, v oblasti posilňovania rodičovských zručností ide o praktický nácvik starostlivosti o dieťa, vytvorenia vhodných podmienok pre dieťa a zabezpečovania uspokojenia jeho potrieb. V chode spolupráce s rodinou sociálny asistent zodpovedne vedie dokumentáciu so záznamami o návštevách, o individuálnych plánoch rodiny a ich vyhodnotenie. Ak sa podarí naplniť cieľ, ktorým je náprava v rodine, ukončí sa spolupráca s rodinou (Matoušek a kol., 2008).

Základné činnosti sociálneho asistenta v rodine:

- približuje rodičom správne výchovné prístupy a postoje;
- učí rodičov komunikovať s deťmi;
- učí rodičov hrať sa s deťmi;
- učí rodičov, ako sa učiť s deťmi, kontrolovať domáce úlohy;
- podieľa sa na osvojovaní si základných hygienických návykov – starostlivosť o vlastnú osobu, starostlivosť o deti, udržiavanie čistoty v domácnosti, pranie šatstva;
- pomáha pri príprave vyváženej stravy;
- pomáha rodičom pri zostavovaní domáceho rozpočtu, pri účelnom nakladaní s peniazmi, sprevádza pri nakupovaní;
- poskytuje rady pri platení nájomného a iných záväzkov;
- pri problémoch so záškoláctvom sprevádza deti do školy;
- učí deti, ako vhodne tráviť voľný čas, hlavne, ak deti iba pasívne trávia čas pozeraním televízie;
- navštevuje s deťmi výstavy, detské ihriská, prechádza sa spolu s rodičmi;
- podporuje vytváranie harmonických vzťahov medzi rodičmi, súrodencami a príbuznými;
- sprevádza rodičov pri vybavovaní úradných záležitostí – sociálnych dávok, výživného, súdov, bývania, hľadania zamestnania;

- sprostredkuje nadväzujúce služby rodine – právne, psychologické, odborné poradenstvo a iné.

2.5 Sociálna rehabilitácia

Pojem sociálna rehabilitácia podľa zákona č. 448/2008 Z. z., § 21 o sociálnych službách je odbornou činnosťou na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebačinnosti fyzickej osoby cestou rozvoja a nácviku zručností a pomocou aktivizovania schopností a posilňovania návykov pri sebaobslužbe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách.

Súčasťou sociálnej rehabilitácie je vytváranie prijateľných ekonomických, sociálnych a právnych podmienok. Každý človek so znevýhodnením má právo na ekonomické a sociálne zabezpečenie.

Zároveň je sociálna rehabilitácia chápaná ako interdisciplinárny odbor, ktorý zahŕňa nielen zdravotnícku, ale tiež sociálno-právnu a pedagogicko-psychologickú starostlivosť (Matušek a kol., 2005).

Sociálnu rehabilitáciu môžeme pri práci s rodinou chápať aj ako sanačný nástroj, pričom môžeme využiť definíciu WHO, ktorá *sociálnu rehabilitáciu definovala ako komplexné, koordinované využívanie medicínskych, sociálnych, výchovných a pracovných prostriedkov, na výcvik alebo precvičovanie jednotlivca do najvyššej možnej miery, s cieľom umožniť mu integritu alebo znovu začlenenie sa do spoločnosti.*

Ucelenú rehabilitáciu môžeme charakterizovať ako súhrn aktivít multidisciplinárneho charakteru, zameraných na predchádzanie, zmiernenie alebo odstraňovanie nepriaznivých dôsledkov postihnutia alebo oslabenia jednotlivcov, najmä v prospech ich optimálnej socializácie. Ide o vzájomne zladený a nadväzný rad činností všetkých zúčastnených odborníkov, uskutočňovaný v plánovanom slede alebo súčasne. Ucelenú rehabilitáciu tvoria štyri zložky: sociálna, pracovná, pedagogická a liečebná rehabilitácia (Juhásová a kol., 2012).

V súčasnosti sa zdôrazňuje, že za všeobecný predmet rehabilitácie sa nepokladá iba človek s postihnutím, ale aj jeho vzťahy k prostrediu. Je dôležité uvedomiť si významnosť práce nielen

so samotným človekom s postihnutím, ale i s jeho rodinou, prípadne iným blízkym okolím, v ktorom sa človek s oslabením pravidelne pohybuje. Pokiaľ ho totiž jeho prostredie nepodporuje, nepadajú snahy o jeho sociálnu rehabilitáciu na úrodnú pôdu (Jesenský, 1995 In Juhasová a kol., 2012).

Za princípy sociálnej rehabilitácie môžeme považovať (Jesenský, 1995, s. 89-70):

1. *Zásadu aktívacie* – požaduje pôsobenie v troch smeroch:
 - a) postupná zmena človeka s postihnutím na subjekt rehabilitácie,
 - b) zapájanie ľudí s postihnutím do funkcií kvalifikovaných inštruktorov a expertov,
 - c) vytváranie podmienok na autorehabilitáciu.
2. *Zásadu tesnej zomknutosti všetkých zložiek rehabilitácie* – požaduje plynulú a včasnú nadväznosť liečebnej, sociálnej, pedagogickej a pracovnej rehabilitácie.
3. *Zásadu uplatnenia reedukačných a kompenzačných postupov* – požaduje používanie a rozvoj poškodených a náhradných funkcií.
4. *Zásadu rozvíjania technických podmienok sociálnej rehabilitácie* – požaduje úpravu prostredia, odstraňovanie fyzikálnych prekážok, použitie protetiky, pomôcok a poznatkov z rehabilitačného inžinieringu.
5. *Zásadu skupinového pôsobenia* – vyžaduje používanie skupinových foriem sociálnej rehabilitácie a ovplyvňovanie jedinca neformálnou rehabilitačnou skupinou.
6. *Zásadu diferencovaného prístupu a individuálneho pôsobenia* – požaduje vyrovnávanie nedostatkov pôsobenia skupinového prístupu prostredníctvom pôsobenia diferencovaného prístupu, rešpektujúceho individuálne zvláštnosti.

V sociálnej rehabilitácii môžeme využiť nasledujúce podporné terapie, akými sú psychorehabilitácia, ergoterapia, muzikoterapia, dramaterapia, arteterapia, aminoterapia, hipoterapia, canisterapia.

Kvalita života ľudí so zdravotným postihnutím súvisí tiež z potrebami rodiny. Stabilita rodiny, ktorej člen je zdravotne postihnutý, je považovaná za závažný test zrelosti osobnosti

partnerov a fungovania celého rodinného systému a subsystémov. Náročné problémy nastávajú v rodinách, v ktorých sa narodilo dieťa so zdravotným postihnutím – zvlášť, ak rodičia očakávali príchod zdravého dieťaťa. Často tu dochádza ku krízam a rozpadom rodín, hlavne z toho dôvodu, že rodičia sa nedokážu vyrovnat' s danou situáciou.

Neľahký proces vyrovnávania sa s postihnutím má charakteristický priebeh (Jankovský, 2001):

- a) *šok* – prvotná fáza, prejavuje sa silnou emotívnou iracionálnou reakciou rodičov, ktorí prežívajú hlbokú dezilúziu a sklamanie;
- b) *popretie skutočnosti* – rodičia majú tendenciu vnímať postihnutie ako omyl a vyhľadávajú iných odborníkov s očakávaním pozitívnej správy;
- c) *agresia* – štádium prejavov zlosti, kedy rodičia obviňujú jeden druhého, alebo ventilujú svoje pocity na zdravotníckom personáli. Predmetom môže byť aj samotné dieťa;
- d) *depresia a úzkosť* – rodičia sú zasiahnutí hlbokým smútkom, ktorý sa miesi s pocitmi viny a úplného zlyhania. Dôležitá je odborná erudícia pracovníkov v pomáhajúcich profesiách;
- e) *vyrovnávanie sa* – dochádza k postupnému znižovaniu depresie, úzkosti a napätia;
- f) *akceptácia* – rodičia sa vyrovnávajú s tým, že majú dieťa s postihnutím, prijmu ho také, aké je a hľadajú dostupné riešenia do budúcnosti.

Tento proces je spojený s reorganizáciou hodnotového systému rodiny a s vytvorením nových špecifických interakčných schopností vo vzťahoch k okoliu.

Ne nahraditeľnou súčasťou sociálnej rehabilitácie je rodina a jej vplyv na človeka so zdravotným postihnutím. Rodina je prvým a najdôležitejším nástrojom vývinovej rehabilitácie, pretože práve tu má dieťa so zdravotným postihnutím optimálne vývinové šance. V rámci sociálnej rehabilitácie je rodina inštitúciou poskytujúcou celoživotnú rehabilitáciu človeku so zdravotným postihnutím. Rodiny, v ktorých sa narodilo dieťa so zdravotným postihnutím, veľmi ťažko prijímajú fakt, že ich dieťa je „iné“. Rodina s takýmto

nazeraním na problematiku pôsobí kontraproduktívne. Preto je potrebná tzv. rodinná rehabilitácia, práca so samotnou rodinou, čím sa pozitívne ovplyvňuje aj vývin dieťaťa s postihnutím (Repková, 1998; Juhasová a kol., 2012).

2.6 Mediácia v oblasti rodiny a Cochemská prax

Mediácii ako metóde sociálnej práce sme sa podrobnejšie venovali v prvej časti publikácie (Mátel, Schavel a kol., 2015). Na tomto mieste uvedieme len niektoré aspekty rodinnej mediácie.

Rada Európy vydala v roku 1998 veľmi dôležitý dokument *Odporúčanie o rodinnej mediácii Rec(98)1*. Podľa neho je rodinnú mediáciu možné využiť u všetkých sporoch medzi členmi rodiny, či už sú prepojený pokrvne alebo sobášom a osobami, ktoré žijú alebo žili v rodinných vzťahoch.

Konflikt v rodine sa dá interpretovať rôznymi spôsobmi - ako problém rodinného systému, ako problém vnímania, komunikácie, rodinných aliancií, problém rodinnej dysfunkcie alebo disharmónie, stretu dvoch kultúr, atď. Rodinný konflikt je chápaný ako stret záujmov dvoch alebo viacerých osôb. V mediácii rodinných sporov môžeme za všeobecné ciele považovať (Trelaun, 2005 In Schavel a kol., 2011):

- poskytnutie komunikačného priestoru a zníženie napätia vo vzťahoch;
- predchádzanie potenciálnym konfliktom a rodinným dysfunkciám;
- zlepšenie rodinných vzťahov, prístup k nim odlišným spôsobom;
- pomoc pri objasnení problémov a odstránenie nedorozumenia;
- uspokojenie potrieb rodičov a detí;
- zaistenie udržania vzťahu rodič – dieťa aj po rozvode;
- opätovné vloženie vedenia vlastnej budúcnosti do rúk rodinných príslušníkov;
- naučenie členov rodiny hovoriť o problémoch a nachádzať riešenia;
- pomoc deťom, aby lepšie pochopili rozchod rodičov, zníženie následky stresu;

- vytvorenie základného rámcu na dodržiavanie dohody v budúcnosti.

Mediácia v rodine prispieva nielen k vyriešeniu samotného problému, ale aj k zlepšeniu vzájomnej komunikácie zúčastnených strán a k ich ďalšej spolupráci, prípadne k ich ďalšiemu spolužitiu. Umožní manželom, aby si vyjasnili problémové okruhy a mali vlastný podiel na vyriešení problému a na výsledku. Spoločná zodpovednosť za rozhodnutie umožní predchádzať nožnej eskalácii ďalších konfliktov medzi partnermi. Využitie rodinnej mediácie zároveň prináša pozitíva v tom, že rešpektuje záujem detí. Prípadný zdĺhavý súdny spor by mohol mať negatívny dopad na ich ďalší vývoj.

Mediácia v rodinnej oblasti je vhodná:

- na obnovenie komunikácie medzi vzájomne odcudzenými manželmi;
- na obnovenie a posilnenie narušených vzájomných vzťahov;
- na dosiahnutie dohody o výchove neploletých detí;
- na dosiahnutie dohody o styku rodičov s neploletým dieťaťom;
- na dosiahnutie dohody o výške výživného na neploleté deti;
- na dosiahnutie dohody o rozdelení spoločného majetku manželov;
- na riešenie sporov v rodine (pri rozvode a po ňom, pri dedičskom konaní);
- na hľadanie platformy pre obnovenie vzájomnej komunikácie medzi rodičmi a deťmi alebo učiteľmi a deťmi (generačné problémy v rodinách a v školách);
- na prácu so sociálne slabšou alebo ohrozenou rodinou, pri hľadaní a pomenovaní skutočného problému rodiny ako systému, ktorý sa môže prejavovať konfliktným až asociálnym správaním (Stav, 2010).

Rodinná mediácia rieši rozvodové i porozvodové situácie, úpravu výchovu detí, majetkové vzťahy v rodine, problémy viacgeneračných rodín, majetkové a dedičské spory v rámci rodiny. Mediátor tu pomáha rozvádzajúcim sa rodičom uzavrieť mediačnú dohodu, ktorá upravuje spôsoby starostlivosti o deti, výšku alimentov, rozdelenie majetku, usporiadanie bytovej situácie a iné problematické situácie,

ktoré s rozpadom manželstva vznikajú. Mediačná dohoda umožňuje rodičom mať vplyv na výchovu svojich detí aj keď už nie sú manželia. Rodinná mediácia je vhodná k urovneniu citlivých emocionálnych problémov, obklopujúcich rodinné záležitosti lepšie, ako právne mechanizmy. Najmä v procese rozvodu majú sa uplatňovať konsenzuálne prístupy. Tým má byť redukovaný konflikt záujmov všetkých členov rodiny. Mediačné systémy smerujú k tomu, aby sa v čo najväčšej miere chránili záujmy a blaho detí. Touto dobrovoľnou zmierujúcou cestou má byť obmedzené škodlivé pôsobenie dôsledkov rodinného rozvratu. Zároveň podporené majú byť pokračujúce vzťahy medzi členmi rodiny. Mediácia umožňuje dosiahnuť redukcii ekonomických a sociálnych nákladov, ktoré so sebou nesie rozpad rodiny a eventuálny rozvod. Vedecký výskum povahy a dopadu sporov v rodine ukazuje, že trvajúci konflikt môže ovplyvniť výkon rodičovských povinností a privodiť značné problémy deťom (Guráň et al., 2015).

Okrem mediácie poznáme aj iné alternatívne spôsoby riešenia sporov. V nemeckom kontexte sa stretávame s pojmom **Cochemská prax** alebo Cochemský model. Označujeme ním jeden zo spôsobov alternatívneho, mimosúdneho riešenia rodinných konfliktov. Začal ho uplatňovať v roku 1998 sudca Jürgen Rudolf na rodinnom súde v nemeckom meste Cochem. Dnes na tomto základe už pracuje takmer 1/3 nemeckých rodinných súdov a získava si svojich zástancov čoraz viac aj v ostatnej Európe. Ide o vzájomnú spoluprácu viacerých profesií (sudca, advokát, sociálny pracovník z úradu, psychológ z poradne a posudkový psychológ). Ich cieľom je zdôrazňovať v rodinnom konflikte najlepší záujem dieťaťa, priviesť rozhádzaných rodičov k dohode a spoločnej zodpovednosti za dieťa (Rudolf, 2013).

2.7 Rodinné skupinové konferencie

V systéme ochrany ohrozených detí vo Veľkej Británii sú významným prvkom prípadové **konferencie na ochranu dieťaťa** (*child protection conferences*). Ak je na základe predošlého posúdenia zistené ohrozenie zdravého vývinu dieťaťa v rodine, sociálna pracovníčka a pracovník, ktorý má na starosti daný prípad,

zvoláva **prípadovú konferenciu** (*case conference*). Prípadovú konferenciu môžeme charakterizovať ako spoločné stretnutie pracovníkov pomáhajúcich profesií podieľajúcich sa na ochrane práv ohrozených detí, ktorí navrhujú optimálne riešenia konkrétnej životnej situácie ohrozeného dieťaťa a jeho rodiny (Balogová, 2008).

V súčasnosti na Slovensku existuje kvalitný legislatívny rámec pre sociálnoprávnu ochranu detí, ktorý vytvára možnosti pre vstup neštátnych subjektov na pole sociálnej práce v plnej miere. Miklošková (2008, In Mikloško, Žarnay, 2008, por. Jurtíková, 2013) popisuje implementáciu **rodinných skupinových konferencií** (*family group conferences*) do práce s rodinou v ohrození, pričom tieto konferencie sú predovšetkým výsledkom kvalitného sieťovania zdrojov pomoci rodine. Je to praktický nástroj pre vytvorenie partnerstva medzi rodičmi, rodinou, jej sociálnou sieťou a komunitou, aby bol zabezpečený čo najlepší záujem dieťaťa. Do popredia sa kladie práca s rodinou tak, aby sa vyňatie dieťaťa z rodiny stalo predovšetkým krátkodobým opatrením. Cieľom tejto metódy je posilnenie rodiny, jej silných stránok, vzťahov a hodnôt, prenos zodpovednosti za rozhodovanie pri riešení svojich problémov na rodinu a jej sociálnu sieť. Ďalším cieľom je mobilizácia a motivácia jej zdrojov, zapojenie a aktívna spolupráca širšej rodiny, založená na tímovej spolupráci a na partnerskom prístupe.

Cieľom rodinnej skupinovej konferencie (RSK)¹⁸ je vytvoriť podmienky pre obnovenie vnútorných rodinných mechanizmov a aktivizovať ich využitie v najlepšom záujme dieťaťa - za pomoci nezávislého koordinátora a špecifického postupu, pri zachovaní charakteristických princípov tohto modelu. Koordinátor spája členov rodiny správnymi facilitačnými zručnosťami, dobrou prípravou zúčastnených, vytvorením prostredia bezpečia a vzájomného rešpektovania, potvrdením kompetentnosti a prirodzeného práva členov širokej rodiny byť zaangažovanými do riešenia problému, a pripravuje ich na to, aby spoločne hľadali riešenia problému

¹⁸ V príspevku prezentujeme skúsenosti Moniky Mikloškovej v príspevku *Rodinné skupinové konferencie a ich prínos pre sociálnu prácu s rodinou*. In *Mosty k rodine*, 2010, roč. 1, č. 1, s. 19-20.

dieťaťa, prijali zodpovedné rozhodnutia a vytvorili vlastný plán rodiny.

Výhodou RSK je odľahčenie sociálnych pracovníkov. Špecifickým charakterom procesu RSK dochádza k posilneniu pozície klienta a presunu zodpovednosti v rozhodovacom procese na členov celej (aj širšej) rodiny a jej priateľov. Prihliada sa pritom najmä na záujmy, práva a právom chránené záujmy dieťaťa a odbúrava sa časť časovo, finančne a organizačne náročnej agendy a intervencie zo strany štátnej správy alebo samosprávy. Komplexnosť problémov rodín, ktoré sú klientmi sociálneho systému, je objektívne nereálne zvládnuteľná preťaženým sociálnym pracovníkom. V modeli RSK sociálny pracovník získava do tímu mnohých (podľa výsledkov výskumov 13-16) dieťaťu blízkych ľudí, ktorí sú ochotní prevziať svoj podiel rodinou plánovaných úloh v prospech dieťaťa. Rodina zároveň zostáva zodpovedná aj za tvrdé rozhodnutia.

Rodinné skupinové konferencie sú prínosom pre sociálnu prácu s rodinou, keďže:

- berú do úvahy postoj širokej rodiny, ľudí dôležitých v živote dieťaťa a samotného dieťaťa k otázkam jeho budúcnosti;
- aktivujú „skrytý – neviditeľný potenciál“ rodiny, čo pomôže vytvoriť priestor pre také opatrenia, aké by bez zvolania RSK nemohli vzniknúť;
- dávajú možnosť vcitovať sa do druhej strany a pochopiť motívy jej konania; posilňujú partnerstvo, tímovú spoluprácu a pozíciu klienta;
- dieťa nie je vystavené stresu kvôli tomu, že nevie, čo sa s ním bude ďalej diať, pretože je prítomné a zapojené do procesu riešenia situácie;
- pri vyjadrovaní pocitov môže každý kľúčový účastník RSK (rodič, dieťa) bezprostredne pociťovať oporu rodiny (aj širšej) a blízkych, a zároveň má v celom procese RSK k dispozícii určenú podpornú osobu.

V sociálnej práci model RSK predstavuje posun v zmysľaní o klientoch. Nepozeráme sa už na klienta ako na človeka, ktorý potrebuje pomoc, ale ako na človeka, ktorý by mohol potrebovať

služby, ktoré môže organizácia sociálneho systému poskytnúť. Pre klienta je dnes takmer nemožné cítiť sa rovnocenne, ak len žiada o pomoc, alebo ak reakciou na jeho potreby sú ponúknuté hotové a odborné, avšak cudzie riešenia. Málokedy môže sociálny pracovník v našich podmienkach venovať prípadu kontinuálnu pozornosť a komplexnú starostlivosť. Dôležité zdroje v rámci rodiny a jej sociálnej siete zostávajú mimo pozornosti. Môže to viesť k oneskoreným zásahom, keď už je problém rodiny vypuklý a zásah smeruje k vyňatiu detí. Vyňatie dieťaťa do náhradnej starostlivosti bez predchádzajúcej a následnej systematickej práce s rodinou často vedie k neúspešnej spolupráci na obnove a stabilizácii rodiny a spôsobuje riziko odcudzenia dieťaťa a rodiny.

Z posledného výskumu SPDDD Úsmev ako dar Ohrozená rodina, do ktorého boli zapojené všetky ÚPSVAR SR, vyplynulo, že 56 % detí v inštitúciách by sa mohlo vrátiť do biologickej rodiny, keby rodina dostala primeranú podporu.

Kľúčovým aspektom úspešnej aplikácie modelu je nezávislý koordinátor, ktorého zodpovednosťou je určiť silné stránky a potreby rodiny. Spolupracuje so sociálnym pracovníkom, ktorý vedie prípad. Konferencii predchádza systematická príprava účastníkov podľa striktných princípov a filozofie RSK, pod vedením koordinátora s osvedčením akreditovaného subjektu pre RSK.

Fázy procesu RSK:

1. *podnet* na usporiadanie RSK zo strany sociálneho či prípadového pracovníka, iného subjektu (škola, inštitúcia náhradnej starostlivosti, samospráva);

2. *prípravná fáza* – spolupráca navrhovateľa s koordinátorom RSK, príprava členov širokej rodiny a odborníkov zapojených do problému rodiny;

3. *samotná RSK* má tri časti:

a) *Poskytovanie informácií* – prípadový sociálny pracovník objasní riziká, ktoré dieťa ohrozujú. Vysvetlí členom rodiny zákonné podmienky, ktoré musia byť v pláne zohľadnené, aby dieťa nebolo v budúcnosti ohrozené. Rodinou prizvaní odborníci a profesionáli ako poskytovatelia služieb, ktoré by rodina mohla vo svojom pláne potrebovať (učiteľ, špecialista na závislosti, facilitátor klubu

anonymných alkoholikov, psychológ, terapeut), objasnia problém dieťaťa zo svojej strany a to, ako môžu byť nápomocní pri riešení problému. Rodina v tejto fáze kladie profesionálom otázky a kedykoľvek sa zapojí do diskusie.

b) *Dôverný čas pre rodinu* – Rodinná rada – stretnutie širokej rodiny a ľudí blízkych dieťaťu bez účasti profesionálov, vytvorenie plánu rodiny.

c) *Odsúhlasenie plánu a uznanie jeho legitímnosti kompetentným sociálnym pracovníkom* - neakceptovanie plánu rodiny môže nastať len v prípade, že plán rodiny nie je bezpečný pre dieťa.

4. *uskutočnenie plánu* – široká rodina a jej blízki realizujú vlastné naplánované úlohy, využívajú servis a odbornú pomoc širšieho tímu;

5. *hodnotiaci proces* – hodnotiace stretnutia rodinnej rady sú postavené na posilňovaní pozitívnych skúseností z úspešnej realizácie postupných krokov, zvyčajne po 3 mesiacoch, po 6 mesiacoch a po 1,5 roku.

RSK sa zvyčajne využívajú, keď sa rozhoduje o tom:

- kde bude dieťa žiť, ako zabezpečiť dieťaťu bezpečné prostredie,
- ako zabezpečiť lokálnu adresnú podporu pre rodinu, aby lepšie zvládala starostlivosť o deti,
- ako predísť vylúčeniu dieťaťa zo školy, prípadne pomôcť dieťaťu vrátiť sa so školského systému,
- ako pripraviť dieťa, jeho rodinu, školu a ďalšie sociálne prostredie na návrat dieťaťa z ústavnej starostlivosti,
- aký spôsob kontaktu s biologickou rodinou a pôvodným prostredím je pre dieťa vhodný,
- ako zabezpečiť bezpečie a naplnenie základných potrieb pre rodinu.

Ilustračná kazuistika RSK (skrátená verzia)

Rodina V. stratila bývanie a päť detí umiestnili do Detského domova Štós. Sociálne pracovníčky detského domova nás oslovili, aby sme začali s rodinou pracovať a hľadali spôsob, ako vrátiť päť detí späť do rodiny, nakoľko sledujú intenzívny a dobrý vzťah matky k deťom a naopak. Účastníci Stretnutia rodinnej rady v tomto prípade hľadali odpoveď na otázku, ako zatiaľ zabezpečiť aspoň pravidelné návštevy detí u rodičov, a ako môže pomôcť širšia rodina. Členovia rodiny sa dohodli a prijali plán,

vďaka ktorému môžu deti tráviť víkendy s rodičmi a prespávať u širšej rodiny, keďže bytové pomery rodiny V. neumožňujú nocľah sedemčlennej rodine (maličká vrátnica starej firmy bez vody a elektriny). Už prvá návšteva potvrdila, že väzby detí a rodičov sú veľmi silné, deti pri návrate do detského domova plakali, držali sa rodičov a nechceli sa s nimi rozlúčiť.

Ďalšie Stretnutia rodinných rád riešili vzťahy v pestúnskej rodine, v ktorej syn začal žiarliť na svojich dvoch súrodencov z detského domova, narušené vzťahy medzi matkou a dcérou, ale aj ambície nadanej dcéry, ktorá by chcela študovať vo vzdialenej Kremnici na osemročnom gymnáziu. Aj v tomto prípade zapojenie širšej rodiny pomohlo, vďaka podpore rodiny sa podarilo získať dosť financií na to, aby dcéra mohla odísť do Kremnice, cestovať domov každý víkend a tiež, aby mala mobilný telefón, z ktorého môže volať domov, keď jej bude smutno.

V jednom prípade sa zapojilo do Stretnutia rodinnej rady aj mesto a podarilo sa vyriešiť bytový problém rodiny. Matka s tromi deťmi žila u svokry, keď sa otec vrátil z výkonu trestu. Rodina túžila žiť spolu, no medzi jej členmi začali vznikať rôzne konflikty. Stará mama (matka mamy) nakoniec požičala rodine zálohu na sociálny byt od mesta, rodina sa presťahovala, matka si dokončuje maturitu, otec príležitostne pracuje a zvládajú tak platiť nájom a splácať pôžičku starej mame (Hajdúchová, 2010).

2.8 Špecifické intervenčné podporné programy

Pojmom prevencia môžeme v kontexte sociálnej práce s rodinou označiť pôsobenie na ľudí – rodiny, v ktorých sa nikdy zlé zaobchádzanie s deťmi nevyskytlo, a taktiež pôsobenie na tie rodiny, u ktorých môžeme predpokladať zvýšené riziko nesprávneho zaobchádzania a nedostatočnej starostlivosti o deti. Preventívne programy sa môžu zamerať na všetky hlavné faktory, o ktorých sa predpokladá, že determinujú nesprávne zaobchádzanie s deťmi. Podporné programy sú dôležité pre rodiny, ktoré sú problémové, ale zvládajú riešiť svoje ťažkosti za účasti odborníkov, a tak sú schopné zabezpečiť fungovanie rodiny. Intervenčné a podporné programy pomáhajú udržiavať rodinu ako celok a kvalitatívne prispievať k hĺbkovým zmenám v rodinných alebo partnerských vzťahoch, vo výchove detí a vo všetkom, s čím sa rodina zápasí.

Preventívne programy podpory rodín sa neustále dopĺňajú a inovujú podľa potrieb sociálnych skupín a vznikajúcich sociálnych problémov. Je ich veľké množstvo, pričom záleží od sociálneho problému a cieľovej skupiny. My vyberáme niektoré z nich, ktoré sú v dostupnej literatúre menej známe, teda majú inovatívny charakter: Filiálna terapia, Kiko a ruka, Program Ja a mama.

Filiálna terapia (FT) je výnimočne upravená pre klienta a praktizovaná na ňom, je to terapia orientovaná na hru ako alternatívnu metódu riešenia problémov detí. Pri tejto metóde rodič vystupuje ako spojenec v terapeutickom procese a stáva sa primárnym terapeutickým činiteľom (Landreth, 1991).

Cieľom filiálnej terapie je vylepšiť vzťah medzi rodičom a dieťaťom, vytvoriť pre dieťa akceptujúce prostredie, v ktorom môže naplno vyjadriť svoje pocity a myšlienky a zvýšiť schopnosť rodiny navzájom komunikovať, zvládať a riešiť problémy tak, aby boli v budúcnosti samostatnejší a úspešnejší v ich riešení (VanFleet, 1994).

Ide sa o špeciálny druh terapie hrou, kde dospelý – obyčajne rodič – absolvuje hravé stretnutia s vlastným dieťaťom alebo deťmi. Každé dieťa v rodine má hravé stretnutie raz týždenne, pričom špeciálne trávi čas s rodičmi. Musí sa opakovať vždy v rovnakom čase. Terapeut rodiča trénuje pár týždňov, aby nadobudol potrebné zručnosti v terapii hrou. Následne ho podporuje v priebehu celého terapeutického procesu vo forme supervízií. Trénovaní môžu byť obaja rodičia (alebo rodič a partner), pričom ktorýkoľvek z nich môže viesť hrové stretnutia s deťmi. Zvládnutie filiálnej terapie obyčajne trvá 3 mesiace (Landreth, 1991).

Všeobecne je cieľovou skupinou pre FT to isté vekové obdobie, ako pre terapiu hrou. Znamená to, že FT je najvhodnejšia pre deti vo veku 3 až 10, resp. 12 rokov. Existujú aj verzie FT špeciálne prispôsobené pre staršie deti a adolescentov.

Filiálna terapia prináša zúčastneným rodičom a deťom početné prínosy, z ktorých za najdôležitejšie považujeme to, že:

- rodičia a deti spolu trávajú čas, prehľbuje sa ich vzájomný vzťah a porozumenie;

- deti sa postupom času stávajú menej problémové, viac kooperujúce, smelšie, pribojnejšie, iniciatívnejšie, aktívnejšie;
- rodičia získavajú nové rodičovské zručnosti: učia sa pomenúvať pocity dieťaťa, naladiť sa na dieťa, zadať mu hranice, vyvodiť dôsledky správania.

Filiálna terapia je primárne určená pre deti. Spoločne so zmenou dieťaťa však dochádza aj k zmene rodiča. VanFleet (1994, s. 3) uvádza nasledovné terapeutické ciele pre deti a osobitne pre rodičov:

Terapeutické ciele pre deti:

- dať deťom možnosť spoznať a vyjadriť svoje city naplno a konštruktívne;
- dať deťom príležitosť, aby boli počuté;
- pomôcť deťom nájsť efektívne spôsoby riešenia problémov a efektívne copingové zručnosti;
- zvýšiť sebavedomie a sebahodnotenie detí;
- zvýšiť dôveru detí voči ich rodičom;
- redukovat' alebo eliminovat' maladaptívne správanie a aktuálny problém;
- pomôcť deťom vyvinúť aktívnejšie správanie;
- podporovať otvorenú a súdržnú atmosféru v rodine (zvyšovať rodinnú kohéziu), ktorá prispieva k zdravému a vyváženému vývinu dieťaťa vo všetkých sférach: sociálnej, emocionálnej, intelektuálnej, behaviorálnej, fyzickej a duchovnej.

Terapeutické ciele pre rodičov:

- vo všeobecnosti zvýšiť u rodičov pochopenie špecifik detského vývinu;
- obzvlášť zvýšiť u rodičov pochopenie vlastného dieťaťa;
- pomôcť rodičom pochopiť dôležitosť hry a emócií v živote ich dieťaťa ako aj v ich vlastnom živote;
- znížiť u rodičov pocity frustrácie týkajúce sa ich dieťaťa;
- pomáhať rodičom rozvíjať zručnosti, ktoré pravdepodobne prinesú lepšie výsledky vo výchove ich dieťaťa;
- zvýšiť dôveru rodiča vo svoje rodičovské schopnosti;
- pomôcť rodičom otvoriť dvere komunikácie so svojim dieťaťom a potom pomôcť udržiavať tieto dvere otvorené;

- umožniť rodičom lepšie spolupracovať ako tím;
- umocniť rodičovské pocity vrúcnosti a dôvery voči svojim deťom;
- poskytnúť rodičom bezpečnú atmosféru, v ktorej sa neboja postaviť vlastným problémom, ktoré súvisia s ich deťmi alebo ich rodičovstvom.

Uplatnenie filiálnej terapie je vhodné pre rôzne sociálne, emocionálne, ako aj behaviorálne problémy detí. Opodstatnenosť a oprávnenosť použitia tohto druhu terapie u detí bola dokázaná viacerými výskumnými štúdiami v prípadoch, akými sú úzkosť, depresia, reakcia na traumy, bojzľivosť, chronická choroba, problémy s nadviazaním rovesníckych a priateľských kontaktov, agresívne prejavy, odmietanie školy, školské problémy, enuréza. Filiálna terapia má však dôležitý prínos aj pre prevenciu (VanFleet, 1994). Je vedecky dokázané (Rennie, Landreth, 2000), že táto terapia posilňuje interakciu medzi rodičom a dieťaťom, učí rodičov nadobúdať efektívne rodičovské zručnosti, znižuje rodičovský stres, čím dopomáha k pokojnejšej atmosfére v rodine, a tým aj k zdravšiemu prostrediu pre harmonický vývin dieťaťa.

Preventívny program KIKO a RUKA pripravila a rozšírila Rada Európy v roku 2011 v rámci kampane Jedno z piatich – zameranej na prevenciu a zamedzenie sexuálneho násillia na deťoch. Hlavným cieľom kampane je upozorniť na problém sexuálneho násillia na deťoch a rozšíriť brožúrku (rozprávkovú knižku) pre deti, ktorá smeruje k pochopeniu problému a jeho prevencie. Brožúrka KIKO a RUKA jemnou a prístupnou formou približuje hranice intimity v medziľudskom vzťahu. Podstatou programu je naučiť deti pravidlo „TU SA NEDOTÝKAJ“, prostredníctvom ktorého môžu rodičia deťom vysvetliť, kde by sa ich ostatní nemali dotýkať, ako reagovať na sexuálne zneužívanie, a kde hľadať pomoc. Čo obsahuje toto pravidlo? Dieťa by sa ostatní nemali dotýkať na tých častiach tela, ktoré sú zvyčajne zakryté spodnou bielizňou. A deti by tiež nemali na tieto partie tela siahať iným deťom. Pravidlo tiež pomáha vysvetliť deťom, že ich telo patrí iba im, že existujú dobré a zlé tajomstvá, rovnako ako dobré a zlé dotyky. *Pravidelné informovanie* o tom, kto dáva dieťaťu darčeky, kto hovorí dieťaťu, aby ich

kontakty udržovalo v tajnosti, alebo sa pokúša tráviť čas s dieťaťom osamote, sa musí stať v rodine pravidlom. Dieťa by malo poznať jednoduché pravidlá kontaktu s cudzími osobami: nikdy nesadať do auta s cudzou osobou, nikdy od cudzích ľudí neprijímať darčeky alebo ponuky na stretnutie. Deti by mali vedieť, že existujú odborníci, ktorí im môžu pomôcť (učitelia, sociálni pracovníci, ombudsmeni, lekári, školskí psychológovia, policajti), i linky dôvery, kam môžu deti zavolať a požiadať o radu.

Tento program odporúča Rada Európy zaviesť vo všetkých organizáciách pracujúcich s rodinou a deťmi, napr., implementovať ho prostredníctvom sociálnych pracovníkov do materských škôlok medzi učiteľov MŠ, medzi deti, a cez nich k rodičom.¹⁹

Ja a mama – preventívny program pre rodiny, ktoré prežili násilie. Ide o program, ktorý vytvorili gestalterapeutky Dušana Karlovská a Natália Krovancová (2008a,b). Po ich dlhoročných skúsenostiach s poskytovaním pomoci zneužívaným osobám, ktoré zažili násilie v rodine, si uvedomili, že násilie ohrozuje nielen život a zdravie, ale závažne ovplyvňuje aj ich vzájomný vzťah. Násilná osoba používa množstvo stratégií, ktorými narúša vzťahy medzi rodinnými príslušníkmi. Preto je dôležité ošetriť poruchy pripútania a posilniť attachment – vzťahovú väzbu medzi deťmi a rodičmi.

Interaktívny program obsahuje dve príručky:

a) edukačnú – *Žijeme spolu bez násilia*. Ide o pomenovanie domáceho násilia, o vplyv násilia na dospelé zneužívané osoby, na deti, prežívanie detí, potreby detí žijúcich v násilnej situácii, vplyv násilia na vzájomný vzťah mamy a dieťaťa vo vzťahu k otcovi.

b) interaktívnu – *Ja a mama*, ktorá obsahuje 46 aktivít rozdelených do trinástich kapitol. Každá kapitola sa venuje jednej konkrétnej téme: 1. úvod k aktivitám, 2. vzájomné poznávanie, 3. prežívanie, 4. potreby, 5. hranice, 6. rešpekt, 7. dôvera, 8. podpora, 9. láska, 10. otvorená komunikácia, 11. násilie, 12. bezpečie, 13. spoločné trávenie voľného času. úvod každej aktivity tvorí inštrukcia pre dieťa a pre rodiča.

¹⁹ Viac informácií o programe je na stránke www.tadysenedotykej.org.

Účastníci programu pracujú tak, že sa 1x týždenne stretávajú s odborníkom a spoločne absolvujú postupné aktivity s tým, že vždy zároveň dostanú za úlohu absolvovať nejakú aktivitu aj doma. Ak sa pracuje pravidelne, program trvá necelý rok. Tento čas je dôležitou podmienkou prehĺbenia vzájomného vzťahu.

Efektivita preventívnych programov závisí od miery budovania programu na „mieru“ podporeného výskumom potrieb cieľovej skupiny, v našom prípade rodiny. Kopírovanie existujúcich modelov práce s rodinou v iných podmienkach nemusí prinášať úspech. Prevencia by mala byť súčasťou funkčného systému sociálnych služieb rodinám. Subjekt ponúkajúci preventívne programy by mal zmapovať funkčnosť existujúceho systému služieb pre rodiny, prípadne sa pokúsiť presadiť zmeny.

2.8.1 Programy poskytované v domácom prostredí

Programy orientované na rodinné prostredie vychádzajú z potrieb rodiny, mapujú rodinné vzťahy, zaoberajú sa neprimeraným vnímaním detí zo strany rodičov i schopnosťou rodičov podnecovať dieťa a účinne uplatňovať disciplínu. Hľadajú možnosti, ako u rodičov podporiť zvládanie stresu a primerane reagovať na potreby dieťaťa. Niekedy je potrebné zaškoliť rodinu i v hospodárení s financiami, v zásadách správnej výživy a hygieny detí, v riešení konfliktov medzi dospelými, v spôsobe hľadania vhodného zamestnania pre dospelých (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010). Programy môžu byť poskytované v domácom prostredí (sú vhodné predovšetkým v rodinách, kde sa vyskytuje syndróm CAN, zanedbávanie). Programy môžu pomáhať rodinám, ktoré majú problémy. Programy poskytované v domácom prostredí sú tzv. *návštevné programy*, vzhľadom k tomu, že ide o poskytovanie služby priamo v rodinnom prostredí klienta.

Špecifikom programov poskytovaných v domácom prostredí je, že pomáhajú vyhľadávať potenciálnych klientov sociálnych služieb v ich prirodzenom prostredí a ich prvé spoločné stretnutie neprebíha na pôde organizácie, ktorá zamestnáva daného pracovníka.

Program pod názvom **Projekt „12 ways“** je americký program pre vysoko rizikových, zneužívajúcich a zanedbávajúcich rodičov, založený na ekobehaviorálnom prístupe. Program venuje rovnakú pozornosť faktorom prostredia ako aj individuálnym a rodinným vplyvom. Po hodnotení potrieb rodiny sa rodičia zúčastňujú individuálnej zostavy terapeutických postupov, ktorých cieľom je podpora pozitívneho vzťahu medzi rodičmi a deťmi, zvýšená bezpečnosť v domácnosti, zaistenie primeranej výživy pre deti, prípadne udržiavanie zdravia všetkých členov rodiny. Okrem toho je jednotlivým členom rodiny poskytovaný výcvik v asertivite, protistresový kurz, protialkoholická liečba a iné.

„**The Homebuilders Program**“ bol založený v sedemdesiatych rokoch a je v USA najrozšírenejším a najviac napodobňovaným programom, ktorý sa snaží o zachovanie rodiny. Model je pozoruhodný individualizovanou formou intervencie, intenzitou programu a flexibilným pracovným rozvrhom, tým, že na jedného pracovníka pripadá nízke množstvo klientov, ale aj časovo limitovanými službami a pokusmi o hodnotenie efektivity programu. Varianty programu sa líšia pracovnými metódami, úrovňami výcviku, dostupnosťou personálu a kapitálu nevyhnutného na nákup potravín alebo služieb rodinám. Po tom, ako skončí program a poskytovanie služieb, ostáva väčšina intervenovaných detí doma.

V zahraničí sú často využívané **návštevne programy v rodinách**, v ktorých prišlo na svet dieťa. Pomoc môže byť ponúkaná aj tým rodičom, u ktorých sa predpokladá výskyt problémov s výchovou detí – napr. ženám, ktorým sa narodilo dieťa a partner s nimi nežije. Cieľovou skupinou tohto programu môžu byť aj matky, ktorým sa narodilo dieťa, boli oslovené v pôrodnici a súhlasili s tým, že ich bude niekto navštevovať a pomáhať im so starostlivosťou o dieťa. Pomáhajúca osoba je najčastejšie žena pracujúca ako dobrovoľník pre agentúru, ktorá zabezpečuje program (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010).

Program video tréning – MARTE MEO (*pomôcť si z vlastných síl*) – ide o program, ktorý sa vyvinul v Holandsku. Marte meo je metóda video tréningu, ktorá je veľmi významná v praxi sociálneho pracovníka a môžeme ju charakterizovať nasledovne:

- je to intenzívna a krátkodobá forma pomoci;

- je zameraná na komunikačný potenciál;
- nástroj je VIDEO „behaviorálny mikroskop“;
- aktivácia potenciálu nastáva prirodzeným správaním, t. j. preukazovaním rešpektu voči vytváraniu príležitosti pre rast;
- MARTE MEO nekompenzuje (nerobíme namiesto klienta, ale posilňujeme jeho zručnosti);

Snaží sa upozorniť rodinu v prirodzených podmienkach na nové zručnosti a odovzdať jej ich konštruktívnou formou *základy zdravej komunikácie*:

- rozpoznať komunikačnú iniciatívu dieťaťa,
- potvrdiť príjem signálu (otec - futbal, mama – pečie; nepozorujú dieťa),
- pomenovať interakcie, odobriť ich,
- striedať poradie pozornosti,
- prijať fakt, že za komunikáciu sú zodpovední rodičia.

Tento spôsob programov umožňuje kontakt s ľuďmi, ktorí inštitucionalizovanú pomoc sami nevyhľadajú, alebo ju dokonca odmietajú. Návštevy priamo doma takto umožňujú kontakt s celou rodinou, prípadne širším spoločenstvom. V takomto prípade sa ponúka možnosť skupinovej či komunitnej práce. Tieto špecifiká v sebe obsahujú také príležitosti a potenciál, ktoré nie je možné využiť pri práci s jednotlivcom v poradenskom zariadení či na úrade. Na druhej strane, vstup do súkromných priestorov jednotlivcov, rodín a celých spoločenstiev kladie vysoké nároky na profesionalitu a etické správanie pracovníkov, rovnako ako vstup do teritória cieľovej skupiny, ktorá sa nachádza vo verejnom priestore.

2.9 Základné štandardy asistovaného styku rodičov a detí²⁰

Asistovaný styk sa stáva čoraz viac využívanou formou práce s rodičmi a ich deťmi po rozchode alebo rozvode rodičov. Jedná sa o kontakt v bezpečnom prostredí, ktoré umožní stretnutie bez prežívania napätia a deťom umožní prežívať pozitívne aspekty

²⁰ Podkapitola je skrátenou verziou príspevku Tornóczyová, Ľubica *Asistovaný styk - nová výzva pre sociálnu prácu s rodinou* In Hardy a kol., 2012, s. 445-447.

ambivalentného vzťahu strach – láska s agresívnym rodičom. Význam asistovaného styku spočíva pre dieťa, okrem iného, v tom, že má zabezpečený bezpečný styk s oboma rodičmi, nie je zaťahované do konfliktov medzi nimi. Najvyšším záujmom je záujem dieťaťa a tomu sa prispôsobujú všetky rozhodnutia počas realizácie asistovaného styku.

Na Slovensku neexistuje odborná literatúra, ktorá by sa zaoberala asistovaným stykom. Na tomto mieste preto uvádzame vymedzenie základných pojmov zo zahraničných zdrojov:

Asistovaný styk - podľa *Supervised Visitation Network Worldwide* je asistovaný styk definovaný ako zabezpečenie kontaktu medzi jedným alebo viacerými deťmi a rodičom, ktorému nie sú deti zverené do starostlivosti. Deje sa tak za prítomnosti tretej osoby, ktorá je zodpovedná za zaistenie bezpečia pre všetkých zúčastnených a za monitorovanie priebehu stretnutia.

Akýkoľvek styk medzi dieťaťom a rodičom by mal byť pre obe strany šťastnou udalosťou. Napriek prítomnosti tretej osoby je pri stretnutí vhodné zabezpečiť také podmienky, ktoré budú pre dieťa i rodiča čo najmenej stresujúce (napr. zabezpečenie hračiek, tvorivého materiálu, spoločenských hier a pod.). Cieľom asistovaného styku je pomoc pri nadväzovaní alebo/aj ozdravení vzťahov medzi rodičom a dieťaťom, pozorovanie ich vzájomného správania sa a podanie správy o priebehu asistovaného stretávania kompetentným inštitúciám (napr. ÚPSVaR, súdu a pod.). Ak je vplyv rodiča na dieťa negatívny, alebo ak je dieťa stretávaním vyslovene traumatizované, úlohou prítomnej odborníčky či odborníka je, aby takémuto správaniu zabránili, príp. asistovaný styk ukončili.

Výmena dieťaťa pod dohľadom – v anglickej literatúre je okrem toho uvádzaný ďalší pojem, tým je „výmena pod dohľadom“. Výmena pod dohľadom predstavuje odovzdávanie si jedného alebo viacerých detí medzi rodičmi. Dohľad prebieha iba na čas odovzdávania si dieťaťa, realizácia styku dieťaťa s rodičom sa deje bez dohľadu. Výmena pod dohľadom je spravidla poskytovaná v prípadoch, kedy rodičia alebo iné osoby, ktoré si dieťa odovzdávajú, nechcú prísť spolu do kontaktu pri odovzdávaní detí.

Výmena pod dohľadom predstavuje zároveň neutrálnu a bezpečnú pôdu pre odovzdávanie detí. Výmena pod dohľadom má veľký význam z hľadiska zabezpečenia bezpečného a vhodného miesta pre výmenu detí, s cieľom ochrániť ich pre prípadnými konfliktami medzi ich rodičmi.

V prípadoch domáceho násillia je cieľom ochrániť obeť násillia (spravidla matku) pred agresívnymi verbálnymi alebo/aj fyzickými útokmi otca dieťaťa. Výmena pod dohľadom je určená rodinám s vážnymi dysfunkciami akými sú napr. zneužívanie návykových látok či vážne psychické ochorenie rodiča, vážne problémy medzi rodičmi počas rozvodu, domáce násillie, týranie detí alebo prípady, kedy jeden z rodičov marí výkon styku detí s druhým rodičom. V prípadoch domáceho násillia alebo pri podozrení na týranie, zanedbávanie alebo sexuálne zneužívanie detí by mal súd najskôr zvážiť vhodnosť stretávania sa detí s týrajúcim rodičom. Pri výmene detí sa rodičia často správajú alebo komunikujú nevhodne. Ich správanie môže deťom spôsobiť vážne problémy až do takej miery, že budú stretávania s druhým rodičom odmietať.

Základné pravidlá, ktorými sa riadi program asistovaného styku v zahraničných organizáciách - jeho poskytovateľoch:

- osoba, ktorá je zodpovedná za monitorovanie asistovaného styku, je prítomná počas celého stretnutia;
- osoba, ktorá je zodpovedná za monitorovanie asistovaného styku, musí počuť všetku konverzáciu medzi dieťaťom a rodičom – je zakázané šepkanie, neverbálne signály alebo písanie odkazov;
- nepripúšťa sa žiadna diskusia o priebehu súdnych konaní alebo výsledkoch asistovaného styku;
- je zakázané vyjadrovať sa hanlivo o druhom rodičovi alebo/aj jeho rodine;
- je zakázané vypytovať sa na druhého rodiča, získavať informácie o ňom alebo/aj jeho rodine;
- je zakázané udierať či fackať dieťa alebo ho inak zastrašovať;
- je zakázané porušovať pravidlá organizácie, v ktorej sa asistovaný styk realizuje;
- poskytovateľ služby musí mať písomne vypracované pravidlá a podmienky zabezpečovania asistovaného styku, s ktorými

oboznami oboch rodičov a vyhotoví písomné poučenie, ktoré obaja rodičia podpíšu;

- poskytovateľ vyhodnocuje a analyzuje správanie sa klientov a klientok a rozhoduje o tom, či je možné vykonávať asistovaný styk bezpečne. V prípade, že nie je možné zaručiť bezpečnú realizáciu asistovaného styku, poskytovateľ má právo klientov a klientky odmietnuť, alebo výkon asistovaného styku pozastaviť;

- poskytovateľ si musí viesť dokumentáciu o priebehu asistovaného styku;

- poskytovateľ nemôže zabezpečiť úplnú bezpečnosť – dospelí klienti a klientky zostávajú zodpovední/é a trestne stíhateľní/é za svoje správanie;

- obaja rodičia podpíšu súhlas s poskytovaním asistovaného styku;

- osoba prítomná pri realizácii asistovaného styku musí byť schopná hovoriť a rozumieť jazyku, ktorým rozpráva rodič a dieťa;

- osoba, ktorá bude prítomná pri realizácii asistovaného stretávania, je povinná pripraviť dieťa na stretnutie s rodičom a vysvetliť mu, že asistovaný styk nie je jeho vina.

Realizácia asistovaného styku na základe odporúčaní OZ Pomoc ohrozeným deťom:

- v prípadoch domáceho a partnerského násillia, sexuálnych útokov, týrania alebo zneužívania detí a pri nebezpečnom prenasledovaní by malo byť povinnosťou realizovať asistovaný styk. Bolo by viac než vhodné, aby túto službu začali poskytovať organizácie špeciálne na to určené;

- nerealizujte asistovaný styk v prípade, ak ste v minulosti odborne pracovali s týranou osobou a jej deťmi. Deti majú v priestoroch poskytovateľa styku pocit bezpečia, ktorý môže prítomnosť násilnej osoby vážne narušiť. Je dobré, aby bol asistovaný styk v takomto prípade realizovaný v inej organizácii. Nie je správne v jednej chvíli týranej osobe a jej deťom pomáhať v úniku od násilnej osoby a po niekoľkých mesiacoch jej asistovať pri realizácii styku s deťmi;

- vopred si stanovte čo najjasnejšie pravidlá s oboma stranami a potvrdte to podpísaním písomného porozumenia a súhlasu.

- Odporúčame vypracovať si vlastné štandardy výkonu asistovaného styku;
- oboch rodičov vopred upozorníte na to, aké máte vzdelanie. Väčšina rodičov očakáva, že im bude pri styku asistovať psychologička. Často bývajú sklamaní, keď sa dodatočne dozvedia, že máte iné vzdelanie (spravidla sociálna práca) a že nebudete robiť žiadne osobnostné posudky detí alebo rodičov;
 - pokiaľ to neurčil súd vo svojom rozhodnutí, stanovte si s rodičmi frekvenciu a dĺžku stretávaní (napr. 1x týždenne po 90 minút) ako i celkové obdobie trvania asistovaného styku. Naša skúsenosť je, že tri mesiace sú spravidla dostatočným časom na to, aby ste vedeli zvážiť, či má asistovaný styk význam, alebo aby ste prípadne navrhli rodičom i súdu ďalší postup;
 - robte si čo najdetailnejší zápis z každého stretnutia. Veľmi to oceníte, ak budete vyzvaní k svedeckej výpovedi na súde.
 - v priebehu realizácie asistovaného styku nevypracujte žiadne správy a to ani na naliehanie ktoréhokoľvek z rodičov. Ste poverení súdom, a preto vypracujte správy až po tom, ako Vás súd k tomu vyzve;
 - minimálny vek, v ktorom je dieťa vhodné na realizáciu asistovaného styku, sú 2 roky. Maximálny vek by nemal presiahnuť 12 rokov. Mimo tohto vekového ohraničenia je asistovaný styk spravidla bezpredmetný;
 - je vhodné mať pre asistovaný styk vyčlenenú špeciálnu miestnosť s dostatkom priestoru, hračiek, kníh, spoločenských hier, farbičiek a pod. Podnecujte rodiča k tomu, aby si pripravoval vlastné aktivity;
 - nie je vhodné, aby sa personál asistujúci pri styku striedal. Dbajte na to, aby bola prítomná vždy tá istá osoba. Pokiaľ táto osoba nemôže byť prítomná, vopred o tom informujte rodičov i dieťa a styk realizujte až potom, ako zmenu osoby odsúhlasia (najlepšie písomne) obaja rodičia;
 - pokiaľ to nie je potrebné z hľadiska bezpečnosti, zasahujte do interakcií medzi dieťaťom a rodičom v nevyhnutnej miere.

Nemali by ste však preberať zodpovednosť za interakciu s dieťaťom za rodiča, alebo byť počas realizácie styku dominantní;

- asistovaný styk odmietnite vždy, keď by ste mali byť vystavení hrozbe násilia zo strany jedného z rodičov. Nie je nič zvláštne, že stúpa počet prípadov, v ktorých figurujú rodičia, ktorí sú spojení s kriminálnymi skupinami. Bezpečnosť poskytovateľa asistovaného styku nie je v našich podmienkach nijako zabezpečená.

3 SKUPINOVÁ SOCIÁLNA PRÁCA

Podľa Novotnej (2010, s. 9-10), sociálne skupiny neboli predmetom záujmu klasickej európskej sociológie 19. storočia. Pozornosť im začali venovať americkí sociológovia od 30. rokov 20. storočia v rámci tzv. „sociológie všedného dňa“. Od začiatku boli malé sociálne skupiny študované účelovo, so snahou zúročiť poznatky o nich v práci s nimi. Tento trend v súčasnosti nadobudol nové rozmery – nielenže analyzujeme spontánne vzniknuté sociálne skupiny a poskytujeme im poradenstvo, ale takisto tvoríme sociálne skupiny ako nástroj pomoci týmto skupinám a ich členom. V tomto kontexte sa využíva aj skupinová práca ako metóda sociálnej práce.

Cieľom skupinovej práce je zlepšenie kvality života celej skupiny a podpora individuálnych potrieb členov skupiny, napr. navodzovanie zmeny správania, rozvoj sociálnych zručností, posilnenie sebavedomia a pod., pričom k očakávanej zmene má dôjsť v sociálnom fungovaní skupiny a v bežnom živote každého účastníka (por. Matoušek, 2008b). Nemecký sociálny pedagóg Schilling (1999, s. 207) ako cieľ skupinovej sociálnej práce uvádza zabezpečenie istoty, podpory a pomoci prostredníctvom skupinových skúseností jednotlivých jej členov a sprostredkovanie hodnôt a noriem, ako aj ponuky možnosti riešenia problémov týchto členov.

Skupinová sociálna práca je metódou sociálnej práce, v ktorej sa malé množstvo osôb zdieľajúcich podobné záujmy alebo sociálne problémy pravidelne stretáva a venuje aktivitám zameraným na dosiahnutie zvolených cieľov s podporou, sprevádzaním alebo facilitovaním sociálneho pracovníka.

3.1 Typológia skupinovej práce

Skupinová práca sa využíva vo viacerých pomáhajúcich profesiách, najmä v (sociálnej) psychológii, sociálnej pedagogike, psychoterapii, andragogike a sociálnej práci.

Jestvuje viacero typológií skupín od rozličných autorov. Pre potreby sociálnej práce vychádzame z upravenej klasifikácie Michaela PRESTON-SHOOTA z jeho diela *Effective Groupwork* (1987, 2007) a členíme skupinové práce na:

❖ **Skupinové psychoterapie** – ide o rozličné modely terapií, kde liečebným nástrojom je aj skupina. V rámci nej sa zasahuje hlbšie do analýzy mechanizmov a procesov človeka. Aj keď prebieha v skupine, je zameraná viac osobnostne. Sociálny pracovník ju môže vykonávať len po absolvovaní psychoterapeutického výcviku a vystupuje v role *terapeuta*.

❖ **Skupinové poradenstvo** – na rozdiel od individuálneho poradenstva, skupinové poradenstvo ekonomickejšie využíva čas, financie, efektívne pracuje so skupinovou dynamikou, využíva skúsenosti, poznatky a vzájomné poradenstvo ľudí, ktorí majú podobné problémy (napr. nezamestnanosť); situácie sa lepšie ilustrujú a modelujú, klient si pri tomto type poradenstva môže vybrať z viacerých názorov (Schavel, Oláh, 2010, s. 42). Sociálny pracovník tu vystupuje v role *poradcu*. Špecifickou formou sociálneho poradenstva vzájomnej pomoci je *peer poradenstvo* (z angl. *peer to peer*), ktoré sa realizuje zvyčajne v skupine. Toto môže byť zamerané kolegiálne (problémy v práci) alebo rovesnícky (problémy detí a mládeže). Zdôvodňuje sa tým, že profesionálny poradca nemôže porozumieť problémom ľudí tak dobre ako kolega či rovesník (Gabura, 2005, s. 49).

❖ **Skupinová supervízia** – ide o efektívnu formu zvyšovania profesionálnych kompetencií pomáhajúcich profesionálov, ktorá využíva „silu“ skupiny a jej významných charakteristík (Vaska, 2012, s. 42) pod vedením profesionálneho supervízora.

❖ **Vzdelávacie skupiny** – ich cieľom je rozvoj najmä poznatkovej bázy členov skupiny. Sociálny pracovník môže byť v role *lektora* alebo *facilitátora*.

❖ **Výcvikové (tréningové) skupiny** – skupina zameraná na to, aby sa jej členovia prostredníctvom analýzy toho, čo sa v nej udialo („tu a teraz“), prepracovali k takým zmenám sociálneho správania, ktoré by im umožnili, aby boli v sociálnych situáciách úspešnejší (Hermochová, 1988, s. 20). Výcvik predstavuje sústavné a odborné

vedenie cvičenia, školenie pre získanie nejakej spôsobilosti alebo zdokonalenie sa v nej (Baštecká et al., 2003). Patria sem najmä sociálno-psychologické výcviky (SPV) a tréningové skupiny senzitivity. Do tejto kategórie môžeme zaradiť aj *skupinové koučovanie*, ktoré sa podľa Giertlovej (2004, 129) nezaobera, na rozdiel od SPV, analýzou a vysvetľovaním správania ľudí v skupine, ale je prioritne zamerané na riešenie praktických pracovných a životných situácií pri dosahovaní cieľov. Rolou sociálneho pracovníka je pozícia *trénera, kouča* alebo *facilitátora*.

❖ **Rekreačné a záujmové skupiny** – ich cieľom je napomáhanie zmysluplného trávenia voľného času (napr. detí, mládeže, seniorov) a rozvoja rôznorodých záujmov jednotlivých členov skupiny. Sociálny pracovník je v role *animátora* alebo *facilitátora*.

❖ **Diskusné skupiny** – ich cieľom je podporovať výmenu názorov a skúseností účastníkov skupinových stretnutí, za podmienky rešpektovania pravidiel eticky senzitivity komunikácie a kultúry slova. Prínosom sú najmä *tematické diskusie* vedené na existenciálne dôležité témy (viď nižšie Tavistocké semináre). Sociálny pracovník tu môže zohrávať rolu *moderátora, lektora, animátora* alebo *facilitátora*.

❖ **Skupiny sociálnej akcie** – sem patria tie skupiny, ktorých cieľom je verejnoprospešná činnosť, či už na báze dobrovoľnosti (*dobrovoľnícke skupiny*), charity alebo zmysluplnosti praktickej činnosti (*pracovné skupiny*). Sociálny pracovník vystupuje zvyčajne ako *koordinátor*.

❖ **Svojpomocné skupiny** – skupina ľudí, ktorí sa vzájomne podporujú a riešia svoje problémy bez nevyhnutnej účasti odborníka. Barker (2003, s. 388) definuje svojpomocné skupiny (*self-help groups*) ako dobrovoľnícke združenia neprofesionálov, ktorí zdieľajú spoločné potreby alebo problémy a pravidelne sa stretávajú s cieľom vzájomne sa podporiť, vymieňať si informácie o aktivitách a zdrojoch, ktoré im môžu byť nápomocné pri riešení ich problémov. Tieto skupiny sa zvyčajne stretávajú bez riadenia profesionálnym pracovníkom (In Mátel – Schavel, 2011, s. 72). Sociálny pracovník môže byť do skupiny prizvaný ako *poradca*.

Moderné svojpomocné anonymné skupiny začali svoju históriu 10. júna 1935, keď Bill W. a doktor Bob pomohli jeden druhému zostať triezvy. Založili hnutie Anonymných alkoholikov (AA). V súčasnosti sa odhaduje, že počet AA na svete presiahol jeden a pol milióna, čo z tohto hnutia robí najväčšiu svojpomocnú skupinu na svete (Hartl, 1997, s. 165).

Podľa Sagarina (1969, In Hartl, 1997, s. 166) jestvujú dva hlavné typy svojpomocných skupín:

1. usilujúce sa o zmiernenie *vlastného* nevhodného (deviantného) správania (napr. AA);
2. usilujúce sa o zmenu *definície* deviantného správania a o zmenu *postojov* okolia k nemu (napr. hnutia za občianske práva).

Všetky skupiny spája svojpomocný étos, čo znamená získavanie pomoci z toho, že si pomáhajú navzájom. V skupine nikto nemusí skrývať napríklad to, že je toxikoman, podelí sa o to s ostatnými a každý pomáha každému. Hlavným kľúčom k ich úspešnosti je schopnosť každého prijať, vziať ho dovnútra diania a mať hlboké pochopenie pre to, čo bolo predtým skrývaným problémom každého z členov skupiny. Zdieľanie, rovnosť a súdržnosť členov skupiny je to, čo dáva skupinám silu. Vzhľadom na svojpomocné skupiny spočíva úloha sociálnych pracovníkov v poskytovaní „nástrojov a konzultácií“ s cieľom pomôcť ľuďom začať alebo sa opätovne vzchopiť, keď narazia na problémy, ktoré nedokážu vyriešiť sami (Hartl, 1997, s. 166, 177-178).

Pri predstavení historicky významných typov skupinovej práce vychádzame z diel autoriek Ruth Murrayovej a Marilyn Huelskoetterovej (1983, In Hrgašová, 2009, por. Hupková, 2011, s. 24-25):

Zakladatelia	Názov	Stručná charakteristika
Jacob L. Moreno (1889-1974) Rakúsko, USA	<i>Psychodráma</i> 1912	Typ terapie, v ktorej osoba vyjadruje svoje pocity prostredníctvom hrania rolí na javisku spoločne s inými aktérmi. Diváci môžu na javisku voľne vystupovať, role alternovať, komentovať a interpretovať.
Trigant Burrow (1875 - 1950) USA Siegfried H. Foulkes (1898-1976) Nemecko	<i>Skupinová psychoanalýza</i> 30. roky 20. stor.	Typ skupinového prístupu, v ktorom sa uplatňujú princípy psychoanalýzy. Dôraz sa kladie na riešenie transferu a odporu.
Bill W. a doktor Bob (USA)	<i>Anonymní alkoholicy</i> 1935	Typ svojpomocnej podpornej skupiny, kde sa ľudia navzájom povzbudzujú v abstinencii.
Abraham Low (1891-1954) USA	<i>Recovery, Inc. (Uzdravenie)</i> 1937	Typ podpornej skupiny tvorený duševne chorými pacientmi hospitalizovanými na psychiatrii. Cieľom je podpora psychického zdravia.
Kurt Lewin (1890-1947) Leon Festinger (1919-1989) Robert W. White (1904-2001) USA	<i>Teórie skupinovej dynamiky</i> 40. roky 20. stor.	Typ skupinového prístupu využívajúci teóriu skupinovej dynamiky založenej na systematickom a vedeckom skúmaní fungovania skupín. Sústreďuje sa na kohéziu, expresiu a vzájomné interakcie v uzatvorených skupinách.
Maxwell Jones (1907-1990)	<i>Terapeutická komunita</i>	Typ skupinového prístupu, ktorý berie do úvahy

USA

50. roky
20. stor.

individuálne potreby vo vzťahu k skupinovým potrebám a ako prostriedok liečby využíva zdravé podporujúce prostredie. Prostredím sa rozumie celý komplex nemocnice, liečebné zariadenia, ich vybavenie, správa, emocionálna atmosféra, vzťahy medzi personálom a pacientmi.

Martin Buber
(1878-1965)
Nemecko

Existenciálne skupiny

60. roky
20. stor.

Typ skupín, v ktorých sa stretávajú osamelí, odcudzení, sociálne izolovaní ľudia a hľadajú zmysel svojho života. Členovia skupiny aj terapeuti spoločne participujú na skupinovom dianí, stávajú sa spontánnejšími, vnímavejšími k sebe samým a k druhým.

Wilfred Bion
(1897-1979)
Veľká Británia

Tavistocké semináre

60. roky
20. stor.

Prístup vyvinutý v priebehu 2. svetovej vojny, ktorý sa sústreďuje na diskusiu o bežných problémoch typických v určitých situáciách a pre väčší počet ľudí (napr. beznádej, neistota, nedôvera, odmietnutie, závislosti).

Fritz Perls
(1893-1970)
Nemecko

Gestalt skupina

70. roky
20. stor.

Uplatňuje sa v nej terapeutický prístup vychádzajúci z gestalt-terapie. Tento prístup sa sústreďuje na jednotlivca v aktuálne prebiehajúcom čase „tu a teraz“ - z pohľadu diagnostického a terapeutického. Využíva gestalt-experimenty na demaskovanie, objavovanie

		nových aspektov Ja a hľadanie riešení.
Eric Berne (1910-1970) USA	Transakčná analýza 70. roky 20. stor.	Členovia skupiny sa sústreďujú na porozumenie tomu, ako sa v ich správaní, čítení a myslení uplatňujú archaické stavy ega. Vzájomne si pomáhajú posilňovať stav ego dospelého.
	Hnutie T-skupín 60. roky 20. stor.	Ide o „sociálne laboratória“ špecializujúce sa na výučbu skupinovej dynamiky. Patria sem tréningové programy pre terapeutov, vedúcich skupín a pomáhajúce profesie (učiteľov, sociálnych pracovníkov, právnikov a pod.). Primárne boli zamerané na rozvoj zručností v interpersonálnych vzťahoch.
Carl Rogers (1902-1987) USA	Encountrová skupina 70. roky 20. stor.	Vyčlenili sa z T-skupín tým, že sa v nich akcentoval klinický aspekt a zvýšená koncentrovanosť na jednotlivca. Ide o typ skupinového prístupu zameraný na vzbudzovanie intenzívnych emócií, zážitkov „tu a teraz“. Kladie dôraz na osobnostný rast a rozvoj sebauvedomenia jednotlivca, jeho seberealizáciu, vedomie druhých a súčasne na rozvoj interpersonálnej komunikácie a vzťahov prostredníctvom zážitkového procesu.

Tabuľka č. 3 (zdroj: Murray, Huelskoetter, 1983 In Hargašová, 2009 upravené)

3.2 Význam a špecifiká skupinovej práce

V psychológii sa posledné desaťročia venuje zvýšená pozornosť významu malých sociálnych skupín vzhľadom na sebauvedomovanie, rozvoj osobnosti človeka, liečenie nervových porúch a neuróz. Ide v nich nielen o odovzdávanie vedomostí, ale aj o pomoc ľuďom v ich osobnom rozvoji a o lepšie poznanie seba a druhých, o uvoľnenie tvorivých síl, ktoré sú v každom z nás, ako aj o nápravu medziľudských vzťahov.

Výhodou malej skupiny je väčšia možnosť vzájomných interpersonálnych kontaktov, porozumenie a vyjadrenie sa každého účastníka. V malej skupine môže každý precítiť, že sa mu venuje pozornosť.

Medzi základné znaky malých sociálnych skupín, ktoré ovplyvňujú ich význam pre rozvoj jednotlivca v skupine alebo skupiny ako celku patria (por. Janoušek, 2008; Nakonečný, 2004; Gáborová, L. – Gáborová, Z., 2008):

- *existencia a sledovanie spoločných cieľov*;
- *interakcia* – vzájomné pôsobenie, ovplyvňovanie, súčinnosť medzi jej členmi, ktorá sa vytvára psychologickými vzťahmi medzi nimi;
- *sebauvedomenie si jednotlivcov ako skupiny, resp. vedomie súdržnosti a spolupatričnosti („my“)* – vedomie vzájomných psychických vzťahov, vzájomnej závislosti pri dosahovaní spoločných cieľov a uspokojovaní individuálnych potrieb členov skupiny a oprávnené očakávanie členov skupiny v tomto smere;
- *existencia spoločných hodnôt, názorov a noriem* – tieto regulujú ich vzájomnú interakciu a vystupovanie aspoň v určitých oblastiach;
- *sú priestorovo a/alebo časovo oddelené od ostatných individuí širšieho okolia; častosť sociálnych kontaktov v skupine.*
- *určitá organizovanosť* – členovia skupiny majú isté miesto, funkcie, postavenie.

Už na Národnej konferencii sociálnej práce v roku 1935 boli prijaté ciele sociálnej práce so skupinou, ktoré doposiaľ nestrácajú

svoju platnosť (por. Levická, 2008, s. 172), uvádzame ich v aktuálnej terminológii a mierne upravené:

- pomáhať členom skupiny k aktívnej účasti na živote skupiny, aby prostredníctvom nej rozvíjali vlastné spôsobilosti, posilňovali svoju občiansku zodpovednosť a zvyšovali záujem o sociálne dianie v spoločnosti;
- prostredníctvom rozvoja skupiny prispieť k rozvíjaniu individuálnych potenciálov jednotlivých jej členov a k zvyšovaniu kvality ich života;
- zabezpečovať prirodzený rast a rozvoj psycho-sociálneho fungovania členov skupiny;
- zabráňovať sociálnej dysfunkcii členov skupiny;
- poskytovať pomoc a oporu jednotlivcom, ktorí žijú v dysfunkčných sociálnych vzťahoch alebo tým, ktorí to potrebujú vzhľadom na ich sociálnu situáciu.

Levická (2008, s. 173) uvádza, že napriek skutočnosti, že skupina tvorí „celok“, sociálny pracovník nesmie zabudnúť na individuálne prejavy a potreby jednotlivých jej členov. Názov sociálna práca so skupinou môže navodzovať dojem, že všetky aktivity majú byť zamerané na prospech skupiny. Skupina však v tomto prípade nie je cieľom ale prostriedkom pôsobiacim v smere očakávaných zmien a v smere zvyšovania individuálnej kvality jednotlivých jej členov. Hlavným cieľom sociálnej práce so skupinou je dosiahnutie zmeny v oblasti sociálneho fungovania jej členov prostredníctvom ich účasti v skupine.

Podstatou práce so skupinou nie je prezentovanie hotového materiálu, ale povzbudenie účastníkov k *aktívnej účasti* na stretnutí. Predpokladá sa, že účastníci už sami získali informácie a skúsenosti a vznikla v nich potreba deliť sa s nimi a vnášať vlastné nápady.

Holistický prístup v skupinovej práci znamená využívanie rozličných prostriedkov komunikácie. Okrem hovoreného slova je možné pracovať prostredníctvom aktivizujúcich metód a techník, akými sú písanie, pohybové aktivity, kreslenie, náčrt, využívanie hier, zvukov. Tieto prostriedky slúžia okrem iného aj na povzbudenie, udržanie pozornosti účastníkov a pod. V podobnom duchu aj Rogers požadoval, aby bol v skupine prítomný *celý* človek.

Myslel tým to, že členovia skupiny by mali vnieŝť do skupiny celé svoje poznanie a aj svoje pocity, aby im facilitátor mohol pomôcť prejavíť sa a rásť – ako na úrovni myŝlienok, tak aj na úrovni pocitov.

Zásady povzbudzovania a osmeľovania sa dosahujú cez rozličné techniky (napr. pozitívnym feedbackom), v ktorých sa možno slobodne prejavíť. Sem patrí aj dôsledné vyhýbanie sa kritike výpovedí iných, či diskutovanie v malých skupinách.

Individualizácia je založená na skutočnosti, že jednotlivec sa v skupine nestráca, nezaniká. Práve naopak, jednotlivec sa v skupine prebúda, prostredníctvom nej vníma vlastnú individualitu, učí sa porozumieť sebe samému. Cieľom sociálnej práce so skupinou je pomáhať členom skupiny pri dosahovaní väčšej miery nezávislosti a rozvoja ich individuálnej schopnosti svojpomoci (Kaiserová In Levická, 2008, s. 176-177).

Konštruktivistický prístup v práci so skupinou znamená, že sa k nej pristupuje s rozvahou; rovnako vážne sa vnímajú jednotlivci i skupina. Metódy práce so skupinou sú rôznorodé a odrážajú, okrem iného, aj osobnostné rysy sociálneho pracovníka, zvolený program, skupinovú interakciu, ako aj reflexiu jednotlivých členov na dianie v skupine (Kaiserová In Levická, 2008, s. 177).

3.3 Vedenie skupiny

Pre fungovanie skupiny má veľký význam vedenie skupiny a *vodcovský štýl*, ktorý sa v nej presadí. Podľa Nakonečného (2004, s. 232) je za vodcu považovaná osoba, ktorá kontroluje aktivity skupiny, podstatne prispieva k jej súdržnosti, reprezentuje skupinu, zohráva v skupine významnú dominantnú rolu spojenú s činnosťou skupiny a jej cieľmi. Vodca má silnú pozíciu v skupine, resp. vysoký sociometrický status a ako taký má značný vplyv na členov skupiny a ich činnosť. Hemphill (1948, In Nakonečný, 2004, s. 233) uvádza nasledovné znaky vodcovstva: vodca 1. začína plánovanie a akcie; 2. má so skupinou neformálne styky; 3. zastupuje skupinu; 4. integruje skupinu; 5. organizuje skupinu; 6. dominuje v skupine 7. prijíma a poskytuje informácie; 8. prejavuje súhlas alebo nesúhlas s členmi skupiny, chváli ich, alebo karhá; 9. ovplyvňuje prácu

v skupine a jej výsledky. Zvyčajne je z uvedených znakov vytvorený určitý syndróm vodcu a jeho centrálnym znakom je dominancia.

Najčastejšie typy vedúcich podľa Warda, Adamsa a Levermora (1997, s. 98), v nadväznosti na dielo Lewina, sú autokratický, autoritatívny, demokratický a liberálny.

❖ **Autokratické vedenie** – je charakteristické snahou ovládať druhých, rozhoduje o cieľoch skupiny, vedúci tohto typu je despotickej a diktátorskej. Postupuje na základe príkazov, udržuje nízku komunikáciu v skupine, tým sťažuje formovanie vzťahov v skupine a znižuje skupinovú súdržnosť. Keďže sa ho členovia sociálnej skupiny boja, urobia všetko, čo im bolo povedané. Pre sociálnu prácu však tento druh vedenia nie je vhodný, stretávame sa s ním napr. v oblasti sociálno-patologických vplyvov siekt. Brown (In Kollárik, 1993, s. 156) v rámci neho rozlišuje ešte striktné vedenie, benevolentné vedenie a neschopného autokrata.

❖ **Autoritatívne vedenie** – vedúci takejto skupiny má veci pevne v rukách, má svoje plány, ale je otvorený aj iným myšlienkam. Kladie otázky a počúva odpovede, je otvorený návrhom členov skupiny, ale môže ich aj odmietnuť. Podľa Řežníčka (1994) je tento štýl vhodný v krízových situáciách, kedy je potrebný razantný a jednoznačný prístup a rovnako je vhodný v prostredí ľudí trpiacich neistotou. V sociálnej práci sa s týmto druhom vedenia môžeme stretnúť napr. pri práci so závislými.

❖ **Demokratické vedenie** – vodca je menej direktívny, berie do úvahy ctenie a názory ostatných. Rozdeľuje svoju právomoc medzi viacerých, nepoužíva donucovacie prostriedky. Umožňuje komunikáciu v skupine a tým formuje pozitívne vzťahy. Řežníček (1994) pri tomto štýle uvádza, že si vyžaduje veľa času v získavaní konsenzu v rozhodovaní, ale často je úspešný, pretože prebúdza silnú motiváciu k spolupráci a umožňuje efektívne využitie schopností všetkých členov skupiny. Tento typ vedenia je príznačný pre svojpomocné skupiny. Brown (In Kollárik, 1993, s. 156) v rámci neho rozlišuje ešte pravý demokratický typ a pseudodemokrata.

❖ **Liberálne vedenie**, resp. „voľný štýl“ (franc. *laissez-faire*) – ide o typ pasívneho vodcu. Skupinu ovláda minimálne a vedie ju podľa hesla „nechajme sa unášať prúdom.“ Skupine nedáva žiadnu pevnú formu a zriedkakedy je úspešný. V sociálnej práci sa nevyužíva.

Lippittov (In Kollárik, 1993, s. 156) označil aj ďalší typ vedenia:

❖ **Nechat' – konat'**, ktorý by sme mohli označiť aj facilitáciou. Facilitátor dočasne prevezme na seba úlohu vodcu, aby skupina bola efektívna a uspokojovala svojich členov. Tento typ vedenia sa často používa a v sociálnej práci.

Agryle (In Kollárik, 1993, s. 156) porovnáva štýly vedenia podľa úspešnosti a efektívnosti. Demokratickejší štýl je efektívnejší než autokratický, stavia ľudské stránky proti autokratickému využívaniu formálnej moci. Vedúci sú efektívnejší vtedy, ak si všimajú potreby členov skupín. Vedúci má skutočne viesť a nemá robiť to, čo by členovia skupiny úspešne zvládli sami.

Nedá sa povedať, ktorý z vyššie uvedených spôsobov vedenia je najvhodnejší. Tieto štýly vedenia by mali byť nejakým kontinuálom medzi sebou navzájom. Vedenie by sa malo meniť na základe potrieb skupín a jej členov. Každý z nás je individualita, ktorej vyhovuje niečo iné.

Osoba, ktorá vedie skupinovú prácu, môže byť v rozličných rolách – v závislosti od cieľov a povahy samotnej skupiny. Kratochvíl (2002, In Popelková, Zaťková, 2009, s. 77-78; Hupková, 2011, s. 81-82) uvádza päť rolí:

- ❖ *rola aktívneho vodcu* – je charakteristická aktivitou, usmerňovaním diania, vysvetľovaním, riadením a učením zo strany vedúceho. Využíva sa v skupinách, kde sa podávajú informácie, riešia konflikty, problémové situácie a nacvičujú sociálne spôsobilosti. Túto rolu môžeme pomenovať aj ako rolu učiteľa, ochrancu, režiséra, iniciátora, či inštruktora v skupine;
- ❖ *rola komentátora* – je zameraná na skupinový proces. Skupinovému daniu ponecháva voľný priebeh, aktívne ho neriadi a neusmerňuje. Vo viac alebo menej pravidelných

intervaloch komentuje a zhrnie, čo sa v skupine deje. Vhodná je napr. vo výcvikových skupinách, ktoré sú zamerané na výcvik v interpersonálnej senzitivite;

- ❖ *rola moderátora a experta* – vedúci nepreberá za dianie v skupine zodpovednosť, príležitostne zasahuje a usmerňuje dianie tak, aby smerovalo k žiaducemu cieľu. Sleduje a koordinuje diskusiu, poskytuje skôr podnety, ale nevnučuje svoje názory;
- ❖ *rola autentickej osoby* – vedúci sa prejavuje ako jeden z členov skupiny, vyjadruje svoje vlastné pocity a stáva sa modelom na napodobovanie, ukazuje členom, aký môžu mať zo skupiny zisk;
- ❖ *rola analytika* – je typická pre vedenie psychoanalytických skupín. Vedúci skupinovej práce ponecháva voľný priebeh diania v skupine a poskytuje interpretácie zamerané na odhaľovanie nevedomých motívov konania a prenosu.

V súčasnosti sa okrem týchto rolí často uvádza *rola facilitátora* a z vyššie uvedených rolí je mu najbližšia rola moderátora. Vedúci skupiny najmä uľahčuje a usmerňuje komunikáciu, interakciu a dianie v skupine vzhľadom na zvolené ciele. Rogers (1971) charakterizoval nedirektívnu rolu facilitátora nasledovne: „Dôverujem skupine, že za predpokladu uľahčujúcej atmosféry rozvinie vlastný potenciál a potenciál svojich členov.“ Gabura (2005, s. 171) upozorňuje na riziko tohto štýlu vedenia, ktoré spočíva v tom, že sa vedúci môže v očiach skupiny ocitnúť v roli nerozhodného alebo neistého „rodiča“. Nemal by preto „iba plávať na vlnách skupinovej interakcie“.

Umením skupinového vedúceho je „prečítať skupinovú situáciu“ a vzhľadom na ňu uplatniť primeraný štýl vedenia. Jednotlivé roly a štýly vedenia nemusia byť chápané rigidne, ale vedúci ich môže flexibilne meniť podľa aktuálnej situácie v skupine. Autoritatívnejšie štýly vedenia sú podľa Gaburu (2005, s. 172) indikované, keď je úloha vysoko štruktúrovaná, v akútnej kríze, ak je nedostatok času, ak sa porušujú etické normy a v skupine sa objaví stres. Tento autor ďalej uvádza, že teoretické poznatky i praktické skúsenosti potvrdzujú, že je užitočnejšie, keď skupinu vedú dvaja poradcovia, pretože si môžu

rozdeliť roly (jeden si všíma proces, druhý dynamiku; jeden je aktívnejší, druhý pasívnejší; jeden je kritický, druhý starostlivý). Dvaja vedúci skupiny môžu zachytiť a využiť oveľa viac prezentovaného materiálu. Mali by mať však jasne rozdelené kompetencie dohodu o pravidlách, nemali by súperiť pred skupinou, mali by byť kompatibilní.

Medzi hlavné zásady pri efektívnom vedení skupiny mládeže zaraďuje Smik (1994, s. 24) nasledovné atribúty:

- vedúci skupiny prenáša zodpovednosť a rozhodovanie na skupinu, pričom sám tieto rozhodnutia rešpektuje (samozrejme, vedenie závisí od toho, či sa pracuje s 12-15 ročnou mládežou, alebo 16-18 ročnou mládežou);
- akceptuje individuálnu nezávislosť a osobnú zodpovednosť členov skupiny pri formovaní vlastných postojov a spracovávaní informácií;
- lektor pri vedení vystupuje v role znalca, pretože musí erudovane komentovať udalosti v skupine, poskytovať informácie a vysvetlenia;
- pripravuje program a obsah skupinových sedení, určuje ich štruktúru a vedie ich;
- aktívne zasahuje do jednotlivých skupinových činností, poskytuje informácie, podporu a pomoc jednotlivým členom skupiny pri vyjadrovaní ich pocitov a formulovaní názorov;
- intenzívne sa zaujíma o skupinu, dbá na to, aby všetci jej členovia dostali priestor na vyjadrenie svojich názorov, pocitov, postojov, aby sa všetci v skupine cítili bezpečne;
- koriguje deštruktívnu agresiu voči slabším;
- podporuje rozvíjanie konštruktívnej skupinovej atmosféry, skupinovej súdržnosti, pocitu „my“;
- lektor si uvedomuje, že je tiež členom skupiny, prežíva pocity skupinovej identity;
- udržiava pozitívne napätie v skupine, vytvára priestor pre otvorené vyjadrovanie nesúhlasu, problémov a konfliktov

jednotlivých členov a aktívne pomáha pri ich riešení, aby nedochádzalo k citovému zraňovaniu jednotlivcov.

3.4 Sociálny pracovník pracujúci so skupinou

Názorom autorov je, že kompetencie pre skupinovú sociálnu prácu získavajú študenti odboru sociálna práca v druhom (magisterskom) stupni štúdia. Prácu so skupinou by mali robiť sociálni pracovníci, teda nie asistenti sociálnej práce. Základným kvalifikačným predpokladom sociálneho pracovníka na Slovensku je podľa zákona č. 219/2014 Z. z. ukončené vysokoškolské vzdelanie v magisterskom stupni v študijnom odbore sociálna práca. Na prácu so skupinou však sociálnemu pracovníkovi nestačia len vedomosti (čo platí najmä pri externých formách štúdia), ale potrebuje aj náležitý výcvik v skupinovej práci. Tento sa zvyčajne realizuje na základnej báze ako sociálno-psychologický výcvik (SPV), resp. výcvik sociálnych spôsobilostí. Skúsenosť vlastného výcviku by mala byť pre skupinovú sociálnu prácu *conditio sine qua non*. Ďalším dôležitým predpokladom pre sociálnu prácu so skupinou je jej praktické realizovanie a schopnosť „učiť sa v skupine a spolu so skupinou“.

Najdôležitejším nástrojom pri budovaní skupinových vzťahov je podľa Kaiserovej (In Levická, 2008, s. 177) osobnosť samotného sociálneho pracovníka. K jeho vlastnostiam by mala patriť disciplína, schopnosť prejavovať city, záujem o druhého, empatia, kongruencia, spontánnosť, flexibilita, kreatívnosť, akceptácia a pod. Dôležitá je aj schopnosť pracovať v tíme. Čo sa týka akceptácie, sociálny pracovník má akceptovať všetkých členov skupiny, ale nemusí akceptovať každé správanie. Sociálny pracovník pracujúci so skupinou pomáha členom skupiny, aby si sebauvedomovali vlastné JA na základe komunikácie a spätných väzieb medzi ostatnými členmi v komunite. Levická (2008, s. 178) akcentuje, že sociálny pracovník nepracuje pre klienta, ale s klientom. Skupinová práca sa chápe ako živý systém založený na vzťahu klient – pracovník.

Hartl (1997, s. 118-120) uvádza, že jedinec sa rodí do určitej kultúry, subkultúry, ktorá odráža komunitné, sociálne a etnické postavenie.

Sociálny pracovník si preto musí uvedomiť, že aj on sám je nositeľom hodnotového systému a môže sa líšiť od toho, ktorý platí v skupine. Ak sociálny pracovník vedome dodržiava hodnoty, v ktorých bol vychovaný, alebo sa proti nim búri, alebo sa snaží identifikovať s hodnotami skupiny, stále musí na sebe pracovať vedomou sebareflexiou a supervíziou, ktorá by mala byť súčasťou každého zariadenia, kde sa pracuje s človekom. Živný (2006) definuje zrelého facilitátora ako človeka, ktorý má vybudovaný svoj individuálny hodnotový systém, z ktorého vyplývajú nároky na jeho praktické správanie. Sociálny pracovník však nie je a nesmie byť sudcom, jeho hodnotový systém by mu nemal slúžiť ako meradlo na vyslovovanie súdov o druhých.

Postoje a životná filozofia facilitátora zohrávajú dôležitú úlohu v tom, ako vedie skupinu. Facilitátor by mal dôverovať skupine, že si vytvorí svoj vlastný potenciál a potenciál jednotlivých členov. S tým súvisí aj dôvera skupinovému procesu. Skupinový vedúci by mal rozpoznať jedinečnosť každej skupiny a pochopiť, že žiadne dve skupiny nezačnú alebo nekončia rovnakým spôsobom. Niektoré skupiny začnú tak, že budú klásť odpor voči prejavovaniu pocitov a budú preto napredovať veľmi pomaly. Iné môžu byť expresívnejšie hneď od začiatku a rýchlo postupovať dopredu. V skupine existuje veľa druhov rôznorodého správania, v ktorom sa facilitátor angažuje, aby mohla skupina napredovať. Ide o empatické načúvanie, odhaľovanie pocitov.

Profesionálny imidž facilitátora pre rovesnícke skupiny (pre vedenie rovesníckej protidrogovej skupiny v rámci peer programu) tvorí:

- vhodná kvalifikácia (vzdelanie – sociálna práca, psychológia, pedagogika);
- dobrá informovanosť o tom, ako pracovať s mládežou, vhodné sú aj skúsenosti s drogovou závislosťou;
- diskretnosť;
- nepodliehanie osobným pocitom a predsudkom;
- schopnosť rešpektovať iných;
- vyhranený hodnotový systém (neholdovanie konzumnému spôsobu života);

- vhodný vzhľad a vystupovanie (vzhľad, oblečenie prislúchajúce k práci s mládežou);
- neposkytovanie odborných rád v oblastiach, v ktorých nemá dostatočnú kvalifikáciu (odporučí/obráti sa na odborníka v danej oblasti);
- schopnosť reagovať pozitívne;
- rešpektovať dôverné informácie (ak sa naň rovesník obráti s problémom, informácie sa nesmú dostať do skupiny);
- schopnosť rešpektovať neochotu otvoriť sa; neochota otvoriť sa nemusí znamenať, že ide o nezáujem spolupracovať, môže ísť o introvertného člena skupiny).

Úlohy sociálneho pracovníka, ktorý vedie rovesnícku skupinu, sú nasledujúce:

- organizuje a koordinuje skupinovú činnosť;
- poskytuje základné informácie o (drogovej) problematike;
- ovplyvňuje postoje, názory, koriguje predsudky vo vzťahu k drogám, je identifikačným vzorom a modelom správania sa a reagovania (sám dodržiava to, čo hovorí);
- významnou mierou ovplyvňuje vzťahy v skupine a skupinovú dynamiku tak, aby skupina satureovala potreby dospelých a podporovala vytváranie zdravých osobných postojov a hodnotového systému vo vzťahu k drogám.

Podľa Rogersa (In Gabura, 1997, s. 130) má rola facilitátora v skupine obsahovať nasledovné prvky:

1. *Utváranie klímy* – spôsoby, akými vedúci skupín postupujú, vytvárajú emocionálnu klímu, ktorá je rozhodujúca. Tým, že sú transparentní, t.j. že zdieľajú svoje vlastné pocity a myšlienky so skupinou a snažia sa zostať flexibilnými, vnímavými a uvoľnenými, vyjadrujú členom skupiny, že je správne cítiť sa slobodne a byť sám sebou. Ďalej sa facilitátor snaží vyjadriť členom skupiny, že každý je dôležitý a že to, čo chce jednotlivec povedať, je významné.
2. *Akceptácia skupiny* – akceptovanie skupiny facilitátorom znamená, že skupine naozaj dôveruje. Nekladie na skupinu požiadavky, facilituje členov, aby prežívali slobodu byť otvorenými a expresívnymi.

3. *Akceptovanie jednotlivca* – akceptovanie jednotlivca je spôsob, akým facilitátor prejavuje vlastnú pripravenosť akceptovať členov takých, akí sú, bez skrytých očakávaní. Členovia sa takto cítia slobodní zapojiť sa do skupiny na takej emocionálnej úrovni, ktorú si sami zvolia.
4. *Empatické porozumenie* – je najdôležitejšie a najčastejšie používané, tým sa facilitátor snaží pochopiť špecifický význam toho, čo člen skupiny hovorí, a tým facilituje pochopenie medzi členmi skupiny.
5. *Práca s pocitmi alebo sebaodhalenie* – aby facilitátor dosiahol cieľ, ktorým je pomoc účastníkom pri rozvíjaní *celistvosti* svojej osobnosti, môže pomocou modelovania demonštrovať spôsob, ako prejavovať svoje pocity a ako im dôverovať. Facilitátor by mal reagovať na negatívne aj pozitívne afektívne stavy, ktoré v nich existujú. V takom správaní je obsiahnutá spontánnosť, bezprostrednosť, ktorá pomáha skupine, aby sa posunula k rovine psychologickkej a emocionálnej intimity. V skupine existuje dôvera, a preto skupina prijíma člena, ktorý prejavuje svoje pocity.
6. *Konfrontácia a spätná väzba* – pomáha členom skupiny dozvedieť sa niečo o sebe. Nesmie to byť útok na osobnosť člena skupiny. Spätná väzba je informáciou o tom, ako správanie účastníka pôsobí na ostatných členov skupiny a ako im komunikuje vlastnú predstavu o sebe samom.
7. *Vyhýbanie sa plánovaniu* – skupina sa má vyvíjať prirodzene a facilitatívny proces má vznikáť spontánne. Vopred naplánované činnosti sú východiskom z núdze. Ak sa v skupine použije niektorá z techník (hranie rolí, psychodráma), je to želanie skupiny a táto technika je zameraná na uspokojovanie potrieb členov skupiny. Samozrejmosťou je, že techniky, ktoré sú spontánne v jednej skupine, nemusia byť takými aj v ďalšej skupine.

3.5 Komunikácia v práci so skupinou

Pre efektívne vedenie skupiny je nevyhnutnou podmienkou zvládnutie princípov medziľudskej komunikácie, preto je potrebné,

aby vedúci skupiny kontinuálne zdokonaľoval svoje komunikačné zručnosti v práci so skupinou a jednotlivcom.

Smik (1994, s. 25-26) uvádza nasledujúce zásady optimálnej komunikácie v skupinovej práci s mládežou:

1. zásada – komunikovať jasne a otvorene, zrozumiteľne formulovať vlastné pocity, myšlienky, názory, otázky. Je potrebné hovoriť spôsobom, ktorému dospelávajúci rozumejú, nepoužívať slová, ktoré nepoznajú. Dôležité je, aby sa facilitátor vyjadroval priamo a nie v hádankách, hovoril za seba a nepoužíval pričasto slovné spojenie „malo by sa.“
2. zásada – vždy, keď ide o vlastný názor, pocit, skúsenosť, používať „JA“ formulácie (môj pocit, mám pocit, ja si myslím, moja skúsenosť, môj názor).
3. zásada – minimalizovať hodnotiace výroky a hodnotenie súdov, vyslovovať radšej vlastné dojmy, skúsenosti, názory.
4. zásada – aktívne vnímať verbálne aj neverbálne prejavy.
5. zásada – udržiavať zrakový kontakt s partnerom, odstrániť z priestoru komunikačné bariéry; najvhodnejšie usporiadanie sedenia skupiny je sedenie v kruhu (rovnocenné komunikačné podmienky).
6. zásada – dôsledne sa vyhýbať komunikačným pascám – „možno, ale...“
7. zásada – povedať „ja neviem“, ak ide o niečo, o čom facilitátor nemá dostatočné informácie.
8. zásada – používanie otvorených otázok, napr. „Aký máte na to názor?“

Jazyk je veľmi dôležitým nástrojom nielen poradcu, ale aj facilitátora skupiny. Facilitátor by mal hovoriť a vyjadrovať sa zrozumiteľne, mal by rešpektovať schopnosť klienta pochopiť hovorené slovo. Je preto potrebné sledovať neverbálne prejavy členov skupiny a učiť sa z nich odčítať pochopenie, respektíve nepochopenie povedaného. Keďže facilitátor pracuje so skupinou mladých ľudí, ktorí často používajú slang, je pre neho užitočné, aby

ich špeciálny slovník ovládal a postupne si ho dopĺňal (Gabura, 1995, s. 31).

3.6 Skupinová dynamika

Skupinová dynamika je súhrnom všetkých procesov a zmien (vnútorných aj vonkajších), ktoré sa odohrajú počas existencie a práce skupiny. Je jednou zo základných charakteristík, ktorou sa odlišuje skupinová práca od práce s jednotlivcom. Podľa Havrdovej (por. Kratochvíl, 1979) je súhrnom noriem a interakcií zahŕňajúcich to, čo prebieha vo vnútri skupiny a čo prichádza zvonka. Do skupinovej dynamiky patria:

- ✓ ciele skupiny;
- ✓ pravidlá (normy) skupiny;
- ✓ vodcovstvo a vedenie skupiny;
- ✓ roly v skupine;
- ✓ tvorba podskupín;
- ✓ vzťahy jedincov a skupiny;
- ✓ kohézia a tenzia;
- ✓ skupinová atmosféra;
- ✓ projekcia minulých skúseností a vzťahov do aktuálnej interakcie;
- ✓ vývoj skupiny v čase.

CIELE skupiny je dôležité sformulovať už v prípravnej fáze. Pri utváraní a vedení skupiny sociálnym pracovníkom je potrebné, aby bol hlavný (formálny) cieľ skupiny zrejмый a jasne sformulovaný. Dôležité však je, aby aj samotná skupina participovala na utváraní alebo aspoň verbalizovaní cieľov. Do diania potom vstupujú osobné ciele jednotlivých členov skupiny a spoločné ciele, ktoré môžu, ale nemusia, byť identické. Podľa Fleškovej (2007) je úlohou facilitátora skupiny motivovať a ovplyvňovať jej členov tak, aby si títo formálne ciele znútorňovali a uspokojili aj individuálne potreby členov skupiny. Havrdová (2008, s. 159) spomedzi cieľov skupiny, ktoré závisia od zamerania a zloženia skupiny, uvádza napríklad „vzájomnú podporu, poskytovanie informácií, osobný rast, odstránenie chorobných (sociálno-patologických) symptómov, prípravu na návrat do bežného života.“ Popelková a Zat'ková (2009, s. 48) k nim pridávajú prehĺbenie

sebapoznania a autoregulácie, zmenu nežiaducich stereotypov a neprímeraných vzorcov správania, osvojenie si empatie, akceptácie, kongruencie a získanie spôsobilosti efektívne riešiť interpersonálne konflikty.

NORMY SKUPINY sa odvíjajú od skupinových cieľov a zaisťujú čo možno najplynulejší priebeh spoločných činností v skupine a nekonfliktné fungovanie medziľudských vzťahov. Týkajú sa vnútro skupinového života, upravujú správanie sa členov skupiny voči sebe vo vnútri skupiny ako aj ich správanie navonok (Hupková, 2011, s. 58). Podľa Havrdovej (2008, s. 159) sú to zvyčajne nepísané pravidlá vyjadrujúce, čo je z hľadiska skupiny správne a žiaduce a čo, naopak, nie je. Zároveň majú vplyv na postoje a správanie členov. Skupina vyžaduje dodržiavanie týchto noriem a svojich členov tlačí k ich rešpektovaniu. Ide, napríklad, o pravidelnú účasť na skupine, včasné príchody. Člen, ktorý tieto pravidlá opakovane porušuje, dostáva sa do roly devianta. Tomuto spočiatku skupina venuje väčšiu pozornosť. Keď však nezareaguje zmenou správania, dostáva sa na okraj skupiny a môže byť aj vylúčený. Podľa Hupkovej (2011) sa odporúča formulovať pravidlá prostredníctvom riadenej diskusie. Úlohou facilitátora je dbať o to, aby sa sformulovali také pravidlá, ktoré podporia činnosť skupiny a efektívne naplnenie jej cieľov. Niektoré pravidlá môže navrhnúť aj facilitátor, pričom však rešpektuje prania a návrhy skupiny. Pre efektívnu prácu v skupine sa osvedčili nasledovné pravidlá (por. Hupková, 2011, s. 51-53):

- *Časové limity* – stanovenie a dodržiavanie časových limitov je dôležité z hľadiska efektívnej práce v skupine. Patrí sem stanovenie presného času začiatku a dĺžky stretnutia, jeho dodržiavanie, nutnosť včasných príchodov a pod.
- *Dôvernoscť informácií* – základom práce v skupine je dôvera, každý člen by sa mal cítiť v skupine bezpečne. Tomu pomáha pravidlo „nevynášať zo skupiny“ informácie a výpovede, ktoré zazneli vnútri skupiny.
- *STOP pravidlo* – dáva každému členovi právo nevstupovať do vybranej techniky alebo výpovede, ktorá sa mu nezdá pre neho vhodná (bez nutného vysvetľovania). Podobné je pravidlo

kedykoľvek povedať nie, aby nik nebol nútený hovoriť alebo robiť niečo, čo sám nechce. Uplatňovaním týchto pravidiel sa zvyšuje pocit psychologického bezpečia v skupine.

- *Aktívna účasť* – osvedčuje sa členov skupiny povzbudzovať (nie však nútiť) k aktívnej účasti na diani v skupine v zmysle výroku „čím viac do toho dáš, tým viac si môžeš odniesť“.
- *Používanie JA výrokov* – osobné výpovede členov skupiny sa majú hovoriť 1. osobe singuláru, teda nie formou „my“, „malo by sa“, „ono sa“, „mal by si“... Toto pravidlo podporuje vlastnú zodpovednosť člena skupiny za seba, svoje správanie a dianie v skupine. Každý člen komunikuje za seba, nie za druhých. Ja-výroky vedú členov skupiny aj k vyhýbaniu sa generalizáciám, čiže zovšeobecňovaniu vlastného pohľadu na všeobecne platné pravidlá či všeobecné pravdy, pri ktorých sa iní členovia môžu cítiť ohrození.
- *Tolerancia, rešpektovanie pocitov, prežívania a názorov iných* – každý má právo „cítiť to, čo cíti“, „prežívať to, čo prežíva“ a „myslieť tak, ako myslí“. Každý člen skupiny je autonómny a zodpovedný výhradne za svoje pocity, prežívanie a názory. Člen skupiny nemôže prenášať svoje pocity, myšlienky a názory na druhých a už vonkoncom nemôže iných pretvárať na svoj obraz.
- *Zodpovednosť za seba i ostatných členov skupiny* – toto pravidlo vyjadruje požiadavku, aby si každý člen skupiny uvedomil svoju autonómiu ale aj zodpovednosť za ostatných. K tomu patria nielen včasné príchody na stretnutie, ale aj pozorné načúvanie ostatným, akceptovanie odlišností, vnímanie ich neverbálnych signálov a pod.
- *Interakcia je dôležitejšia než výkon* – toto pravidlo vyplýva zo skúsenosti, že skupina je schopná plniť úlohy iba vtedy, ak v nej neprevláda príliš veľké napätie. Ak dôjde v skupine k narušeniu medziľudských vzťahov, je vhodné najskôr venovať pozornosť narušeným vzťahom a až potom dokončiť začatú úlohu.

Z reakcií na skupinové normy uvádza Nakonečný (1997, In Popelková, Zaťková, 2009, s. 50) nasledujúce typy reakcií:

1. *internalizácia* – vnútorné prijatie normy;
2. *akomodácia* – prispôsobenie sa normám, hoci nie z vnútorného hľadiska, člen nepôsobí v skupine rušivo;
3. *deviácia* – odchýlka od normy, neustále porušovanie normy, nedodržiavanie pravidla, čo pôsobí rušivo;
4. *neprijatie normy* – jej otvorené odmietnutie;
5. *zmena normy* – korekcia normy, do ktorej môže silný jedinec vtiahnuť celú skupinu;
6. *opustenie skupiny*.

ROLE V SKUPINÁCH

Život v skupine a prelínanie vzájomných vzťahov, väzieb formálneho a neformálneho rázu prispieva k utváraniu neformálnej *pozície* členov skupiny (Kollárik, 1993, s. 53). V nej sa prejavia vzťahy medzi jednotlivými členmi, postoje, podiel na dosahovaní spoločného cieľa. Úroveň a charakter neformálnej pozície je aj ukazovateľom sociálnej akceptácie jednotlivca ostatnými členmi skupiny a aj výrazom jeho ocenenia. Výsledkom môže byť centrálna pozícia, pozícia radového člena alebo i pozícia outsidera. Podľa Koštu (1993, s. 47) sa pozícia, postavenie, miesto jednotlivca, súboru alebo skupiny v sieti sociálnych vzťahov označuje v sociológii pojmom *status*. Každý jednotlivec má viacero statusov. Status nie je nemennou charakteristikou jednotlivcov a skupín. Rozlišujeme pripísaný a získaný status. Pripísaný status získava jednotlivec bez vlastného úsilia (vek, pohlavie, rasa). Získaný status je výsledkom jeho úsilia a vynaloženej energie.

Rola sa vymedzuje dvoma významami. Jednak označuje súbor očakávaných správanií a činností spojených s určitým statusom. Chápe sa aj ako úloha, ktorá sa viaže k určitej pozícii. V druhom význame sa rola vymedzuje ako súbor skutočných správanií a činností pri realizácii určitého statusu. Rolové správanie sa človek musí naučiť. Mnohé z rol, ktoré človek realizuje v dospelosti, sa naučí už v detstve (Košta, 1993, s. 48). Podľa Novotnej (2010, s. 38) spočíva rozdiel medzi skupinovú pozíciou a skupinovú rolou v tom, že pozícia je spojená s miestom a môžeme si ju (krátkodobo) predstaviť viac-menej staticky; skupinovú rolu je spojená s konaním, je teda vždy dynamická.

Teória skupín hovorí, že jednotlivci prijímajú určité roly, ktoré hrajú v skupinách. Niektorí ľudia môžu hrať viac rol alebo hrať rôzne roly v rôznych skupinách. Ako príklad uvádzame nasledovné (Ward, Adams, Levermore, 1997, s. 91):

A. *Klaun, šašo, rozosmievač* – taký človek sa len tak poneviera, napodobňuje ostatných, robí si žarty a všetkých rozosmieva. Táto rola je v skupine veľmi užitočná, pretože uvoľňuje napätie a uľahčuje náročné situácie, ale môže pôsobiť aj rušivo.

B. *Zmierovateľ* – človek, ktorý dáva druhých dohromady, čiže ich spája a je nešťastný z ich nezhôd. Je akoby ošetrovatelkou, ktorá všetkým dáva náplasti, aby im bolo lepšie.

C. *Dominantný typ* – tento človek vystupuje tak, že „už všetko vie a všetko zažil“. Púšťa sa do dlhých monológov, skáče druhým do reči a nenechá ich dohovoriť.

D. *Rozprávač* – ľudia zohrávajúci túto rolu spomaľujú skupinu, pretože rozprávajú príbehy o sebe, o tom, čo zažili. Príbehy často nesúvisia s danou témou.

E. *Nápaditý typ* – takýto ľudia navrhujú nové spôsoby riešenia problémov, sú schopní vidieť veci z iného uhla, sú to dynamickí a tvoriví ľudia.

F. *Pasívni členovia skupiny* – títo ľudia sa do ničoho nezapájajú, odťahujú sa od skupiny tým, že nič nehovoria, vyzerajú znudene.

G. *Učenci* – pozdvihujú témy na vyššiu úroveň, každú diskusiu sa pokúšajú strhnúť do intelektuálnej roviny.

H. *Bojovník / obranca* – túto rolu obvykle preberajú ľudia, ktorí sú agresívni, defenzívne typy osobnosti, ktoré sa cítia obmedzované, alebo si myslia, že oni sú tí, ktorým naozaj na veci záleží.

I. *Pomocník / facilitátor* – tento druh ľudí je živým povzbudením skupiny, vťahujú druhých do diania, objasňujú problematické otázky, udržujú komunikáciu a vytvárajú v skupine príjemnú klímu.

Najznámejšie rozdelenie rolí je rozdelenie podľa Morenovej sociometrickej klasifikácie (In Popelková, Zaťková, 2009, por. Smika 1994, s. 18), a to je nasledovné:

- ✓ *vodca* – preberá zodpovednosť, rozhoduje, navrhuje riešenia, zastupuje skupinu, je aktívny;

- ✓ *hviezda* – spoločensky atraktívny člen, obľúbený, srdečný, vtipný, bez konfliktov s ostatnými;
- ✓ *čierna ovca* – odmietavý člen, spoločensky neprítiažlivý, stojaci mimo skupiny, ľahostajný ostatným.

Ďalšie známe delenie štandardných rolí je (Schindler, 1957, In Kratochvíl, 1995, Popelková – Zaťková, 2009):

- ✓ *alfa* – neformálny vodca, imponuje skupine, podnecuje ju k aktivite, vytvára program a dodáva odvalu;
- ✓ *beta* – expert, znalec, na ktorého sa skupina obracia so žiadosťou o radu, úsudok, názor. Zvyčajne zvažuje situáciu z rôznych uhlov pohľadu. Jeho prístup je racionálny, kritický, neutrálny a neangažovaný.
- ✓ *gama* – nenápadní pasívni členovia skupiny, prispôsobujú sa vedeniu skupiny (alfa vodcovi), snažia sa zostať v ochrannej anonymite;
- ✓ *omega* – nekonformný člen, neprijíma vedenie, je autonómny, za čo ho skupina často odsudzuje, odmieta a atakuje. Niekedy sa identifikuje s rolou *protivníka* ako symbolického reprezentanta nepriateľskej skupiny, čo skupinu provokuje.

Rola výrazne ovplyvňuje prežívanie jednotlivca, obraz, ktorý má o sebe, spôsob, akým chápe sám seba, ako aj pocit osobnej istoty. Úlohou skupinovej práce môže byť aj rozšírenie repertoáru rolí, pretože v skupine sa možno stretnúť s jednotlivcami, ktorí si neuvedomujú svoju nevhodnú tendenciu nevedome opakovať rôzne stereotypné, rigidné a maladaptívne správanie v rôznych spoločenských skupinách. Cieľom je osvojiť si iné formy správania a vedieť zaujímať iné roly, než do ktorých sa jednotlivec doposiaľ dostával (Popelková, Zaťková, 2009, s. 52-53).

Skupinová štruktúra v pubescentných skupinách (12 –15 rokov) sa podľa Smika (1994, s. 21) vytvára špecificky. Veľmi vysokú hodnotu má *rola neformálneho vodcu skupiny – alfa*. V roli *čiernej ovce*, teda *odmietaného člena*, je spravidla najslabší, úzkostný bojzlivý jedinec, ktorý sa nedokáže brániť. Irituje ostatných, pretože stelesňuje slabiny, ktorých sa sami chcú zbaviť a z ktorých majú sami strach. Významnou je tiež *rola hviezdy* – teda člena, ktorý

akoby stelesňoval ich túžbu byť sociálne akceptovaný, úspešný, túžbu vedieť sa správať sebaisto a bez vnútorných zábran, ktorými väčšina z nich trpí.

Pre skupinovú štruktúru v období adolescencie (16 – 18 rokov) má stále veľký význam *rola hviezdy*. Oceňovaní sú jednotlivci, ktorí vystupujú sebaisto. Objavuje sa ďalej *rola experta*, ktorý je uznávaným členom skupiny vďaka svojim vedomostiam, zručnostiam, či schopnostiam, ktoré sú v danej skupine významnou hodnotou. Menej vyhranená je *rola gama*. Títo jednotlivci zostávajú síce nenápadní, ale do rozhodovania už vstupujú aktívnejšie, kritizujú, nesúhlasia, dávajú návrhy, prestávajú sa bezvýhradne prispôsobovať. *Rola čiernej ovce* sa tiež ocitá v inej situácii. Títo jednotlivci už nie sú terčom priamej agresie, ale dostávajú sa do väčšej sociálnej izolácie, a to ich môže zraňovať ešte viac (Smik, 1997, s. 23).

Je dobre, ak sa rozličné roly dopĺňajú. Ak sa v skupine vyskytujú silné dominantné osobnosti, nastávajú konflikty a konkurenčné boje. V tomto prípade musí okamžite zasiahnuť facilitátor, ktorý uvedie veci na správnu mieru.

V klinickej praxi sme pozorovali, že rola, ktorú člen zohráva v skupine na začiatku, mu zostáva až do konca. Roly v skupinách dodávajú konaniu v skupine určitý tón. Postrehli sme, že rovnaký čin vyznieva úplne inak u ľudí rôznych rolí. Napríklad, ak vodca skupiny rovesníkov vytvorí humornú situáciu, je skupinou akceptovaný. Ak takúto situáciu vytvorí rovesník s pozíciou šaša skupiny, ostatní členovia mu ju pripisujú až do konca stretávaní. Ak by sme mali porovnať role v skupinách, ktoré sme vytvorili v našej praxi (v roku 2000) s ohľadom na vek, v *skupine základnej školy* sa nachádzali viaceré typy rol - od neformálnych vodcov, cez dominantné typy až po klaunov – rozosmievačov (túto rolu mali väčšinou chlapci, rola vytvárala v skupine menšie napätie). V *stredoškolskej skupine* sa do popredia dostávali jedinci v role rozprávača, učenca (každú diskusiu strhávali do intelektuálnej roviny) a pomocníci (boli živým povzbudením skupiny, vťahovali druhých do diania, objasňovali problematické otázky, udržiavali komunikáciu a vytvárali v skupine príjemnú klímu). *Skupina vysokoškolákov* bola štruktúrovaná do nápaditých rolí (navrhovali nové prístupy ako riešiť problémy, boli schopní vidieť veci z iného uhla, išlo o dynamických a tvorivých členov) - zmierovatelia (dávali druhých

dohromady), rozprávači (zohrávali rolu, ktorá spomaľovala skupinu, rozprávali príbehy o tom, čo zažili).

Polície a roly v skupine sa dajú pozorovať a merať pomocou *sociometrie*. Jej zakladateľom je americký psychoterapeut Jacob L. MORENO (1892 – 1974). Ide o metódu zameranú na zisťovanie sociálno-emocionálnych vzťahov medzi členmi malých skupín (Nakonečný, 2004, s. 40). Rozumie sa ňou zisťovanie a analýza vzťahov v malých skupinách cestou preferenčných volieb, napr. sympatie – antipatie, zisťovanie dynamických vzťahov. Každý člen skupiny vyberá z ostatných, koho má najradšej, koho nemá rád, s kým by šiel na výlet a pod. Voľby vypovedajú aj o atmosfére v skupine, ktorá sa zlepšuje s rastom vzájomných väzieb, zhoršuje sa utváraním klík a pod. (Hartl - Hartlová, 2009, s. 550) Sociometrické pozície súvisia aj s povahou skupiny, s vlastnosťami osobností a s ďalšími premennými (Nakonečný, 2004, s. 229).

Podľa Havránkovej (2008, s. 161) sa v každej terapeutickej skupine objavujú tendencie vytvoriť **PODSKUPINU**. Dvaja, traja alebo viac členov skupiny začne k sebe viac inklinovať, vzájomne sa podporovať, vyhýbať sa konfrontácii. Deje sa to zvyčajne na základe vzájomnej sympatie, spoločných záujmov či hodnôt. Pozornosť venovaná princípom vzťahov, na ktorých sa podskupina vybuďovala môže prispieť k hlbšiemu pochopeniu motivácie jednotlivých členov aj skupinovej dynamiky. Ak však existencia podskupín vytvorí podhubie pre vznik spoločných tajomstiev a ak vznikne koalícia, v ktorej členovia podskupiny odolávajú tlakom skupiny, stáva sa podskupina antiterapeutickou silou. Samotný vznik podskupín nie je neporiadkom, ale sú ním tajomstvá a neúprimnosť, ktoré môžu vzniknúť. Podľa Popelkovej, Zaťkovej (2009, s. 55) môže byť vznik podskupín signálom upozorňujúcim na problémy v živote skupiny, kedy členovia v podskupine hľadajú uspokojenie toho, čo nedostávajú v základnej skupine. Vyjadrujú v nich potom svoju nespokojnosť, prípadne sa dostávajú do opozície voči základnej skupine. Existencia podskupín môže mať pre skupinovú prácu pozitívny význam, keď sa to, čo sa odohráva v podskupine, stane predmetom skupinovej diskusie.

KOHÉZIA znamená súdržnosť skupiny. Táto určuje silu väzieb medzi jednotlivými členmi vytvára pocit príťažlivosti, spolupatričnosti, aby zostali spolu v skupine. Kohézia súvisí s tým, aká príťažlivá je skupina pre jej členov. Definuje sa ako výslednica síl, ktoré pôsobia na členov tak, že chcú v skupine zostať a skupinu udržať. Súdržnosť v skupine sa prejavuje predovšetkým vyjadreným výrokom „*my patríme k sebe*“ (Hupková, 2011, s. 61) alebo „*taháme za jedno lano*“. Kohézia je dôležitá pre výkonnosť a produktivitu skupiny (Nakonečný, 2004, s. 226). Súdržnosť skupiny a jej miera ovplyvňuje viaceré oblasti fungovania skupiny, napr. otvorenosť medzi členmi. To umožňuje ventilovať negatívne postoje a nepriateľské pocity konštruktívnym spôsobom. Súdržná skupina dokáže ľahšie prejsť hostilitu aj voči vedúcim skupiny (Popelková, Začková, 2009, s. 53). Kohézia je stabilizujúci faktor, bez ktorého by skupina nielen nemohla pracovať, ale ani jestvovať. Na druhej strane, jej nadmernosť vedie k stagnácii vývoja skupiny, nemiestnej spokojnosti a k vytváraniu ilúzie, že nie je potrebné snažiť sa o zmenu (Havránková, 2008, s. 160). Ku kohézii v skupine prispieva a podporuje ju (Popelková, Začková, 2009, s. 53; Kratochvíl, 1995 In Hupková, 2011, s. 61-62):

- akceptácia, priateľská atmosféra;
- vzájomná sympatia medzi členmi skupiny, ich vzájomná príťažlivosť, podobnosť;
- uspokojovanie osobných potrieb členov skupiny;
- prestíž skupiny a jej zvyšovanie u jednotlivých členov;
- súťaženie s inou skupinou;
- jasne formulované skupinové ciele a pravidlá;
- príťažlivosť aktivít (zaujímavé, zábavné a rekreačné aktivity smerujúce k spoločne prežívaným emóciám);
- využívanie techník priamo zameraných na podporu kohézie, napr. vytvorenie kruhu, kde sa všetci držia za ramená a sústreďujú sa na pocit súdržnosti a blízkosti, spoločne v kruhu spievajú alebo tancujú a pod.;
- vzájomná závislosť členov skupiny pri spolupráci na spoločných úlohách;

- vonkajší tlak, nepriazeň, či kritický, odmietavý postoj okolia spojený s pocitmi spoločnej krivdy.

TENZIA označuje napätie v skupine. Toto prirodzene vnika pri vzájomnej interakcii medzi členmi skupiny. Podľa Popelkovej a Zaťkovej (2009, s. 53-54) ide o vnútorné napätie jednotlivca vo vzťahu k situácii v skupine. Pre uspokojovanie osobných potrieb je totiž nevyhnutné brať ohľad na potreby iných. Napätie pramení z rozdielov medzi jednotlivcami, z ich vzájomnej rivality, z úsilia o zmenu. Môže mať charakter úzkosti, strachu, zlosti, antipatie, agresivity, nepriateľstva. Napätie pôsobí neprijemne, vyvoláva nespokojnosť. Podľa Kratochvíla (1995) majú členovia skupiny tendenciu reagovať naň potláčaním, nepriamym ventilovaním, alebo ho budú prejavovať priamo. Podľa Hupkovej (2011, s. 62) môže byť časť tenzie prejavom protestu voči autorite, ak vedúci riadi skupinovú dianie direktívne, ako aj prejavom bezradnosti a neistoty, ak vedúci odmieta prevziať aktívnu vodcovskú rolu. Na druhej strane, tenzia umožňuje členom skupiny uvedomiť si svoje nedostatky, získať náhľad na ich zdroje a uskutočňovať na sebe zmeny. Optimálna úroveň tenzie vedie k zvýšeniu produktivity a akcieschopnosti skupiny (Oravcová, 2005). Ak by v skupine výrazne prevládala tenzia, atmosféra v skupine by nedala priestor vzájomnej dôvere a ohľaduplnosti. Narastala by ostražitosť a agresivita, zanikol by priestor pre otváranie osobne dôležitých tém. Silnejúca tenzia vedie členov skupiny k snahám uniknúť zo skupiny. Dynamická rovnováha kohézie a tenzie je pre fungovanie skupiny zásadne dôležitá (Havránková, 2008, s. 160). Obe pôsobia ako protichodné sily (kohézia dostredivo a tenzia odstredivo), ktoré by mali byť v dynamickej rovnováhe. Podľa Hupkovej (2011, s. 63) predstavuje tenzia dynamizujúci faktor, ktorý vedie k nespokojnosti a úsiliu po zmene. Naopak, vplyvom kohézie členovia skupiny pociťujú podporu a bezpečie.

SKUPINOVÁ ATMOSFÉRA je dôsledkom rovnováhy medzi kohéziou a tenziou skupiny ako aj ďalších prvkov skupinovej dynamiky. Možno ju charakterizovať ako sociálne ovzdušie (sociálnu klímu) v skupine, ktoré vyjadruje úroveň a kvalitu vnútro-

skupinového života. Je vyjadrená prevládajúcou náladou v skupine a jej emočným ladením. Môže byť priateľská, podporujúca, ale aj napätá, nevraživá až nepriateľská (Hupková, 2011, s. 63). Vedúci skupiny môže vytvoriť dobrú skupinovú atmosféru najmä tým, že v skupine dokáže utvoriť pocit bezpečia a profesionálne narábať s prvkami skupinovej dynamiky (Popelková, Začková, 2009, s. 55).

3.7 Príprava skupinovej práce

Pri vytváraní skupín je vhodné urobiť starostlivú prípravu. Od sociálneho pracovníka sa zvyčajne očakáva, že prinajmenšom spočiatku bude zohrávať rolu vodcu a že aj vo vývojom procese skupiny zohrá podstatnú úlohu. Podľa Řezníčka (1994, s. 57) by mal formálny vodca skupiny predovšetkým stanoviť základné predpoklady na jej vytvorenie a fungovanie. Je potrebné nájsť odpoveď na nasledovné otázky:

Čo je účelom a cieľom skupiny? Ako majú byť dosiahnuté? Aké sú, alebo majú byť, základné kľúčové charakteristiky jej členov? Môžu mať niektorí členovia skryté ciele? Ktoré zdroje sa pri sledovaní cieľov budú využívať? Kde sa skupina bude schádzať? Čo bude na programe prvého stretnutia? Ako budú členovia usadení? Aký bude spôsob komunikácie s nimi?

Samotným (budúcim) členom skupiny môže položiť otázky: Koľko členov by skupina mala mať? Aký by mal byť vek jej členov, postavenie, rodové rozloženie, vzdelanie...? Čo všetko by mali vedieť o cieľoch skupiny? Aké by mali byť ich osobné ciele? Do akej miery by mali byť motivovaní? Aké hodnoty by mali sledovať?

Pre sociálneho pracovníka je základnou otázkou, kto bude tvoriť skupinu vzhľadom na jej ciele. Podľa Redla (1951, In Navrátil, 2001, s. 127), ideálna rovnováha začínajúcej skupiny spočíva v tom, že má byť natoľko homogénna, nakoľko to zaisťuje jej stabilitu a natoľko heterogénna, nakoľko to zaisťuje jej vitalitu. Medzi dôležité faktory, na ktoré sa pri formovaní skupiny prihliada, patrí vek, hodnotový systém, spoločné problémy, záujmy, inteligencia, schopnosť akceptovať autoritu, pohlavie a sebavedomie jej účastníkov.

Vzhľadom na prípravu skupiny je veľmi dôležitý počet jej členov, čiže odpoveď na otázku: koľko členov bude skupina mať? V úvodnej kapitole sme uviedli, že z kvantitatívneho hľadiska označuje skupina

viac ako jedného jedinca. Tvoria ju najmenej dvaja alebo traja ľudia. Maximálny počet pri malých sociálnych skupinách sa uvádza 30-40 jedincov. Napríklad, Labáth et al. (2011) v úvodných kapitolách intervenčných programov pre skupinovú prácu s deťmi a mládežou uvádzajú, že skupina je malé spoločenstvo klientov, žiakov, chovancov, čiže členov, hráčov, účastníkov v počte okolo 8 osôb. U mladších vekových skupín sa odporúča počet okolo 6–8 členov. V skupine zloženej z dospelých vo veku 16–18 rokov je ideálny počet okolo 8–10 členov. Podľa Wójcikovej (1987) množstvo vzájomných vzťahov v skupine závisí od jej veľkosti, pričom počet interakcií sa znižuje skokom:

Najviac interakcií je v 2-4 člennej skupine,
druhý skok v 5-7 člennej skupine,
tretí skok v 8-12 člennej skupine.

Počet 12 je považovaný za optimálny pre malú skupinu. Ak je v skupine viac ako 12 osôb, počet vzájomných vzťahov výrazne klesá.

Podľa Levickej (2008, s. 179) môže tvorba skupiny v rámci skupinovej sociálnej práce prebiehať v podstate niekoľkými spôsobmi:

- už jestvujúca skupina sa obracia na sociálneho pracovníka so žiadosťou o pomoc;
- výber a tvorbu skupiny robí sociálny pracovník;
- sociálny pracovník „prevezme“ skupinu, čiže, skupina bola zorganizovaná niekým iným.

Ďalšou dôležitou otázkou v príprave je, ako dlho majú skupinové stretnutia prebiehať, koľko má byť skupinových stretnutí. Táto otázka je úzko prepojená s dosahovaním stanovených cieľov. Spolu s počtom stretnutí je dôležité zvážiť otázku otvorenosti, resp. uzavretosti skupiny a dĺžku jednotlivých stretnutí. Sociálny pracovník by mal okrem toho zvážiť, ktoré metódy a techniky bude možné použiť pre dosiahnutie stanovených cieľov. Popri odborných otázkach musí sociálny pracovník myslieť zvyčajne aj na organizačné podmienky. Musí zvážiť praktické otázky ako, napríklad, miesto stretnutia, dopravu členov na toto miesto (zvlášť

v prípade seniorov a zdravotne postihnutých osôb), občerstvenie, potrebné technické vybavenie, pomôcky a pod. (Navrátil, 2001, s. 128)

Podľa Gaburu (2005, s. 172) sú **skupinové sedenia** organizované tak, že účastníci zvyčajne sedia v kruhu, aby všetci na seba videli a mohli byť vo vzájomnom kontakte. Jedno skupinové sedenie má dĺžku od jednej a pol hodiny do troch hodín. Väčšina skupín potrebuje dlhší čas, kým sa „zahreje“ na úroveň osobnej komunikácie a prepracujú sa k nosnej téme. V skupinovom procese je náročné dosiahnuť, aby sa účastníci produktívne zapojili do riešenia problémov v čase kratšom ako 90 minút. Po troch hodinách produktivita skupiny prudko klesá a objavujú sa utlmujúce stavy.

3.8 Etapy skupinovej práce

Funkčnosť a účinnosť skupín je daná v konečnom dôsledku tým, nakoľko splnia svoje ciele. Každá skupina má krátkodobé a dlhodobé ciele. V každej skupine majú jej členovia okrem spoločných cieľov aj ciele individuálne. Dôležité je, aby bol medzi nimi rozumný súlad. Ak sú skupinové a individuálne ciele heterogénne, dochádza k tomu, že niektorí členovia môžu sledovať skryté ciele, ktoré môžu byť v rozpore s činnosťou skupiny a podryvať ju. Skryté ciele je však možné využiť na dosahovanie proklamovaných cieľov (Řezniček, 1994, s. 56-57).

Najčastejšie používané rozdelenie jednotlivých časových úsekov – etáp skupinovej práce a jej rozvoja pochádza od Bruce W. TUCKMANA (nar. 1938) z príspevku *Developmental Sequences in Small Groups* (1965, 1977):

1. etapa formovania (*forming*)

Prvým krokom skupinového procesu je spájanie jej členov. Vyznačuje sa istým testovaním – skúšaním a dopúšťaním sa viacerých chýb. Hupková (2011, s. 64) akcentuje formálnu zdvorilosť medzi členmi. Ich správanie je ešte neisté, jednotlivci sa o sebe veľa nedozvedia, zatiaľ iba skúšajú a snažia sa nájsť svoju pozíciu. Kľúčovými črtami tejto etapy je vnútorné zhodnotenie skupinových hodnôt a toho, ako jednotliví členovia do skupiny zapadli. Objavujú sa emócie ako úzkosť, izolácia, nedostatočnosť a frustrácia. Ústredná otázka znie: „*Patrím do tejto skupiny?*“ Podľa Navrátila (2001, s. 128)

je úlohou sociálneho pracovníka v tejto etape vziať členov skupiny do skupinového diania a pomôcť vytvoriť medzi nimi skupinové puto. Sociálny pracovník v tejto etape môže vykonať nasledujúce úkony:

- krátko sa predstaviť a požiadať aj členov skupiny o predstavenie (vhodné je aj predstavenie cez interaktívne techniky);
- zhrnúť informácie poskytnuté členom pred vznikom skupiny;
- potvrdiť možnosti počiatočných neistôt;
- dať príležitosť každému členovi skupiny, aby vyjadril svoje očakávania;
- sumarizovať otázky, ktoré sa vyskytli;
- stanoviť normy, ktoré budú podporovať načúvanie a toleranciu;
- facilitovať (podporovať, uľahčovať) interakciu;
- verbalizovať to, čo by ľudia mohli chcieť vypovedať, ale nie sú pripravení riskovať;
- prejavovať záujem o každého člena; vyvažovať odpovedanie na otázky vetami typu: „Pozná niekto odpoveď na túto otázku?“

Je výhodou, ak sociálny pracovník dokáže v tejto etape vystupovať príjemne, s dávkou humoru, čo môže uvoľňovať počiatočné napätia. Dianie v skupine, zapájanie sa a kooperáciu členov skupiny môže podporiť vhodnými relaxačnými a interaktívnymi technikami.

2. etapa búrenia (storming)

V tejto etape sa členovia začínajú navzájom konfrontovať vzhľadom na objavujúce sa roly a očakávania. Prejavujú sa rôzne formy nespokojnosti. Vznikajú osobné, intra a extra personálne konflikty, nezriedka aj zlosť a agresia. Utvárajú sa menšie podskupiny s rozličnými názormi a sférou vplyvu na ostatných. Ústredná otázka znie: „*Mám tu nejaký vplyv?*“ Navrátil (2001, s. 129; por. Hupková, 2011, s. 64) opisuje úlohy sociálneho pracovníka v tejto etape nasledovne:

- podnecovať prostredie otvorenosti;
- nepotláčať konflikty, ale poskytnúť priestor na diskusiu;
- zachovať pokoj v prípade konfliktov člen - člen, člen - vedúci;
- neoplácať, ak je napadnutá autorita sociálneho pracovníka;

- modelovať akceptáciu a otvorene uznávať, že ľudia sú rôzni;
- nevystavovať izolovaných alebo problémových členov pozornosti;
- vhodne načasovať, kedy facilitovať a kedy byť ticho;
- začať prenášať zodpovednosť na členov.

3. etapa normalizácie (norming)

Počas tejto fázy začína skupina pracovať konštruktívnejšie vzhľadom na formálne identifikované aj neformálne úlohy. Utvára sa skupinová súdržnosť, členovia môžu vyjadrovať osobné postoje bez ohrozenia. Utvára sa vedomie skupinového „my“. Skupinové normy sa vysoko rešpektujú, utvárajú sa rituály. Skupina vytvára tlak na menej konformných členov, aby sa stávali konformnými. Navrátil (2001, s. 129) uvádza nasledujúce úlohy sociálneho pracovníka v tejto etape:

- dovoliť členom, aby si vzájomne pomáhali;
- odstupovať z riadiacej role do pozície načúvania;
- spytovať sa skupiny na jej názory, ponúkať vlastné pohľady;
- byť si skôr vedomý procesu než obsahu.

Sociálny pracovník musí tiež dohliadať na to, aby sa primeraný tlak na jednotlivca nestal útlakom a nútením k istému správaniu.

4. etapa optimálneho fungovania (performing)

V tejto etape sa dá o skupine povedať, že sa transformovala na tím. Uskutočňuje sa v nej efektívne fungovanie. Je to fáza produktivity, realizácie a kooperácie pri dosahovaní cieľov. Energia skupiny sa orientuje na plnenie vytýčených cieľov a úloh (Hupková, 2011, s. 65). Členovia skupiny majú pocit jednoty a bezpečia, vnímajú ju ako „svoju“. V role facilitátora môže byť sociálny pracovník nahradený členom skupiny. Jeho úlohami sú (Navrátil, 2001, s. 129):

- pozorovať, ako skupina zaobchádza so svojimi členmi a úlohami;
- poskytovať nápady, keď je o to požiadaný.

5. etapa ukončenia (adjourning) resp. oplakávania (mourning)

Posledná etapa vývoja skupiny je jej ukončenie a rozpustenie, čo súvisí s dosiahnutím cieľov skupiny. Táto etapa nebola súčasťou prvotného Tuckmanovho diela (1965), ale doplnila ju jeho kolegyňa

Mary A. JENSENOVÁ (Tuckman, Jensen, 1977). Členovia skupiny sa v tejto etape môžu cítiť nešťastní. Smútok je súčasťou odlúčenia a prerušenia intenzívnych vzťahov v skupine. Podľa Navrátila (2001, s. 130) je úlohou sociálneho pracovníka v tejto etape aktívnejšie:

- zhrnúť ciele, ktoré si skupina dala;
- zhrnúť skúsenosti zdôrazňujúce zisky aj pocity straty;
- posilňovať záujmy mimo skupiny;
- pomôcť skupine vrátiť sa na úroveň plánovania, ak chce pokračovať, ale s iným cieľom;
- zhodnotiť jednotlivé stretnutia a požiadať o spätnú väzbu.

Dĺžka jednotlivých etáp býva rôzna, ale ich poradie je podľa Tuckmana konštantné. Nevyhnutnou podmienkou prechodu do vyššej etapy je absolvovanie predošlej etapy. Skupina môže výnimočne sklznúť späť, ale opäť v uvedenom poradí.

3.9 Techniky v skupinovej práci

Techniky považujeme za prostriedky, nie za cieľ práce so skupinou. Corey et al. (2006) zdôrazňujú, že za techniky sa nemožno skrývať a ani nemožno klientov nútiť k tomu, aby sa na nich zúčastnili. Majú totiž slúžiť klientom, nie vedúcim skupiny. Nikdy nie je možné určiť vopred, aká bude povaha novo sa formujúcej skupiny, preto zároveň nie je možné napísať návod, podľa ktorého by sme mohli v každej situácii voliť konkrétne, vopred pripravené techniky.

Rolu vedúceho skupiny nemožno nahradiť receptárom techník, jeho osoba je nanajvýš dôležitá. Veď aj v kuchárskom umení platí, že vynikajúci kuchári uvaria podľa toho istého receptu vždy aspoň trochu iné jedlo. Aj keď sa kuchár riadi základným receptom, kde je každá ingrediencia presne rozpočítaná, musí sa k slovu prihlásiť jeho vycibrená chuť, je možné použiť len dostupné potraviny, je potrebné riadiť sa vlastným citom a veriť mu (Corey et al., 2006, s. 18).

Mnohé techniky majú za cieľ zapojiť členov skupiny do aktívneho diania v skupine, zaktivizovať ich. Takéto aktivizujúce techniky môžeme rozdeliť podľa rovín, ku ktorým sa vzťahujú, na:

- techniky podporujúce a uľahčujúce porozumenie *obsahu témy*, burcujúce k uvažovaniu a diskusií;

- techniky dotýkajúce sa *osobnej roviny* – vedú k lepšiemu sebazoznaniu, sebaaprežívaniu, uvedomeniu si a rozvíjaniu vlastných možností, schopností a spôsobilostí. Dodávajú odvahu vyjadriť svoje názory v prítomnosti iných ľudí;
- techniky dotýkajúce sa roviny *medziľudských vzťahov a interakcií* – vytvárajú atmosféru dôvery a nie konkurencie. Pomáhajú preklenúť konflikty, krízy a napätia.

V aktivizujúcich technikách sa zvyčajne používajú aj rozličné pomôcky, ako napr. plagáty, dotazníky, figúrky, filmy a pod. Tieto napomáhajú vizualizáciu obsahu a pomáhajú zapájať viacero zmyslových zložiek človeka do diania.

Pri výbere konkrétnej techniky treba brať ohľad na cieľ a charakter skupiny, fázu jej vývoja, atmosféru, podnety od členov a množstvo ďalších faktorov, na ktoré by mal byť skúsený vedúci skupiny citlivý. Podľa Coreyho at al. (2006), zásadná spôsobilosť vedúceho pri práci so skupinou spočíva v aplikovaní techník a zároveň v správnom odhade toho, či sú klienti ochotní a schopní vzdať sa svojich obranných mechanizmov. Okrem toho je pri výbere techník nutné zohľadniť kultúrne zázemie klientov a ich osobnosť. Nevhodné použite (vopred pripravenej) techniky môže narušiť prirodzený vývoj skupiny a môže prehĺbiť tenziu v nej. Pred použitím techniky vyzveme členov, aby sa jej zúčastnili, ale realizujeme ju len v prípade, ak nám k nej klienti dávajú prinajmenšom tichý súhlas. Z množstva techník používaných v skupinovej práci vyberáme nasledovné:

Netradičné predstavovanie sa a „topenie ľadov“ – ide o krátke aktivity odstraňujúce komunikačné bariéry a urýchľujúce vzájomné zoznámenie a naladenie. Ich cieľom je uvoľnenie, rozohriatie a navodzovanie atmosféry dôvery (Hargašová, 2009, s. 30).

Moje meno – program – každý člen skupiny napíše svoje meno zvisle na lístok. Ku každému písmenu má napísať výraz začínajúci na to isté písmeno, ktorý zároveň tvorí akýsi program jeho konania, myslenia, želaní a pod (cca za 10 min). Potom každý účastník ukáže svoj lístok, zatiaľ čo ostatní sa ho môžu pýtať na niečo, čomu nerozumejú, čo ich zaujalo. Zakázaná je akákoľvek kritika od ostatných.

Štyri kúty – ide o aktivizujúcu techniku formou hry, vhodnú na úvodné stretnutie skupiny, na „topenie ľadov“. Pomáha zorientovať sa v názoroch a očakávaniach skupiny. Účastníci stoja v strede miestnosti, facilitátor hovorí: Miestnosť má štyri kúty. V prvom kúte je zelená farba, v druhom žltá, v treťom červená a vo štvrtom modrá. Nech sa každý rýchlo postaví do toho rohu, ktorá farba sa mu najviac páči. Účastníci idú do vybraných kútov a po chvíli sa vracajú. Podobne sa postupuje pri ďalších otázkach, ktoré si facilitátor vopred pripraví. V otázkach začíname všeobecnejšími témami a postupne prechádzame k podstatnejším. Pri kľúčových otázkach súvisiacich s cieľmi skupiny môže nasledovať diskusia o tom, prečo si účastníci vybrali danú alternatívu.

Brainstorming (doslova angl. „*búrka mozgov*“, *burza nápadov*) – technika spočíva v zhromažďovaní spontánnych myšlienok, nápadov a záverov, ktoré majú súvis s naplánovanou témou, projektom alebo otázkou. Pri brainstormingu sa zbiera všetko, čo účastníci povedia, hoci by sa to zdalo nesúvisiace s témou. Zozbierané myšlienky musia byť viditeľné pre všetkých (napr. zapísané na tabuli). Nedovoľuje sa akékoľvek hodnotenie, ako napr. smiech, hmkanie, krčenie ramenami, „no nazdar!“ a pod. Po zozbieraní myšlienok sa tieto čítajú, triedia, hodnotia a diskutuje sa o nich.

Modelovanie – podstata tejto techniky využívanej najmä v SPV spočíva v predvedení sociálnej spôsobilosti prostredníctvom živého alebo symbolického modelu. Členovia skupiny predvedenú sociálnu spôsobilosť následne precvičujú. Precvičovanie začína tak, že požiadame dvoch dobrovoľníkov, aby predviedli použitie danej sociálnej spôsobilosti. V tomto kroku je dôležitá spätná väzba, ktorá slúži na to, aby účastníci dostali informácie o tom, ako sa správajú, čo robia správne a čo nesprávne, v čom spočívajú ich najväčšie nedostatky, aby mohli neskôr svoje správanie korigovať a zlepšovať (Hupková, 2011, s. 88).

Hranie rolí (Rollenspiel) – autorom tejto techniky je Jacob Moreno, ktorý spozoroval, že deti často vo svojich hrách, napríklad na otecka a mamičku, napodobňujú situácie, zážitky, či konflikty, ktoré doma zažili. Uvedená technika umožňuje predstavenie a znovuprežitie rôznych konkrétnych alebo vykonštruovaných

životných situácií na základe spoločnej hry (Wójcik, 1987, s. 15). Ide o podobnú techniku ako modelovanie, rozdiel je podľa Gaburu a Mydlíkovej (In Mydlíková, Gabura, Schavel, 2005, s. 41) v tom, že pri hraní rol sú vyberané situácie zo života alebo hypotetické situácie, ktoré sa môžu stať v blízkej budúcnosti. Pri hraní rol klient najčastejšie hrá sám seba v interakcii s partnerom alebo hrá rolu partnera s inými členmi skupiny. Pre klientov býva užitočnou aj výmena rolí.

Nácvik správania – ústrednou zložkou tréningu sociálnych spôsobilostí je nácvik správania. Účastníci po inštrukcii a predvedenom správaní prehrávajú krátke scény, ktoré simulujú reálne situácie v ich živote (Hupková, 2011, s. 88).

Množstvo ďalších techník pre skupinovú prácu možno nájsť v publikáciách Labáth – Smik – Matula *Expoprogram* (1991, 2011); Viers et al. *Aktivity pro skupinovou psychoterapii* (2007); Corey et al. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii* (2006); Kolařík *Interakční psychologický výcvik* (2011) a *Interakční psychologický výcvik pro praxi* (2013).

4 KOMUNITNÁ SOCIÁLNA PRÁCA²¹

Komunitná práca (*community work*) je v najširšom význame praktická pomoc ľuďom spájať sa navzájom za účelom identifikovania a napĺňania spoločných záujmov, ako aj identifikovania a odstraňovania spoločných problémov (Mátel, In Mátel, Hardy, 2014, s. 220). Pre komunitnú prácu je podľa Řezníčka (1994) typické to, že sa uskutočňuje v prospech väčšieho množstva ľudí, že sa v nej angažujú občianski aktivisti alebo priamo obyvateľstvo a že je k nej treba spolupráce s predstaviteľmi samosprávy alebo štátnej politiky. Sociálni pracovníci obvykle zohrávajú úlohu podnecovateľov, organizátorov a koordinátorov týchto činností. Vitálošová (2013, s. 7) zdôrazňuje, že *„komunitní pracovníci a pracovníčky vo svojej praxi aktivizujú a mobilizujú obyvateľov, aby aktívne vzali svoj život do vlastných rúk. Podporujú ich v tom, aby sa jednotlivci spájali a riešili problémy, ktoré by jednotlivo riešiť nedokázali, aby odstraňovali bariéry, ktoré im stoja v ceste. Spolu s obyvateľmi tak skôr ovplyvňujú okolnosti, v ktorých ľudia žijú, než by priamo pomáhali v ťažkých situáciách.“* Podľa Pavelovej (2013, s. 8) je cieľom komunitnej sociálnej práce odstránenie sociálnych problémov prostriedkami komunity, ale aj vonkajšími zdrojmi.

Hartl (1997) upozorňuje na rozdiel medzi komunitným pracovníkom a komunitným aktivistom. Komunitný pracovník podľa neho musí mať určité skúsenosti a výcvik. K tomu by sme mohli pridať minimálne kvalifikačné predpoklady, ktoré vzhľadom na sociálnu prácu na Slovensku predstavuje minimálne vysokoškolské bakalárske štúdium v študijnom odbore sociálna práca. Komunitného pracovníka u nás zamestnáva zvyčajne samospráva, teda mestá a obce. Komunitný aktivista je podľa Hartla (1997, s. 28) človek vnútri komunity, ktorý na seba preberá určité aktívne role. Jeho prácu môžeme považovať za formu občianskej angažovanosti, v prípade systematickej činnosti aj za dobrovoľníctvo.

²¹ Na tvorbe kapitoly participoval spolu s Danielou Bachyncovou Giertliovou aj Ján Beňuš.

Medzi ciele komunitnej práce v zmysle územnej komunity podľa Navrátila (2001, s. 132) patria:

- ovplyvňovanie sociálnych zmien prostredníctvom analýzy sociálnych situácií a formovanie vzťahov medzi rozličnými skupinami daného celku tak, aby tento celok dospel k realizácii žiaducich cieľov;
- štúdium sociálnych potrieb a problémov lokality;
- spracovanie návrhov riešenia potrieb a problémov;
- zaistenie podpory pre navrhovanie riešení;
- zapojiť do komunitného života všetky kategórie obyvateľov;
- integrácia všetkých dostupných prostriedkov komunity na realizáciu projektu.

Výraz **územná komunita** je potrebné chápať v kontexte miestnej samosprávy. V definícii Hendrycha (In Tomeš, 2002) je samospráva miest a obcí definovaná ako „*správa vykonávajúca právnickými osobami verejného práva vlastným menom a na vlastnú zodpovednosť, na základe a rozsahu zákonného rozhodnutia pod dozorom štátu.*“

Tiež vychádzame zo zákona o obecnom zriadení, v ktorom je zadefinovaná obec ako „*samostatný samosprávny územný celok Slovenskej republiky, ktorý združuje občanov, ktorí majú na jej území trvalý pobyt. Obec sa chápe na základe uvedeného zákona aj ako právnická osoba, ktorá za podmienok ustanovených zákonom o obecnom zriadení samostatne hospodári s vlastným majetkom a svojimi finančnými zdrojmi*“ (Zákon č. 369/1990 Z. z. § 1, ods. 1).

Územnú komunitu teda môžeme chápať v dvoch rovinách, ktorými sú (Petrušek, 1996, s. 512) sociálne väzby medzi členmi v rámci vlastnej komunity a sociálne väzby a špecifické postavenie komunity v rámci širšieho prostredia. Stotožňujeme sa so sociologickým vymedzením komunity kolektívu autorov C. Calhoun, D. Light, S. Keller, ktorí podrobnejšie vymedzujú komunitu ako „*jednotku so sociálnou štruktúrou, ktorá je funkčne integrovaná do širšej spoločnosti, má vlastné kultúrne tradície, ktoré sú často hodnotené ako spôsoby života*“ (Pešiak, 2002, s. 15).

Aj Raabe (2009, s. 512) uvádza, že územnou komunitou je spoločenstvo ľudí, ktorí majú spoločné (podobné) hodnoty, záujmy, dochádza medzi nimi k interakciám, spája ich pocit blízkosti

a solidarity, majú tendenciu premýšľať ako časť skupiny („my“). Z tohto pohľadu môžeme hovoriť tiež o územnej komunite ako o veľkej primárnej skupine.

Územná komunita má charakteristiky, ktorými sa odlišuje od širšieho sociálneho prostredia. Obyvatelia tejto komunity majú:

- charakteristické citové, intelektuálne a kultúrne vzťahy s ostatnými členmi komunity;
- podľa Novotnej a Schimmerlingovej (1992) majú konkrétne vzťahy k miestu bydliska;
- môže ich viazať spoločný osud, pozitívne aj negatívne životné situácie;
- majú podobné a často zhodné etické normy a hodnoty;
- sú v podobnej ekonomickej situácii a na konkrétnej spoločnej ceste.

Územná komunita je charakteristická svojou vnútornou štruktúrou a dynamikou. V dôsledku modernizačných procesov a vývoja spoločnosti komunita prechádzala podstatnými zmenami. Z tohto aspektu môžeme hovoriť o tradičnej územnej komunite, v prostredí ktorej ľudstvo prežilo väčšinu svojich doterajších dejín. Bola charakteristická týmito znakmi:

- a) Mala jednoznačne vymedzený priestor, čím sa ľahko odlišovala od iných komunít.
- b) Medzi príslušníkmi komunity boli mnohoraké príbuzenské vzťahy a rozvetvené rodiny mali veľký význam pre vnútornú štruktúru komunity.
- c) Komunita bola schopná v podstate uspokojiť všetky potreby svojich členov, a to prevažne z vlastných zdrojov.
- d) Často vystupovala ako mocensky suverénny celok, a to vo vzťahu k vlastným členom aj navonok.
- e) Zo spoločenského života v komunite vyplývala určitá príbuznosť hodnotovej orientácie jej členov.

Rozvojom modernej spoločnosti sa postupne charakteristické znaky tradičnej komunity (autonómia, všestranná sebestačnosť a pod.) vytrácali a menil sa charakter komunity.

Historicky prechodná komunita je hospodársky a sociálne sebestačná, ale mocensky je závislá. Zaradujeme sem komunitu

osídlenia v období po vzniku modernej štátnej moci, ale ešte pred urbanizáciou, ktorá mnohostranne prepája mestá s ich zázemím.

Súčasná komunita je spojená s pojmami ako komunitná rehabilitácia a komunitný sociálny rozvoj. Je komunitou, ktorá nie je v žiadnom smere sebestačná. Nie je v rámci nej možné uspokojiť všetky potreby jednotlivcov a skupín. Patria sem mestské, predmestské a obecné lokality.

Novelizácia zákona sociálnych službách č. 485/2013 Z. z. definuje komunitnú prácu v oblasti poskytovania sociálnych služieb ako podporu aktivít členov miestnej komunity k svojpomocnému riešeniu sociálnych problémov v rámci miestneho spoločenstva, najmä rozvojom sociálnych služieb.

Komunitná rehabilitácia v oblasti poskytovania sociálnych služieb je koordinácia činnosti subjektov, ktorými sú najmä rodina, obec, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia služieb zamestnanosti, poskytovatelia sociálnych služieb a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Cieľom komunitnej rehabilitácie je obnova alebo rozvoj fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností fyzickej osoby v nepriaznivej sociálnej situácii a podpora jej začlenenia do spoločnosti. Na účel vykonávania komunitnej rehabilitácie sa môžu zriaďovať komunitné centrá.

4.1 Účastníci komunitného plánovania

Plánovaniu v komunite a tvorbe komunitných plánov sa na Slovensku venujú mestá, obce so svojimi odborníkmi v oblasti sociálnych služieb, jednotlivé komunitné plány nadväzujú na Národné priority rozvoja sociálnych služieb, Koncepcie samosprávnych krajov (Kamanová, Štefáková, Juhásová, 2011). Jednou zo základných podmienok úspešného komunitného plánovania je zapojiť do spolupráce minimálne tri skupiny – triádu účastníkov, ktorú tvoria (Mihalčová et al., 2009)

- zadávatelia sociálnych služieb;
- poskytovatelia sociálnych služieb;
- užívatelia sociálnych služieb.

Do celého procesu komunitného plánovania by sa mala zapojiť aj verejnosť ako potenciálny užívateľ sociálnych služieb v blízkej

budúcnosti, prípadne ďalšie organizácie. Autorky Artimová a Woleková (2008) prízvukujú, že sociálne služby musia byť prispôsobené potrebám užívateľov, a nie naopak. Nie je možné, aby vznikli ako zámer poskytovateľov alebo zadávateľov, ktorí očakávajú, že si ich klienti nájdu alebo sa prispôbia. Tiež je potrebné spomenúť, že samotná komunitná práca by mala vychádzať z potrieb a požiadaviek komunity.

Potom komunitné plánovanie nám dáva jednoznačnú odpoveď na otázku, ako vytvoriť dobrý sociálny systém, ktorý by zodpovedal potrebám tých, ktorých sa bezprostredne dotýka a s ktorými budú ostatní obyvatelia solidárni. Preto je dôležité, aby do procesu komunitného plánovania boli zapojení všetci účastníci ako partneri, ktorí majú rovnaké práva a povinnosti, najmä pri rozhodovaní o prioritách sociálnych služieb. Každý účastník vstupuje do procesu komunitného plánovania so svojimi cieľmi, ktoré sa môžu veľmi líšiť od názorov ostatných zúčastnených. Socha (In Mihalčová et al., 2009) uvádza, že ciele aktérov komunitného plánovania sa môžu značne odlišovať:

- Zadávateľ chce mať spokojných občanov s použitím čo najmenej finančných prostriedkov, ktoré by musel vyčleniť so svojho rozpočtu.
- Poskytovateľ chce mať dostatočnú hlavne finančnú istotu pre svoju činnosť zo strany zadávateľa ale aj prijímateľa.
- Užívateľ chce mať pestrú ponuku sociálnych služieb, z ktorých by si mal možnosť vybrať za čo najmenšieho finančného príspevku z jeho strany. Nezaujíma ho, odkiaľ zadávateľ získa finančné prostriedky na sociálnu službu, ale tiež ani to, ktorý poskytovateľ mu službu sprostredkuje. Preto celý proces je o spolupráci, partnerstve, plánovaní, hľadaní riešenia a konsenze, ku ktorému dôjde len vtedy, ak si všetci účastníci dostatočne uspokojia svoje potreby.

Zadávateľa sociálnych služieb – ich práca sa uskutočňuje hlavne v politickej rovine. Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. a jeho novelizácia 485/2013 Z. z. im dáva za úlohu zabezpečiť sociálne služby v územnom obvode, v ktorom pôsobia. Samosprávny kraj má za úlohu koordinovať a tiež dopĺňať činnosť obcí tak, aby

bolo možné vytvoriť kvalitnú sociálnu sieť dostupnú každému obyvateľovi samosprávy.

Obec od začiatku komunitného plánovania dostupnou a zrozumiteľnou formou zverejňuje dôležité informácie o celom procese a výsledkoch plánovania sociálnych služieb. Pri svojom rozhodovaní ako jeden z partnerov rešpektuje ciele a priority, ktoré sú stanovené v komunitnom plánovaní. Zároveň stanovuje pravidlá financovania, ktoré zodpovedajú komunitnému plánovaniu. Vytvára príležitosti pre svojich občanov, aby sa mohli zapojiť a spolupodieľať na komunitnom plánovaní. Vhodnou formou podporuje zúčastňovanie sa občanov na rozhodovacom procese (Socha In Mihalčová et al., 2009).

Pre začiatok naštartovania procesu komunitného plánovania je dôležité, aby obecné zastupiteľstvo schválilo vypracovanie komunitného plánu sociálnych služieb. Povinnosťou poslancov ako volených zástupcov občanov je menovať svojich zástupcov do spoločnej pracovnej skupiny a tiež aktívne sa podieľať na rozvíjaní sociálnych služieb v rámci svojho obvodu. Poslanci obecného zastupiteľstva tiež rozhodnú, kto bude komunitné plánovanie zabezpečovať. Môže to byť obec, alebo iná poverená organizácia. Ak sa poslanci rozhodnú, že komunitný plán vypracuje iná organizácia, obec s ňou bude aktívne spolupracovať a zúčastňovať sa na procese plánovania (Mihalčová et al., 2009).

Poskytovatelia sociálnych služieb – pracujú v odbornej rovine. Podľa Spišiakovej (2011) sú to subjekty, ktoré službu ponúkajú a poskytujú. Poskytovateľom sociálnej služby je podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a jeho novelizácie v roku 2013 (zákon č. 485/2013 Z. z.) – verejný poskytovateľ (zriadený obcou alebo samosprávnym krajom) a iná fyzická alebo právnická osoba, ktorá je zapísaná v registri poskytovateľov sociálnych služieb – neverejný poskytovateľ.

Zapojením sa do komunitného plánovania majú poskytovatelia možnosť podieľať sa na vytváraní celkového systému služieb, majú príležitosť presadiť sa na trhu služieb a zaujať širokú verejnosť svojimi zámermi a cieľmi. Ich účasť na samotnom komunitnom plánovaní im môže otvoriť nové možnosti v nadväzovaní spolupráce s inými poskytovateľmi, môžu získať viac informácií v oblasti

rozvoja sociálnych služieb a svojou ponukou zaujať potenciálnych klientov. Z hľadiska komunitného plánovania majú všetci poskytovatelia rovnakú štartovaciu pozíciu. Prikláňame sa k názoru Wolekovej a Mezianovej (2004), podľa ktorého je pri realizovaní komunitného plánovania dôležité overiť, či sú v procese plánovania zapojené všetky kategórie služieb, čo je veľmi dôležité z hľadiska budúceho záväzku týkajúceho sa poskytnutia a rozšírenia daných služieb. Pokiaľ niektorí z poskytovateľov nemá záujem zapojiť sa, prípadne táto služba absentuje, je dobré v procese plánovania rozhodnúť, či sa služba vytvorí na lokálnej úrovni, alebo sa posunie na vyššiu úroveň riadenia (VÚC).

Woleková a Mezianová (2004) ďalej zdôrazňujú, že pri komunitnom plánovaní sa nesmie zabúdať prizvať aj rôzne dobrovoľnícke organizácie, ktoré často supľujú a pomáhajú bez nároku na odmenu pri rôznych nepriaznivých sociálnych situáciách.

Prijímatelia sociálnych služieb – užívateľská rovina. Sú to občania, ktorí využívajú ponúknuté sociálne služby. Títo sa nie vždy musia nachádzať v zložitej alebo nepriaznivej sociálnej situácii, v ktorej si nevedia poradiť sami alebo s pomocou svojich blízkych. Sú to rovnako tí užívatelia, ktorí už službu dostávajú, ale aj tí, ktorí ešte na ňu čakajú. Ale sú to aj užívatelia, ktorí sa chcú stretávať a byť v komunite aktívny. A práve dve sociálne služby, ktoré sú v novelizácii zákona o sociálnych službách 485/2013 Z. z. predmetom diskusie im takýto status umožňujú. Ide o komunitné centrum a nízkoprahové zariadenia. Vyhľadávať, oslovovať a zapájať všetky skupiny prijímateľov do komunitného plánovania je nenahraditeľnou možnosťou ako zistiť aktuálne problémy v poskytovaní sociálnych služieb a získať informácie o kvalite služieb od jednotlivých skupín prijímateľov.

Dôležité je nezabudnúť na rôzne medzery v sociálnych službách, ktoré poskytovatelia alebo zadávatelia nevnímajú, ale prijímatelia ich vnímajú veľmi často. Ak sa budú prijímatelia priamo zapájať a otvorene vyjadrovať k tomu, čo ich trápi a čo vnímajú ako najdôležitejšie pre uspokojenie svojich sociálnych potrieb, môžu urobiť významný krok pri komunitnom plánovaní. Užívatelia majú byť rovnocennými partnermi, ich návrhy a názory majú mať rovnakú

váhu ako ciele a zámery zadávateľov a poskytovateľov. Pri komunitnom plánovaní je dôležité hneď na začiatku alebo v priebehu plánovania definovať určité cieľové skupiny, pre ktoré sa plánujú sociálne služby (Socha In Mihalčová 2009). Bez vyjadrení prijímateľov sa nedá hovoriť o komunitnom plánovaní.

Matoušek (2007) uvádza, že sociálna služba by mala byť užívateľovi poskytovaná samosprávou alebo mimovládnu organizáciou, aby mohla byť „šitá na mieru“ každému klientovi a jeho potrebám. A práve postavenie samosprávy túto úlohu dokáže najlepšie zvládnuť, pretože pozná užívateľove prostredie a potreby. Kružliaková (2011) pripomína, že nesmieme zabúdať na žiadnu cieľovú skupinu a bojovať proti diskriminácii.

Verejnosť – v komunitnom plánovaní je dôležité nezabúdať prizvať do procesu širokú verejnosť ako potenciálnych budúcich užívateľov alebo príbuzných či rodinných príslušníkov užívateľov sociálnych služieb. Aktívne zapojenie širokej verejnosti je jedným z dôležitých nástrojov občianskej komunitnej súdržnosti a participácie. Smatanka (In Artimová, Woleková, 2008) uvádza, že čím viac je do celého procesu zapojená široká verejnosť, tým menej problémov bude pri prijatí a stotožnení sa s komunitným plánom. V každej skupine je určitá vzorka občanov – osobností s vlastným názorom, pohľadom, ale hlavne s tvorivým potenciálom.

Pokiaľ sa má verejnosť aktívne spolupodieľať na budovaní systému sociálnych služieb, musí byť priebežne informovaná a oboznamovaná so zámermi, cieľmi a výsledkami komunitného plánu. Je potrebné umožniť verejnosti priamy prístup od samotného začiatku procesu plánovania cez jeho realizáciu, schválenie až po možnosť nahliadnutia do tzv. „živého dokumentu obce.“

V praxi to znamená, že je potrebné využiť všetky dostupné prostriedky, ktorými je možné verejnosť pritiahnúť a informovať. Verejnosť sa zoznami s výsledkami jednotlivých ankiet, činnosti, prieskumov, do ktorých bola zapojená, zverejňujú sa všetky zmeny, ku ktorým došlo v plánovaní. Na to je možné využiť internet, letáky, brožúry, vývesky, regionálnu a miestnu tlač, miestny rozhlas, osobné stretnutia a verejné hovory, mítingy, informačné strediská (Socha, In Mihalčová, 2009). Realizovaním priebežných a menších zmien, ktoré

vzišli z komunitného plánovania, je možné udržať aktivitu verejnosti, a tým si zároveň občania uvedomia, že ich účasť na procese má aj význam (Jabůrková, Mátl, 2007).

Medzi ďalšie organizácie, ktoré môžu byť oslovené a vyzvané k spolupráci, môžeme zaradiť rôzne miestne alebo verejné organizácie alebo záujmové skupiny, občianske združenia. Čím vyššia je miera zapojenia ďalších organizácií, ktoré sa líšia v podiele napĺňania priorit a cieľov, tým vyššia je efektivita procesu komunitného plánovania (Socha, in Mihalčová 2009). V podobnom duchu aj Kamanová zdôrazňuje, že podstatou komunitného plánovania sociálnych služieb je partnerstvo medzi verejnou správou, štátnymi, súkromnými a neziskovými poskytovateľmi služieb a ich užívateľmi, ktorí dokážu zmapovať miestne sociálne potreby a porovnať ich s miestnymi zdrojmi (Kamanová, Markovič, 2011). Verejnosť pritom môže vnímať na jednej strane účasť ďalších organizácií ako pozitívum, ktoré môže významným spôsobom pomôcť pri plánovaní, ale na strane druhej môže u verejnosti vzniknúť obava, že organizácie môžu vyvíjať tlak na presadzovanie vlastných záujmov.

Pašiak (2002) poukazuje na to, že občania si v ideálnom prípade utvárajú svoje sídelné prostredie podľa svojich potrieb. V tomto procese sa zároveň sami menia, zapájajú, prestávajú byť ľahostajní voči svojmu sídelnému sociálnemu prostrediu, a tiež v ňom preberajú zodpovednosť za dianie. Základom však je, že zapájanie sa do skvalitňovania sídelnej komunity neznamená len dosiahnuť želaný stav, ale jej obsahom je tiež určitá sociálna kontrola, formovanie sídelnej identity a pocit spolupatričnosti s lokálnou komunitou.

Gajdoš (2007) chápe zapájanie sa širokej verejnosti ako jeden z faktorov sídelného rozvoja a účasť verejnosti ako jedno z jej základných práv.

4.2 Etapy práce s územnou komunitou

Smetanka (in Artimová, Woleková, 2008) prejavuje názor, že najdôležitejším aspektom etáp komunitnej práce je práve proces samotný, ktorý umožňuje rozvoj širokého ľudského potenciálu. Etapy

komunitnej práce sú definované v monografiách rôzne. Napríklad Navrátil (2003, s. 54) definuje etapy práce s komunitou nasledovne:

1. *Monitoring* – priebežné sledovanie lokality s cieľom včasného odhaľovania problémov. Monitoring môže mať charakter zberu a vyhodnocovania informácií, ktoré zhromažďujú inštitúcie činné v lokalite.

2. *Výskum a analýza* – použité môžu byť sociologické ale aj psychologické výskumné metódy a metodiky. V územnej komunite sa však využívajú metódy, ktoré sa týkajú expertného zisťovania efektívnosti verejnej správy a ktoré môžeme rozdeliť do nasledovných tried:

a) Hodnotenie efektívnosti výdavkov obcí na služby s využitím súboru benchmarkingových indikátorov (pri tvorbe súboru indikátorov sa vychádza z celkových bežných výdavkov rozpočtu obce a z výdavkov rozpočtu obce viazaných na jednotlivé služby. Celkové bežné výdavky z rozpočtu obce a výdavky z rozpočtu obce na jednotlivé služby identifikujeme prostredníctvom funkčnej a ekonomickej klasifikácie platnej rozpočtovej skladby k dohodnutému ultimu).

b) Hodnotenie efektívnosti obcí pri poskytovaní sociálnych programov a služieb s využitím modelov DEA (Data Envelopment Analysis) a metodológie FDH (Free Disposal Hull).

c) Identifikácia hlavných problémov hodnotenia efektívnosti výkonu sociálnych programov a služieb zabezpečovaných obcami.

d) Návrh metodického postupu pri dosahovaní efektívnosti sociálnych programov a služieb: výber vhodných *ex ante* metód hodnotenia efektívnosti v rozhodovacom procese obce.

3. *Projektovanie* – návrh projektu na odstránenie alebo zmiernenie problému. V projekte komunitný pracovník identifikuje problémy lokality, ciele projektu, zdroje, ktoré budú pri jeho realizácii využité a konkretizuje uskutočňovaní plán.

4. *Implementáciu* – tu ide o vlastnú činnosť, ktorú popisujeme nižšie. Komunitný pracovník podporuje spoluprácu všetkých zúčastnených subjektov. Pod subjektom územnej samosprávy však treba rozumieť nielen zúčastnených expertov, ale aj aktivizovaných občanov.

5. *Hodnotenie* má priniesť informáciu o efektívite sociálneho programu.

Artimová a Woleková (2008) členia proces komunitnej práce na štyri etapy: 1. prípravná etapa; 2. analytická etapa; 3. strategická – plánovacia etapa; 4. implementačná – realizačná etapa. Kružliaková (2011) k nim zaraďuje ešte 5. evaluačnú fázu – hodnotiacu. Práve z tohto konceptu budeme vychádzať v tejto publikácii.

Všetky fázy sú rovnako dôležité a zanedbaním alebo vynechaním jednej z nich môže dôjsť k nedokončeniu komunitnej sociálnej práce. Hanganon a Imrichová (2010) dodávajú, že je dôležité určiť celkovú zodpovednosť za jednotlivé fázy, úseky, aby nedošlo k situácii, že nikto nie je za nič konkrétne zodpovedný.

4.2.1 Prípravná etapa

V nej sa rozhoduje, či je plánovanie sociálnych služieb potrebné, prečo je potrebné služby plánovať a tiež to, akým spôsobom bude celý proces prebiehať. Podnet k vypracovaniu komunitného plánovania môže vychádzať z akejkoľvek strany účastníkov (zadávateľ, poskytovateľ a užívateľ). Dôležité je vytýčiť, na akom území bude proces prebiehať, čo bude očakávaným výstupom a tiež na aké dlhé obdobie bude plán zostavený. V neposlednom rade je dôležité stanoviť jasné pravidlá, úlohy pre jednotlivých účastníkov komunitného plánovania a vzájomné vzťahy. Táto prípravná etapa predurčuje celkový proces plánovania, akceptovania a zapájania sa do procesu všetkými účastníkmi ako aj verejnosťou.

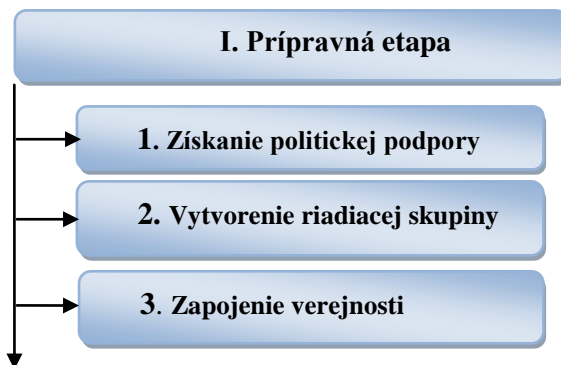


Schéma 10 Prípravná etapa komunitného plánovania (zdroj: Artimová, Woleková 2008)

Artimová a Woleková (2008) uvádzajú, že získanie politickej podpory na začiatku plánovania je zárukou, že volení zástupcovia obcí sa budú seriózne zaoberať aj výsledným dokumentom – komunitným plánom. Obecne zastupiteľstvo schvaľuje zámer vypracovať komunitný plán, menuje spracovateľa, vytvára riadiacu skupinu, zadáva termín predloženia komunitného plánu a v konečnej fáze komunitný plán schvaľuje. Sociálna komisia sa má spolu so sociálnymi pracovníkmi obce aktívne podieľať na celom procese. Úlohou riadiacej skupiny je riadiť proces komunitnej práce vo všetkých jej etapách. Musí rešpektovať princíp partnerstva všetkých zúčastnených strán a berie do úvahy ich návrhy. Jej úlohou je aj rozhodovať o ukončení konkrétnej fázy a prechode do ďalšej fázy. Dbá o to, aby výsledky, ktoré schvaľuje, mali požadovaný obsah a kvalitu, a tiež zodpovedá za dodržiavanie časového harmonogramu prác. Pracovné skupiny sú základom pre celú štruktúru komunitnej práce. Tiež sú založené na partnerstve, rovnosti a dohode. Jednotlivé pracovné skupiny monitorujú potreby užívateľov, komunikujú so širokým okruhom poskytovateľov, zadávateľov a užívateľov. Výhodou pracovnej skupiny je možnosť hlbšieho rozboru otázok, otvorená výmena názorov a priestor na prejednávanie problémov. Medzi nevýhody patria časová náročnosť, vysoké nároky na organizátorov a tiež jednotlivých členov.

Koordinátor by mal poznať lokálnu komunitu, mať skúsenosti v oblasti plánovania, komunikačné schopnosti a dobrú orientáciu v systéme sociálnych služieb. Jeho úlohou je zabezpečovať harmonogram pre všetky zložky, spracovávať výstupy v jednotlivých etapách, zabezpečovať podmienky na činnosť skupín a riadiť verejné pripomienkovanie návrhu komunitného plánu. Riadiaca skupina spoločne s koordinátorom predstavia celý proces verejnosti. Prípravná etapa končí informovaním a zapojením verejnosti do procesu plánovania. Informovanie verejnosti o komunitnej práci môže mať rôzne podoby: informačné letáky, úradné tabule, internet, miestna a regionálna tlač, miestny rozhlas, verejné stretnutia s občanmi (Artimová, Woleková, 2008).

Žiaľ skúsenosť z praxe ukazuje, táto etapa je často obchádzaná. Mnohé obecné zastupiteľstvá zvlášť v malých samosprávach na Slovensku nemajú ani predstavu o komunitnom plánovaní a poskytovaní komunitnej sociálnej služby. Často samotné komunitné plánovanie ostáva vôbec nerealizované. Vznik nových sociálnych služieb v komunite a ich štandardov ostáva na samotných realizátoroch sociálnych služby.

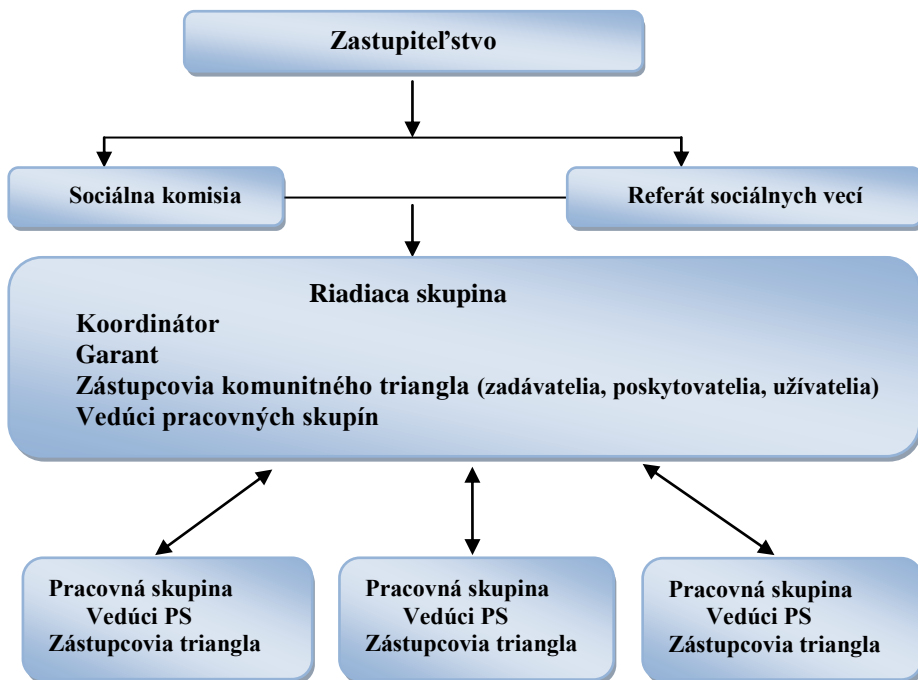


Schéma 11 Riadiaca štruktúra komunitnej práce (zdroj: Artimová, Woleková, 2008)

Súčasťou prípravnej etapy je aj **kvalifikácia a kvantifikácia sociálneho problému**. V rámci nej je potrebné zistiť dominantný, prioritizovaný sociálny problém, ktorý je z hľadiska občanov územnej komunity najzávažnejší a najakútnejší, následne analyzovať príčiny a dôsledky, tendencie vývoja sociálneho javu, hľadať súvislosti. Ďalej sa definuje rozsah sociálneho problému, finančné, technické, personálne zdroje riešenia sociálneho problému, a to v rámci komunity a mimo nej. Stanovujú sa v implementácii komunitného plánu a hlavne v implementácii komunitnej sociálnej služby aj

štandardy výkonu sociálnych služieb. Tie by mali podľa zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov obsahovať hlavne body personálnych, prevádzkových a procedurálnych štandardov.

V tejto etape, ktorú Levická (2006) vo svojej monografii nazýva aj diagnostickou, je vhodné využiť rôzne techniky na analýzu sociálneho problému. Ide napríklad o rozhovor, výskum, analýzu, expertné odhady, Delphi-metódu, SWOT analýzy a podobne. Podľa Artimovej a Wolekovej (2008) sa na určenie priorít často používa práve SWOT analýza komunity. Na jednej strane spočíva v určitom zhrnutí a zhodnotení silných a slabých stránok, na strane druhej v identifikácii vhodných príležitostí a ohrození. SWOT analýza nám pomáha nájsť podstatu celého problému a jednoducho ho popísať, zhrnúť všetky poznatky do jednoduchej schémy a naznačiť kroky, ktoré sú potrebné na zmenu slabých stránok na silné stránky a potlačenie možných rizík.

Silné stránky	Slabé stránky
Interné podmienky Napomáhajú dosiahnutie cieľa	Interné podmienky Sťažujú dosiahnutie cieľa
Príležitosti	Ohrozenia
Externé podmienky Napomáhajú dosiahnutie cieľa	Externé podmienky Sťažujú dosiahnutie cieľa

Na základe SWOT analýzy sa stanovujú opatrenia a aktivity, ktorými by sa naplňovali prioritné úlohy sociálnych potrieb obyvateľov, vrátane finančného a personálneho zabezpečenia. Všetky tieto výsledky je vhodné predkladať účastníkom procesu na priame pripomienkovanie. Na základe jednotlivých krokov spracovateľ postupne spracuje komunitný plán, ktorý má stanovenú určitú formu a obsah (Woleková, Mezianová, 2004).

Do tejto etapy patrí aj **navrhovanie projektov sociálnych opatrení**, pričom navrhované opatrenia, rozsah a metódy ich realizácie sú konzultované a analyzované v komunite, dôležitá je

účasť členov komunity. Z hľadiska participácie členov komunity na príprave je potrebné rozlíšiť:

- Projekty a opatrenia, ktoré by mali byť zabezpečené v pláne rozpočtu územnej komunity prostredníctvom vzájomnej subsidiarity a solidarity.
- Projekty a opatrenia, ktoré je potrebné zabezpečiť v pláne rozpočtu územnej komunity alebo cez nadriadený orgán, alebo finančné prostriedky získať z externých zdrojov.
- Projekty a opatrenia slúžiace obyvateľom väčšieho územného celku, ktoré sa komunita nesnaží realizovať sama, ba dokonca predstava ich realizácie vyvoláva u členov komunity negatívne stanoviská.

Aby sme eliminovali následné negatívne pripomienky občanov územnej komunity, je potrebná ich participácia už v tejto etape plánovania.

Mnohí z praxe sú presvedčení, že aj pri práci s marginalizovanou komunitou je potrebné zapojenie všetkých členov komunity. V tomto kontexte je potrebné položiť si praktickú otázku: „Kto konkrétne by mal pracovať v územnej komunite?“ – Je dôležité poukázať na problém práce sociálneho pracovníka v územnej komunite. Mnohé obce takého pracovníka vôbec nemajú – z dôvodu deficitu obecného finančného rozpočtu. A ak ho majú aj zriadeného, tak prevažne ide o jeho implementáciu vďaka finančným prostriedkom EÚ, ktorá takéto miesto zriaďuje len na určité časové obdobie. Nehovoriac o tom, že takéto miesto môže samospráva ponúknuť aj neskúseným absolventom sociálnej práce, ktorí nedostatočne dokážu manažovať svoju činnosť sociálneho pracovníka a správne pochopiť požiadavky a potreby komunity. Totiž prax ukazuje, že mnohí terénni sociálni pracovníci uvádzajú pracovný deficit v nepochopení svojej práce v komunite. Často ich výkonom v komunite sa stávajú len podporné sociálne služby (sprievod k lekárovi, donášková služba), čo však pre komunitu nie je dostatočné, pretože v tejto činnosti chýbajú služby, ktoré by komunite pomáhali komplexne (napr. výkon sociálneho poradenstva, komunitné centrá, práca v nízkoprahových centrách, aktivizácia dobrovoľníkov).

Práca v tejto etape by sa mala sústreďovať okolo poskytovania propagácií a informovania obyvateľov územnej komunity. Obce často nemôžu túto informovanosť zabezpečiť prostredníctvom

televíznych reklám, ale v súčasnosti v každej obci funguje informačný internetový portál, ktorý informuje občanov o dianí sa v obci. Vytvára teda priestor pre zapojenie občanov do jednotlivých akcií. V tejto etape by nemalo byť základným cieľom len vyriešiť daný problém, ale aj naučiť riešiť problémy samotných občanov.

Praktickou otázkou pri zapojení občanov do komunitného diania, ostáva problém ako to zrealizovať? Mnohí občania nechcú a nemajú záujem byť aktívni v komunite. Iní občania sa stávajú skôr prekážkou pri realizácii komunitnej sociálnej práci. Ich nezáujem a skeptizmus o poskytované sociálne služby mnohých poskytovateľov odrádza od ich aktívnej činnosti. Avšak na druhej strane občania, ktorí naozaj potrebujú pomoc, sa stávajú silným motivačným činiteľom, ktorý dáva zmysel celej komunitnej práci mnohým poskytovateľom sociálnych služieb.

4.2.2 Analytická etapa

Analytická etapa sa vyznačuje procesom mapovania súčasného stavu a stanovenie východiskovej situácie komunity. Jej obsahom je základný popis územia, zisťovanie sociálno-demografických ukazovateľov a tiež zisťovanie potrieb, názorov, možností a predstáv všetkých účastníkov komunitnej práce (Mihalčová,2009).

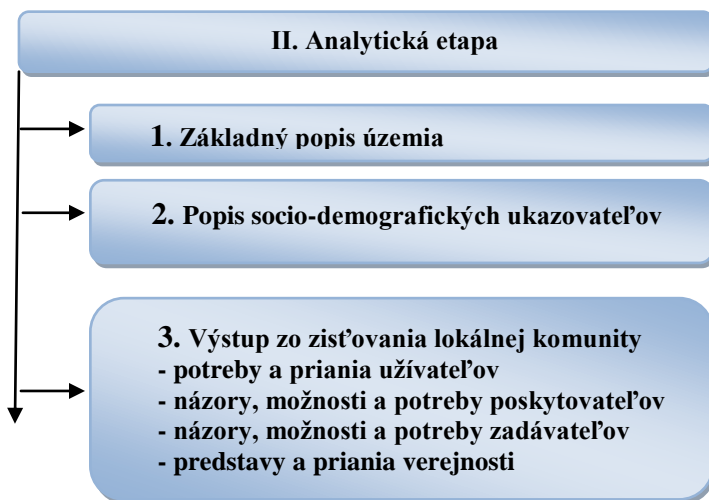


Schéma 12 Analytická etapa komunitnej sociálnej práce (zdroj: Artimová, Woleková, 2008)

Smatanka (In Artimová, Woleková 2008) uvádza, že k analýze existujúceho stavu sa dopracujeme kvantitatívnym a kvalitatívnym výskumom a porovnaním existujúceho stavu v komunite s okolitým prostredím. Tým je možné položiť základy toho, „ako je to u nás“ a ako by to malo byť, toho, čo „chceme my“ a ako je to pre nás potrebné.

Pri základnom popise územia sa presne špecifikuje a vymedzuje lokalita, ktorá spadá do komunitného plánovania. Sociálno-demografické údaje nám veľa povedia o stave, štruktúre a charakteristike občanov žijúcich v danej komunite. Môžu sa sústrediť aj na javy ako sú nezamestnanosť, zdravotné obmedzenie, vzdelanosť, životná úroveň. Toto všetko nám dáva obraz o aktuálnej skladbe obyvateľstva v rámci danej lokality (Okálová, Markovič In Mátel et al., 2010). Názor verejnosti nás môže upozorniť na chýbajúcu službu, ktorú pokladajú za absentujúcu, alebo poskytnúť zaujímavé informácie (Socha, In Mihalčová et al. 2009).

Získané informácie a súhrnný popis môžeme získať aj z údajov, ktoré sú už spracované, alebo sa dajú získať z nasledujúcich inštitúcií: obecný úrad, VÚC, štatistický úrad, ÚPSVaR.

Artimová a Woleková (2008) odporúčajú vytvoriť databázu poskytovateľov sociálnych služieb, ktoré zistíme pri mapovaní lokality. Pokiaľ je to možné, je vhodné vytvoriť taktiež databázu služieb, ktoré sú umiestnené mimo obce, ale pre obyvateľstvo sú dostupné. Takýto prehľad poskytovateľov sa dá porovnať s potrebami užívateľov a tvorí jeden zo základných dokumentov nápomocných pre plánovanie sociálnych služieb. V popise aktuálnej sociálnej situácie sa zrkadlí pohľad užívateľov, poskytovateľov a zadávateľov.

4.2.3 Strategická etapa

Pozostáva z určitých činností, postupov, cieľov a ľudských zdrojov za účelom uskutočňovania cieľov sociálnej inštitúcie, sledujúc pritom záujmy klienta (Hangoni, Imrichová, 2010).

Súčasťou tejto etapy sú často aj korekcie cieľov, metód a postupov ako aj financovania, ktoré je potrebné upraviť v dôsledku

nepredvídaných rizík komunitnej práce. Táto etapa je obzvlášť dôležitá na citlivý prístup a udržanie partnerstiev pri plánovaní.



Schéma 13 Strategická etapa komunitnej sociálnej práce (zdroj: Artimová, Woleková, 2008)

Do strategickej fázy patrí **realizácia sociálnych opatrení**. Táto je veľmi náročná pre sociálneho pracovníka, pre tím spolupracujúcich odborníkov, ale aj pre samotných členov komunity. Úlohou sociálneho pracovníka je koordinovať spoluprácu komunity a jej členov s realizátorom, ktorý sociálne opatrenia realizuje, prípadne spoluprácu zabezpečuje ako hlavný organizátor. Vníma (zisťuje, meria) aktuálny efekt sociálnych opatrení, zisťuje a navrhuje opatrenia na riešenie prípadných vzniknutých problémov. V rámci styku s komunitou spoznáva tiež ďalšie sociálne problémy, ktoré boli doposiaľ skryté.

Strategická etapa pracuje s určitými víziami sociálnych služieb (Deset krokov ku komunitnému plánovaniu, 2012) na danom území. Je to určitá spoločná predstava, aké služby si v budúcnosti prajeme a predstavujeme, ktorými skupinami sa majú služby zaoberať. Strategická etapa v komunitnej sociálnej práci má za úlohu hľadať spôsob na uspokojenie potrieb, určiť priority občanov a vytvoriť plán rozvoja sociálnych služieb. Ťažko povedať, aká bude predstava nejakého stavu, ktorý tu bude o 5 alebo 10 rokov. Tiež nie je možné súčasne riešiť všetky problémy v sociálnej oblasti, ktoré trápia komunitu. V procese plánovania je potrebné určiť prvoradé riešenia problémov, ktoré komunita považuje za najvypuklejšie.

Veverková a Kružliaková (2011) upozorňujú, že tu dochádza k určitému prelínaniu užívateľských potrieb s ponukou poskytovateľov. Osobné záujmy sa v tejto fáze prejavujú najviac, preto je dosiahnutie spoločnej dohody niekedy náročné. Každá skupina sa snaží určiť svoju vlastnú prioritu ako najdôležitejšiu, bez ohľadu na to, či je reálna.

Zákon č. 448/2008 Z. z. v z. n. p. stanovuje v § 83 minimálnu štruktúru výsledného komunitného plánu, v ktorom by sa mala nachádzať:

- analýza stavu poskytovaných služieb v danej lokalite, materiálne technické a vzdelanostné vybavenie;
- analýza potrieb a požiadaviek občanov daného územia podľa jednotlivých sociálnych skupín;
- analýza socio-demografických údajov v obvode obce;
- určenie cieľov a priorít;
- časový plán realizácie komunitného plánu, vrátane finančných, personálnych, organizačných a prevádzkových podmienok;
- spôsob vyhodnotenia plnenia komunitného plánu.

Na konci tejto etapy sa výsledný dokument – komunitný plán opätovne predkladá širokej verejnosti na verejné posudzovanie a pripomienkovanie. Po zapracovaní pripomienok verejnosti sa komunitný plán predkladá na schválenie obecnému zastupiteľstvu. Oboznámiť širokú verejnosť s celým procesom komunitnej práce až na poslednom pripomienkovom konaní v závere procesu pokladá Smatanka (In Artimová, Woleková, 2008) za nedostačujúce. Poukazuje na to, že vtedy by bola verejnosť vynechaná z celého procesu plánovania.

4.2.4 Implementačná etapa

Autorky Artimová a Woleková (2008) uvádzajú, že implementačná – realizačná etapa patrí k verejnosťou najviac očakávaným etapám celého procesu. Táto etapa nastáva po schválení komunitného plánu obecným zastupiteľstvom. Zodpovedné subjekty, ktoré sú uvedené v komunitnom pláne, preberajú celkovú realizáciu na napĺňanie aktivít. Verejnosť, ktorá bola zapojená do celého procesu, si teraz môže hmatateľne uvedomiť, že zapájanie malo význam a v celkovom

dokumente sú zapracované aj jej požiadavky a návrhy. Postupným uskutočňovaním zmien sa uspokojujú potreby a naplňajú sa požiadavky celej komunity. Touto fázou ale komunitné plánovanie nekončí. Je to určitý proces, ktorý je neustále živý a ak nastane potreba, pokračuje sa v plánovaní. Taktiež aj samotný dokument komunitný plán je otvorený a dá sa s ním pracovať. Pokiaľ vznikne od kohokoľvek z triády prípadne z verejnosti požiadavka na nové prehodnotenie služieb, je možné kedykoľvek ho otvoriť a pracovať s ním. V tejto realizačnej fáze sa za veľmi dôležité považuje monitorovanie a priebežné vyhodnocovanie aktivít v stanovených intervaloch, ktoré vykonáva monitorovacia skupina. Sleduje sa napĺňanie jednotlivých aktivít a opatrení, ktoré vedú k realizácii priorít.

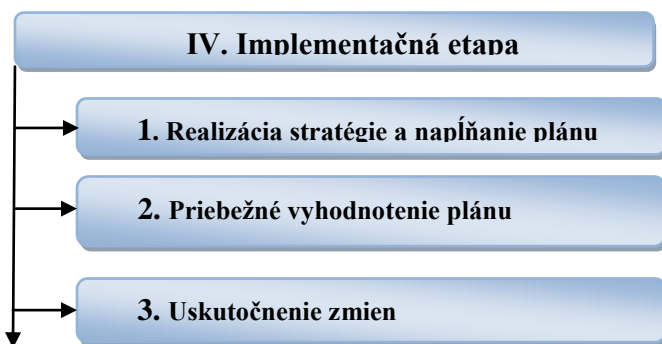


Schéma 14 Implementačná etapa komunitného plánovania (zdroj: Artimová, Woleková, 2008)

Woleková a Mežianová (2004) považujú za dôležité okrem uskutočňovania zmien v sociálnych službách a väčšej informovanosti občanov aj neustále vyhľadávanie a zapájanie nových partnerov.

Implementácia sociálnych plánov v rámci obecného manažmentu je sám o sebe zaujímavým problémom. Každý si dokáže predstaviť situáciu, kedy existuje výborná široko podporovaná komunitná rehabilitácia, ktorá má schopnosti reálne riešiť sociálny problém v komunite, ale z nejakého dôvodu jej uskutočnenie viazne, veci sa nepodarí zrealizovať a vec takpovediac „zostane len na papieri predstaviteľov obce“. Problém je väčšinou v spôsobe implementácie

sociálneho programu. Implementácia prebieha dvoma smermi (Scherie, 2009):

1. Implementácia ako stav realizácie – verejný program sa realizuje v rámci nejakej postupnosti činností. Predpokladá sa, že predstavitelia samosprávy miest a obcí a realizátori sociálnych programov majú väčší vplyv na cieľ programu, ale ak postupne prebiehajú činnosti, ktorými sa program realizuje, ich vplyv môže slabnúť. Vtedy sa primárne skúma vzájomný vzťah medzi cieľmi a uskutočnením stavom. Snahou je dosiahnuť čo najmenšie odchýlky, napríklad dokonalosťou informačných kanálov, organizačných štruktúr a kvalifikovanosťou realizátorov sociálnych programov.

2. Implementácia ako proces realizácie sociálneho programu – je chápaná ako výsledok vzájomného vzťahu a interakciou medzi aktérmi celého procesu. Na povahe vzťahu medzi aktérmi závisia výsledky programu. V zásade ide o to, že implementácia je súčasťou samotného programu. Počíta sa s ňou ako s fázou, ktorá umožní modifikovať výsledky, resp. dosiahnuté ciele.

Existujú rôzne spôsoby implementácie, ktoré môžu byť buď vnútorne konzistentné, teda také, u ktorých sa cieľ nemení, a potom také, ktoré sú vnútorne heterogénne a dochádza u nich k zmenám pôvodných cieľov a očakávaní. Nedá sa však dopredu rozhodnúť o tom, ktoré ponímanie je funkčnejšie a lepšie, to závisí na konkrétnej situácii.

K implementácii ako procesu realizácie sociálneho programu, sa podľa Winklera (2002b) pristupuje z hľadiska rôznych názorov ako k:

- úplnej administrácii cieľa;
- manažmentu sociálnych programov;
- organizačnému rozvoju a vývoju sociálnych programov;
- procesu učenia sa programovým postupom;
- aktivite neformálnej implementačnej štruktúry;
- programovým výsledkom;
- perspektíve prístupu k programu;
- politickému symbolu;
- vyjednávaníu.

Nezávisle na dvoch prístupoch k ponímaniu pojmu implementácia sa vyvíjali dva prístupy k analýze implementácie. Z hľadiska vývoja sa v literatúre presadzoval najskôr prístup *top-down*. Od počiatku 80. rokov minulého storočia sa začínajú procesy implementácie analyzovať tiež prístupom *bottom-up*. Obe tieto metódy majú svoje prednosti a nedostatky.

4.2.4.1 Prístup TOP-DOWN

Analýza začína pri tvorbe rozhodovania vládnych úradníkov, a potom hľadá odpoveď na nasledujúce otázky (Peková, 2004):

- V akom rozsahu boli aktivity implementujúcich úradníkov a cieľovej skupiny konzistentné s cieľom a procedúrami navrhnutými a predpísanými tvorcami rozhodnutia na centrálnej úrovni?
- V akej miere došlo k dosiahnutiu plánovaných cieľov? To znamená, do akej miery boli výstupy a výsledky programov konzistentné s týmito cieľmi?
- Aké boli hlavné faktory, ktoré ovplyvnili výstupy a výsledky programov? Skúmajú sa pri tom faktory ovplyvňujúce implementáciu oficiálneho programu rovnako ako faktory a podmienky ovplyvňujúce neočakávané a neplánované výstupy programu?
- Akým spôsobom bol sociálny program korigovaný na základe predbežných informácií?

Za hlavnú slabú stránku bola označovaná prvá podmienka jasných a konzistentných cieľov, ktorá býva sčasti nesplnená. V priebehu implementácie sú ciele často protichodné (napr. cieľ minimalizovať náklady a súčasne poskytovať službu v najlepšie dosiahnuteľnej kvalite a pod.). Ďalším nedostatkom je skutočnosť, že vytvárajú politické rozhodnutie na centrálnej úrovni. Autori tohto rozhodnutia majú tendenciu podceňovať vplyv ďalších aktérov na proces implementácie. Tento prístup má rovnaký sklon vyčleňovať angažovanosť a iniciatívu nižších strán (Winkler, 2002a).

Iný pohľad na princíp prinášajú Sabatier a Mozmanian (In Winkler, 2002b) v prípade samosprávy miest a obcí. Tvrdia, že tieto iniciatívy a vlastný vplyv úradníkov na nižšej úrovni procesu implementácie je

v zásade vnímaný ako prekážka. Posledným zásadným nedostatkom je, že metóda „zhora-dolu“ je náročne uplatniteľná len tam, kde centrálna úroveň chýba, alebo na rozhodovanie má vplyv skupina činiteľov na centrálnej úrovni, pričom žiadna táto skupina nemá prevažujúci vplyv.

Aj napriek uvedeným nedostatkom sa tento postup zdá vhodným príkladom tam, kde cieľom analýzy je výhradne zistiť efektívnosť programov alebo v oblastiach, kde je dominantný jeden verejný program. Rovnako môže byť prístup zhora-dolu použitý tam, kde existuje jednoznačná legislatíva a tam, kde sú v rámci výskumu zisťované skôr priemerné výsledky než regionálne odlišnosti.

4.2.4.2 Prístup BOTTOM-UP

Táto metóda má opačné zameranie v porovnaní s metódou zhora-dolu. Tento prístup vychádza podľa Schendlera (2002) z:

- identifikácie siete účastníkov zapojených v poskytovaní sociálnych služieb v jednej či vo viacerých miestnych oblastiach;
- skúmaní ich cieľov, stratégií, aktivít a kontaktov;
- využitií zistených kontaktov ako prostriedkov pre identifikáciu lokálnych, regionálnych a národných aktérov zapojených do plánovania, financovania a prevedenia vládnych i nevládnych programov.

Táto metóda pri analýze nezačína vládny programom ale problémami, ktoré jednotliví aktéri pociťujú, ako aj stratégiami vytvorenými pre ich riešenie. Tento prístup umožňuje monitoring všetkých účinkov programu, inak povedané, nekonfrontuje výsledok len s cieľom.

Slabou stránkou tohto prístupu sa môže stať prílišné preceňovanie vplyvu jednotlivých aktérov a periférie (vo vzťahu k centru). Centrálna inštitúcia má v dôsledku kvalitného naplánovania vlastných cieľov silnú schopnosť ovplyvniť širšie okolie - napr. určovaním legislatívnych rámcov a pravidiel (Buchardt, 2002).

Prístup zdola-nahor je rovnako vnímaný ako neschopnosť stotožniť sa s explicitnou teóriou faktorov ovplyvňujúcich implementáciu verejného programu. Použitie tejto metódy by malo

byť výhodné tam, kde sa implementácia programu podieľa na väčšinou mocensky nezávislých inštitúciách, prípadne tam, kde neexistuje jednoznačná legislatívna úprava daného politického procesu.

Teoretické modely implementácie vychádzajú zo základných možných prístupov k implementácii. Tieto modely úzko súvisia s teóriami o role štátu a jeho diferenciaciami. Medzi ne zaradíme napríklad:

1. *Autoritatívny model* – spolieha sa predovšetkým na nástroje riadenia ako sú smernice, nariadenia, plánovania, hierarchická štruktúra a pod.
2. *Participatívny model* – kladie dôraz na nepriame nástroje riadenia ako napr. definovanie cieľov, spontánnosť, vzdelanie, vyjednávanie a pod. (Winkler, 2002a)
3. *Model koalície účastníkov* – vychádza z predstavy plurality „hráčov“, ktorí sa podieľajú na aktualizácií konkrétnej politiky, spolu komunikujú, vyjednávajú, dosahujú kompromisy, ale súčasne zdieľajú spoločenský súbor hodnôt a snažia sa dosiahnuť spoločné ciele.
4. *Nekonečne sa učiaci model* – jeho podstatou je predstava, že optimálne riešenie sa dosiahne postupne, formou krokov cesty pokusu a omylu, zlepšovania metód a techník určených k dosiahnutiu cieľa (Buchardt, 2002).

4.2.5 Evaluačná etapa

Kružliaková (2011) pridáva aj evaluačnú – hodnotiacu fázu, v ktorej je určený spôsob vyhodnocovania plnenia komunitného plánovania. Voľba vhodného systému monitoringu a tiež hodnotenia je dobrým základom pri spätnej väzbe s verejnosťou, ktorá zisťuje úspešnosť komunitného plánovania a jeho prijatia celou komunitou. Artimová a Woleková (2008) uvádza, že monitorovanie a následné hodnotenie nám poskytujú informácie, či zvolená cesta plánovania vedie k napĺňaniu cieľov, alebo či dochádza k určitému odklonu. Vďaka tomu, že komunitné plánovanie je proces veľmi živý a cyklický, je možné na prípadné neúspechy alebo odklon pri realizovaní pružne reagovať v ďalšom plánovacom cykle.

Posúdenia efektívnosti realizovaného projektu je dôležité z troch dôvodov:

- zlepšovanie sociálnej situácie v komunite;
- vyššia úroveň sebestačnosti komunity;
- efektívnosť vynaložených finančných prostriedkov.

Na vyhodnotení sa majú podieľať členovia komunity, sociálny pracovník, experti, regionálni a miestni predstavitelia verejnej správy, prípadne iné neštátne subjekty, ktoré spadajú pod interné zdroje komunity, prípadne aj neštátne subjekty, ktoré spadajú pod externé zdroje komunity. Táto etapa by sa mala zamerať na zistenie sociálnych a ekonomických stavov a zistenie, či ľudia, ktorí sa aktívne zúčastnili v procese úpravy pomerov a realizácie projektov, zlepšili svoje schopnosti a znalosti, aby eliminovali problémy komunity. Tokárová (2002, 2009) vo svojej monografii uvádza, že súčasťou tejto etapy je aj evaluácia metód (hodnotiaci výskum), ktoré majú priniesť informácie o efektivite daného problému.

Hodnotenie obecnej politiky je veľmi komplikovaná činnosť. Málokedy sa stretávame s prípadmi, kde by existovali jasne a všeobecne akceptovateľné kritéria tohto hodnotenia. Existujú minimálne dve roviny, v ktorých má zmysel realizovať hodnotenie: politické a sociálno-ekonomické (Peková, 2004). Prvé (politické) hodnotí ako získať podporu od iného zdroja. Druhé hodnotenie používa kritérium racionality zúčastnených subjektov v zmysle predstavy, že racionálna činnosť spočíva v efektívnom využití obmedzených zdrojov za účelom maximálneho dosahovania cieľov, resp. žiaduceho úžitku.

Metódy sociálno-ekonomického hodnotenia si kladú za cieľ merateľne poukázať na to, aký je úžitok a aké sú náklady rôznych variantov rozhodnutia, a na základe toho vybrať také projekty alebo činnosť, ktoré sú schopné najlepšie prispieť k rastu spoločenského blahobytu (Winkler, 2002a).

V praxi sa s ich využívaním nestretávame často. Dôvodov je celá rada. Jedným z nich je pomerne široko rozšírené povedomie, že to jednoducho nejde. Pravda je viac-menej taká, že zapojenie metód sociálno-ekonomickej analýzy do rozhodovania miestnej samosprávy má vo svete dlhú tradíciu. Oblasť aplikácie verejných projektov sa

v histórii rozširovala postupne. Najprv sa analýzy týkali veľkých verejných investícií, a to predovšetkým infraštruktúry. Potom sa rozšírili na projekty vo výrobe energie, s ohľadom na problémy verejného financovania, ale predovšetkým na problémy zvyšujúceho sa výnosu a externalít.

Požiadavky na uplatňovanie metód sociálno-ekonomických analýz pri rozhodovaní medzi alternatívnymi spôsobmi vynakladania verejných prostriedkov nie sú snahou o odoberanie právomoci demokratickým inštitúciám. Nejde o snahu nahradiť ich rozhodovanie nejakým technokratickým – viac či menej direktívnym presadzovaným rozhodnutím nezávislým na spoločenských perifériách. Zmyslom a poslaním ekonomických analýz je zvýšiť mieru informovanosti o danom predmete rozhodnutia, o možných variantoch a o ich spoločenských nákladoch a úžitkoch. Vo svojej podstate sa jedná o skvalitnenie predpokladu efektívneho rozhodovania vo verejnom sektore, ktoré samo o sebe nezaručuje výber optimálnych variantov, ale znižuje nebezpečenstvo zhruba nesprávneho či svojvoľného rozhodnutia. Zrealizovanie akokoľvek dobrej „objektívnej“ analýzy neobsahuje z príslušných kompetencií orgánu zodpovednosť za prijaté rozhodnutie. Analýza môže poslúžiť predovšetkým ako inšpirácia a argument chystaného alebo prijatého rozhodnutia. Služí tým v podstate ako nástroj dopĺňujúci štandardné inštitucionálne brzdy subjektivismu v politickom rozhodovaní, známe vo vyspelých štátoch ako napr. povinnosť analyzovať dopady rozhodnutia, inštitút verejného počutia a pod. (Kovačič, 2005)

Ak bude trajektória vývoja občianskej spoločnosti v našej republike nasledovať vyspelé krajiny, môžeme predvídať, že sa postupne zmení postoj verejnosti k rozhodovaniu orgánov verejnej správy. Logika prístupu, ktorý je pomerne častý predovšetkým v anglosaských krajinách, je nasledujúca:

1. Verejné výdavky si vynucujú existenciu verejných príjmov na úkor súkromného sektoru. Okrem iného zaťažuje jeho investičné možnosti, čo má pochopiteľne negatívny dopad na rozvoj ekonomiky, z čoho vyplýva, že ak chce štát či iná verejná moc tieto prostriedky podnikateľskej sféry odčerpať, mala by ich využiť lepšie a mala by mať v rukách dôkazy, ktoré to môžu potvrdiť (Winkler, 2002a).

2. Ak verejná správa nedokáže preukázať efektívnosť svojich výdavkov, bude narážať na stále vyššiu mieru neochoty podieľať sa na vytváraní zdrojov. Ekonomické analýzy môžu slúžiť ako argumenty na získavanie podpory verejnosti a prijatého rozhodnutia. Je pochopiteľné, že získanie týchto „argumentov“ nie je zadarmo. Spracovanie kvalitnej ekonomickej analýzy je dosť náročný čin, ako do kvalifikovanosti predstaviteľov, tak i do množstva potrebných informácií. Niet divu, že objednávka na ich vypracovanie je zo strany obcí malá alebo žiadna. Je zrejmé, že širšie využívanie metód sociálno-ekonomickej analýzy bude ešte dlho podmienené dostupnosťou externých finančných zdrojov (štátne a súkromné granty, dotácie, prostriedky medzinárodných rozvojových programov a pod.) (Winkler, 2002b).

4.3 Modely sociálneho plánovania

Teoretické modely sociálneho plánovania sa začali rozvíjať koncom 50. rokov 20. storočia. Tento proces sa charakterizoval dvoma fázami. V prvej fáze prevažovali stanoviská predstaviteľov, ktorí do popredia dávali samotnú realizáciu plánov v komunite. V druhej fáze išlo o hľadanie tzv. „strednej cesty“ ktorá využívala silné stránky racionálneho modelu plánovania a modelu inštitucionálneho. Táto cesta vyústila do sformulovania modelu normatívneho optima (Hronský, 2004).

Racionálny model plánovania

Formovanie tejto teórie je spojené s prácami nemeckého sociológa Maxa WEBERA (1864 – 1920) *Teória sociálnej a ekonomickej organizácie* (1924) a *Hospodárstvo a spoločnosť* (1924) a francúzskeho inžiniera Henri FAYOLA (1841 – 1925) *Zásady správy všeobecnej a správy podnikov* (1910). Je dokázateľné, že realistický model primárne vychádza zo skúseností pri štúdiu súkromných ziskových a byrokratických štátnych organizácií. Obvykle je tento model členený na štyri fázy (In Buchardt, 2002):

- proces hľadania cieľov;
- formulácia cieľov;
- výber alternatívnych stratégií k dosahovaniu cieľa;

- evaluácia výsledkov.

V rámci racionalistického modelu sa vyskytujú dva relatívne samostatné koncepty rozhodovacieho procesu (Dvořák, 2004):

- *model technologickej racionality* – byrokratické rozhodovanie,
- *model ekonomickej racionality* – manažérske rozhodovanie.

Oba tieto koncepty predpokladajú, že čo sa naplánuje tak sa aj realizuje. To znamená, že predpokladajú, že sa jednotlivci pri výbere bude správne rozhodovať. Nakoľko racionálne rozhodovanie je založené na úplnosti a komplexnosti informácií. Veľkým problémom tohto modelu je idea tzv. „ohraničenej reality rozhodovania“. Rozhodovanie je zadefinované ako racionálna voľba alternatív, ktorá vedie k dosahovaniu cieľa.

Predstaviteľom kritiky racionalistického modelu, vzhľadom k jeho možnosti uplatnenia v samospráve miest a obcí, je americký politológ a ekonóm Charles LINDBLOM (nar. 1917), ktorý vychádza z výpočtu nedostatku racionalistického modelu, ktorý uvádza ekonóm Herbert Simon a ďalej ho rozširuje. Lindblom (1993) uvádza nasledujúce námietky:

- nedostatok adekvátnych informácií a poznatkov;
- prísne rozlíšenie medzi cieľom a prostriedkami. Prostriedky sú veľmi rigidné, v administratívnom procese sú často prostriedky a ciele implementované súčasne a rovnako je často porušená väzba medzi prostriedkami a cieľmi;
- racionalistické modely nezohľadňujú vplyv politických faktorov, ktoré môžu obmedzovať možnosť voľby medzi variantmi;
- považuje racionalistické prístupy za nereálne z dôvodu nedokonalostí v stanovených cieľoch a nesystematickosti hodnotenia. Výsledkom je, že väčšina rozhodnutí v demokratickom systéme má nečakané dôsledky;
- kritizuje racionalistický model ako nepraktický a prisvojujúci si jediný prístup k poznaniu a rozhodovaniu (Karpíš, 2006).

Na základe týchto námietok navrhol Lindblom vlastnú koncepciu, ktorú pomenoval „Ako si poradiť“ (*muddling through*) alebo „nesúrodé postupné zmeny“ (*disparate gradual changes*). Vychádza z predpokladu, že každodenná politika nezačína u presne

definovaného cieľa, ale utvára sa v konkrétnych situáciách. Konkrétne situácie významne ovplyvňujú rozhodovanie jednotlivých aktérov. Z toho vyplýva, že proces tvorby cieľov a rozhodovanie je postupný proces, pričom zmeny sú malé a v priebehu procesu môže dôjsť k zásadným zmenám cieľa (Reich, 1991).

Kritika tohto modelu upozorňuje, že tento prístup bude mať úspech len v tom prípade, ak budú problémy, ktoré sú predmetom rozhodovania, v podstate stabilné. Ďalšou námietkou je, že inkrementalizmus (v plánovaní myšlienkový smer, ktorý dospieva k názoru, že plánovaná implementácia stratégie z bodu A do bodu Z musí byť presne naplánovaná) je nákladnejší, pretože vďaka postupnosti rozhodovania treba veľa vecí revidovať. V diskusii, ktorá sa viedla o tejto metóde, boli identifikované nasledovné typy analýzy inkrementálneho rozhodovania (Winkler, 2002):

- Aktér realizuje postupné kroky a rozhoduje sa metódou pokusu a omylu.
- Typ rozhodovania, ktoré prebieha ako postupný proces adaptácie na politické podmienky.
- Teória inšpirovanej intervencie, ktorá vyvoláva malé experimentálne zmeny.

Inštitucionálny model plánovania

Tento model považuje rozhodovanie za súčasť implementačných aktivít samosprávy. Nakoľko samospráva miest a obcí je živý „organizmus“ – komunita, ktorá sa prispôsobuje zmenám a požiadavkám členom komunity vo fáze implementácie môže dôjsť k významnej úprave pôvodného cieľa a rozhodovania od pôvodného cieľa, ktorý bol zadaný predstaviteľmi komunity. Teda základnou filozofiou inštitucionálneho modelu nie je niečo komunite autoritatívne „nanútiť“, prípadne racionálne niečo naplánovať, čo bude daná komunita dodržiavať. Avšak vychádza sa z potrieb členov komunity a zo vzťahových väzieb členov komunity. V tomto modeli môže však dôjsť počas tvorby komunitného plánu aj k úplnej strate záujmu členov komunity, a to ak (Göppner, 2004):

- sú rozdiely v hodnotách medzi tými, ktorí rozhodujú a medzi tými, ktorí rozhodovanie realizujú, výsledky preto nemusia zodpovedať plánovaným cieľom;

- proces rozhodovania je často ovplyvnený podmienkami nedostatočnej informovanosti členov komunity.

Model normatívneho optima

Tento model predstavuje tzv. tretiu cestu. Táto koncepcia tvorby komunitných programov berie ohľad na vplyv neracionálnych faktorov a na proces racionálneho rozhodovania. Odporúča sa využívať racionalistické postupy v zjednodušenej podobe pri tvorbe základných cieľov a smerníc programov ako napr. očakávané finančné náklady. Pričom sa tiež kladie veľký dôraz na intuíciu a skúsenosti predstaviteľov a potreby členov komunity, čím sa zohľadňuje aj inštitucionálny model (Winkler, 2002a).

Preto sa hlavným poslaním plánovania sociálnych služieb stáva zabezpečenie kvalitných a dostupných sociálnych služieb, ktoré reálne zohľadňujú potreby občanov daného územia v súlade s demografickým vývojom, finančnými možnosťami obce a prioritou sociálnej politiky štátu, čo je hlavnou filozofiou modelu normatívneho optima (Kružliaková, 2011).

4.4 Princípy komunitného plánovania

Socha (In Mihalčová, 2009) medzi hlavné princípy komunitného plánovania zaraďuje:

➤ **Partnerstvo a princíp rovnosti medzi všetkými účastníkmi** – potreby a ciele, ktoré deklarujú všetci účastníci komunitného plánovania, majú mať rovnakú váhu a silu. Rovnaký časový priestor sa má venovať všetkým zúčastneným stranám, ktoré sa podieľajú na komunitnom plánovaní. Je vhodné vytvárať prostredie, v ktorom má každý možnosť vyjadriť svoj názor, predniesť problém, alebo poukázať na možnosti riešenia problému. Dôležité je tiež vytvorenie partnerského prostredia, ale so striktným určením hraníc, ktoré platia pre všetkých účastníkov rovnako. Myslíme si, že hlavným princípom partnerstva je pristupovať k účastníkom čestne, akceptovať ich názory a rôznorodosť uhlov pohľadu na daný problém a možnosti riešenia. Je potrebné vypočúť názor a návrh každého, pretože len vtedy sa ľudia cítia prijatí.

➤ **Zapojenie všetkých členov komunity** – umožniť aktívnu účasť všetkých členov komunity. Dôležité je zvoliť vhodnú komunikáciu, využiť všetky metódy a formy oslovenia a zapojenia širokého spektra obyvateľov. Komunitné plánovanie má zmysel len vtedy, ak sme urobili maximum pre informovanie a zaktivovanie všetkých členov komunity. Úlehla (2009) ako prvú myšlienku komunitného plánovania uvádza: „*Než o ľuďoch rozhodneš, porad sa s nimi.*“ Nie je dobré, ak o sociálnych službách, ktoré sa bytostne dotýkajú každého jednotlivca, rozhoduje pár ľudí „spoza zeleného stola“, a ostatní sú z rozhodovacieho procesu vylúčení. Vtedy určite nejde o komunitné plánovanie. Nikto z účastníkov nemá byť z procesu vylučovaný alebo diskriminovaný. Zapojením občanov získame rozmanité pohľady na problémy ale zároveň rozmanité možnosti riešenia, ktoré by snád' ostatných účastníkov ani nenapadli. Celé komunitné plánovanie je o rozmanitosti názorov jednotlivých členov komunity, o hľadaní nových príležitostí a možností pri neustálom rešpektovaní miestnych špecifik. Práve rozmanitosťou sa dá doceliť spolupráca medzi rôznymi cieľovými skupinami.

➤ **Hľadanie nových ľudských a finančných zdrojov** – je to jedna z hlavných priorít všetkých zúčastnených strán zapojených do procesu. Bez finančných a ľudských zdrojov nie je možné poskytovať kvalitné sociálne služby a dosiahnuť vytýčené ciele. Netreba zabúdať na spoluprácu s podnikateľskou sférou, ktorá sa už v minulosti aktívne zapájala do procesu rozvoja sociálnych služieb a snažiť sa motivovať aj nové podnikateľské subjekty. Potrebné je aj hľadať podporu a pomoc rôznych dobrovoľníckych a svojpomocných skupín, pomoc rodiny a susedskú výpomoc. Dôležité je zapojiť ich nielen do procesu komunitného plánovania, ale následne aj do realizačnej fázy uskutočňovania sociálnych služieb. Využitím rôznorodosti metód pri hľadaní nových ľudských a finančných zdrojov je možné neustále zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb s ohľadom na užívateľov.

➤ **Prístup k informáciám** – poskytnutie rovnakého prístupu k informáciám ako aj ich odovzdanie širokej verejnosti je nesmierne dôležité. Pokiaľ má niektorý z účastníkov pocit, že informácie mu unikajú alebo sú nejakým spôsobom zatajované, vedie to

k prehĺbeniu nedôvery v partnerstvo pri plánovaní. Aj verejnosc' má byť informovaná o celom procese a postupoch (miestny rozhlas, miestna tlač, regionálne noviny, letáčky, stretnutia, verejné hovory). Je dôležité informovať o tom, že všetko plánovanie vychádza zo zistených priorit, existujúcich potrieb a tiež možnosti financovania. Na základe kvalitných a pravdivých informácií je možné vytvoriť realistické vízie sociálnych služieb, ktoré komunita potrebuje, zadávateľ chce a poskytovateľ ponúka.

➤ **Pravidelné sprostredkovávanie informácií** je zárukou spätnej väzby, čiže, pripomienok zo strany všetkých zúčastnených. Je tiež dôležité využívať rôzne techniky, ktoré umožňujú verejnosti priamo sa podieľať na rozhodovacom procese (môžu to byť ankety, verejné zhromaždenia, minireferendá, konferencie, workshopy...). Aj takýmto spôsobom sa prebúdzá záujem verejnosti, zároveň sa verejnosc' cíti byť informovaná a vtiahnutá do deja komunitného plánovania. Pri aktívnom zapojení verejnosti do procesu plánovania sociálnych služieb sa zvyšuje pravdepodobnosť pozitívneho prijatia záverečného dokumentu a tiež dobrej spolupráce medzi všetkými účastníkmi.

➤ **Priebeh spracovania komunitného plánu je rovnako dôležitý ako výsledný dokument** – komunitným plánovaním sa zisťujú potreby a zdroje a zároveň sa hľadajú riešenia, ktoré najlepšie zodpovedajú potrebám miestnej komunity. Dôležité je sústrediť sa na jednotlivé kroky komunitného plánovania a hľadať primerané spôsoby uspokojenia potrieb všetkých zainteresovaných účastníkov. Kvalitné komunitné plánovanie môže situáciu v oblasti sociálnych služieb veľmi pozitívne ovplyvniť a tiež významným spôsobom prispieva k ich zlepšovaniu. Kvalitné zvládnutie jednotlivých fáz komunitného plánovania, zapojenie celej komunity, zabezpečí, že navrhovaný systém sociálnych služieb bude jedinečný a plne zodpovedajúci miestnym podmienkam, potrebám a zdrojom. Toto by malo byť hlavným cieľom celého procesu.

➤ **Zohľadniť osvedčenú a vytvoriť novú spoluprácu** – sociálne služby by mali v prvom rade adresne reagovať na potreby klienta pri riešení jeho nepriaznivej sociálnej situácie. Vzájomná spolupráca a dobré vzťahy medzi všetkými účastníkmi komunitného

plánovania sú jedným zo základných pilierov kvalitných sociálnych služieb. Je potrebné prehlbovať spoluprácu s už existujúcimi partnermi, vážiť si všetko, čo je dobré, taktiež to, čo bolo vytvorené a zároveň hľadať v okolí ďalších účastníkov, ktorí by mohli priniesť vyššiu kvalitu alebo nové myšlienky. Miestna komunita by mala hlavne využívať možnosti, ktoré jej ponúkajú a poskytujú jej členovia, vyhľadávať dobrovoľníkov, ktorí vyrastajú priamo v komunite, vyhľadávať rôzne neziskové organizácie a snažiť sa ich vtiahnuť do diania a pomoci.

➤ **Kompromis priania a možnosti** – každé partnerstvo v komunitnom plánovaní by malo po určitom procese dialógu a vyjednávania dôjsť k určitému kompromisu medzi tým, čo požadujú prijímatelia, ponúkajú poskytovatelia a chcú zadávatelia. Nejedná sa tu len o čisto finančné, materiálne, ľudské alebo iné zdroje, ktoré by mal kompromis priniesť. V praxi ide často o určitú dohodu, ktorá presne vymedzuje, kto, akým spôsobom a zároveň v akom rozsahu sa podieľa na dosiahnutí naplnenia cieľov komunitného plánovania. Ondruš (2011) predpokladá, že na pozitívnu atmosféru v komunite má dopad aj to, ako sú naprojektované sociálne služby, ktoré pomáhajú v kritických sociálnych situáciách zvládať starostlivosť o seba a svoju rodinu.

4.5 Nadväzovanie kontaktov a spájanie ľudí

Metódy a zručnosti nadväzovania kontaktov s ľuďmi sú zásadné v celom procese práce v územnej komunite. Nadväzovanie kontaktov zameraná na sformovanie pracovnej skupiny je pre sociálneho pracovníka zásadnou otázkou. Zlyhanie v tomto procese predstavuje zlyhanie procesu organizovania ľudí, čo ovplyvňuje aj rozvoj a ciele neskoršej komunitnej sociálnej práce. Pri nadväzovaní kontaktu je dôležité, aby v popredí stál osobný kontakt. Iné formy, napríklad, prostredníctvom listu, telefónu a e-mailu, by sa mali využívať len ak po nich nasleduje bezprostredný kontakt. Na proces nadväzovania kontaktov je vhodné pozeráť sa ako na proces pozostávajúci z troch štádií:

Príprava na kontakt: toto štádium sa skladá z nasledujúcich plánovacích a prípravných aktivít; ide o:

a) Výber ľudí, s ktorými sa rozprávať a výber ich poradia: rozhovormi s nesprávnymi ľuďmi sa dá premrhať veľa času. Je potrebné si tento krok naplánovať dopredu a to tak, aby sa nám podarilo stretnúť s takými ľuďmi, ktorých naozaj potrebujeme. Túto akciu si môžeme pripraviť aj na papier, kedy získame prehľad, koho vlastne potrebujeme zapojiť do riešenia problému.

b) Výber prostredia, v ktorom sa stretnúť s ľuďmi. Pri výbere prostredia by nás mali zaujímať dve základné veci: účel stretnutia a miestne postoje. Hlučné prostredie, ktoré väčšinou odvádza pozornosť poslucháča, nemusí byť vždy dobrým miestom. Na druhej strane, sterilná kancelária miestneho úradu tiež nemusí na účastníkov zapôsobiť celkom vhodne.

Poznanie miestnych priorít, názorov a hodnotovej orientácie územnej komunity pomáha sociálnemu pracovníkovi pri nadväzovaní kontaktu, ale poskytuje mu aj určitú ochranu pred potenciálnymi rizikami, ktoré by mohli nastať vtedy, ak o nich sociálny pracovník nemá vedomosť. Práve preto je veľmi dôležitým krokom ich naštudovanie.

c) Rozhodovanie o tom, čo chceme z kontaktu získať. Ide o informácie o nejakom komunitnom probléme alebo udalosti? Alebo chceme zmeniť postoje a správanie komunity?

d) Rozhodovanie o tom, aké sú prostriedky, ktorými dosiahneme cieľ stretnutia. Sú nejaké miesta vplyvu, ktoré môžeme použiť, aby sme získali informácie či záujem, o ktorý sa usilujeme? Aké otázky treba klásť na to, aby sme získali informácie od danej osoby?

e) Rozhodovanie o tom, ako budeme prezentovať seba, svoju inštitúciu a naše záujmy. Zahŕňa to pokusy predvídať – minimalizovať akékoľvek negatívne sily, ktoré môžu počas stretnutia účinkovať.

Kontakt: Ide o dvojité úlohu vytvorenia náklonnosti a uskutočnenia kontaktu tak, aby sociálny pracovník dosiahol výsledky, ktoré si špecifikoval a ktorými sú zvyčajne:

- *prekročenie hraníc* – môže ísť o hranicu bytu osoby alebo vchodu do bytu. Rôzne druhy hraníc predstavujú rôzne typy problémov a výziev pre rôzne prostredie, v ktorom sa kontakt odohráva;

- *predstavenie sa* – sociálny pracovník by mal predstaviť seba, svoju inštitúciu a odovzdať danej osobe istú predstavu o tom, aké sú účely pracovníka a prečo si rozhovor vybral práve tu;
- *vyjasnenie si podmienok*, ktoré kontrakt ponúka, ako aj o vyjasnenie si informácií, ktoré sa týkajú spolupráce;
- *dohľad nad kontaktom* – týka sa to hlavnej časti diskusie, v ktorej sa sociálny pracovník snaží dosiahnuť ciele, ktoré si pre kontakt stanovil. Sociálny pracovník kladie otázky, sonduje, stimuluje reflexiu a diskusiu, prichádza s nápadmi, návrhmi, vytvára porozumenie s danou osobou, spája verbálnu komunikáciu s vhodnými odpoveďami a signálmi v správaní. Sociálny pracovník počúva a venuje pozornosť tomu, čo osoba hovorí, pokúša sa zapamätať si, čo hovorí, a vyjednáva, vyjasňuje si zmysel toho, čo hovorí.

Po kontakte:

Domnievame sa, že aktivity sociálneho pracovníka po kontakte sú nasledujúce:

- *pripomenutie a spísanie výsledkov kontaktu* – zaznamenanie toho, čo sa získalo, oblasti, ktoré sa prediskutovali a na základe ktorých sa budoval súhlas a nesúhlas;
- *informovať iných o kontakte* a odovzdanie myšlienok a informácií, ktoré z kontaktu vzišli a sú vhodné;
- *pokračovanie kontaktu* – poslaním podporných informácií od sociálneho pracovníka o jeho záujmoch, povzbudzovanie v úlohách, s ktorými súhlasia v kontakte.

Medzi dôležité spôsoby pri vytváraní územnej komunity a spájani ľudí v územnej komunite patria hlavne tie, ktoré sú iniciované sociálnym pracovníkom, sprostredkované kontakty a kontakty iniciované obyvateľmi.

A) Kontakty iniciované sociálnym pracovníkom

Sem môžeme zaradiť napríklad:

- 1) *Streetwork* – prostredím sa stáva prostredie územnej komunity (námestie, dvor). Zmyslom streetworku je získať informácie a vzbudiť v ľuďoch záujem o organizovanie. Jedným z prístupov k tejto úlohe je snow-balling (nabaľovanie) – proces práce

s jednotlivcom, ktorý postupne vytvára jadro z priateľov a susedov okolo konkrétneho záujmu.

- 2) *Video* – slúži ako informačný nástroj na úrovni zdroja informácií o udalostiach a aktivitách, ktoré sa v územnej komunite konajú. Dokáže pritiahnúť ľudí na ďalšie stretnutia. Ľudia prídu, aby seba a svojich známych videli v televízií, a čo najdôležitejšie, zostanú dlhšie, aby prediskutovali to, na čo poukázal program.
- 3) *Sondy alebo „púšťanie šarkanov“* v územnej komunite – sociálni pracovníci môžu v územnej komunite využiť napríklad stánky o sociálnych právach, poradenské stretnutia, herné programy a festivaly. Tie sami o sebe poskytujú hodnotné služby, no zároveň umožňujú sociálnej pracovníčke, aby účelne vstúpila do komunity a tým vytvorila kontakt s miestnymi ľuďmi. Sondy sú cenné aj preto, lebo sociálny pracovník nemusí starosti komunity poznať. Poskytujú však spôsob, ako spoznať tieto problémy komunity.
- 4) *Prieskum* – výhodou používania dotazníkového prieskumu – ankety je, že v počiatočnom bode kontaktu dáva sociálnemu pracovníkovi rolu, ktorá sa stáva všeobecne známou a vo veľkej miere akceptovateľnou.
- 5) *Petícia* – zbieranie podpisov pod petíciu môže slúžiť mnohým účelom: môže podporiť požiadavku vznesenú miestnou skupinou tvorcov rozhodnutí, získať publicitu pre skupinu a šíriť informácie o otázkach, ktorými sa zaoberá.
- 6) *Verejné stretnutia* – tradične je verejné stretnutie takmer vždy zásadným krokom pri rozvoji skupín a organizácií v územnej komunite. Práve prostredníctvom verejného stretnutia volí základňa svoj výbor, rozhoduje o stanovách a dáva výboru mandát, na základe ktorého pracuje. Prostredníctvom verejného stretnutia je možné vyslovovať sťažnosti, konfrontovať predstaviteľov a predstaviť jednotlivcom kolektívne rozmery problému.

B) Sprostredkované kontakty – sprostredkované kontakty používame na označenie situácií, kedy nejaká tretia strana, udalosť či záležitosť spojí sociálneho pracovníka s miestnymi obyvateľmi. To,

či sa niečo také vôbec stane, bude často závisieť na iniciatíve pracovníka.

Ide o nasledovné spôsoby:

- „*vrátnik*“ alebo *prostredník* – sociálny pracovník môže nadviazať kontakty s miestnymi obyvateľmi aj tak, že je predstavený inými poslancami, obyvateľmi v susedstve.
- *prostredníctvom referencie* – miestnych ľudí na sociálneho pracovníka môžu odkázať zamestnanci v jeho vlastnej alebo inej inštitúcii. Toto by sa mohlo stať napríklad vtedy, ak daný jednotlivец pochádza z oblasti, o ktorej sa vie, že sa o ňu sociálny pracovník zaujíma, alebo keď sociálny pracovník, predstaviteľ obce, úradník v oblasti bývania vidí, že klientov problém má spoločný (kolektívny) základ a dá sa najlepšie riešiť systémovo na úrovni komunity.
- *verejné informačné zdroje* – sociálny pracovník môže ľudí informovať prostredníctvom masmédií.

C) **Kontakty iniciované obyvateľmi** – sú väčšinou nadväzované v dôsledku nejakej udalosti alebo nejakého sociálneho problému. Sociálny pracovník pracujúci v územnej samospráve musí vstupovať do riešenia sociálnych problémov, ktoré sa v komunite vyskytujú a vhodným spôsobom ich eliminovať. Je potrebné zdôrazniť, že práve na túto časť sa sústreďuje súčasná sociálna práca. Väčšinou sa v územnej komunite riešia také sociálne problémy a konflikty, ktoré sú iniciované obyvateľmi. A zvyčajne ide o problémy rozsiahleho charakteru.

Pri spájaní ľudí môžeme hovoriť o budovaní multidisciplinárnych tímov, ktoré majú presne stanovený cieľ, prípadne ide o kontrakty sociálneho pracovníka s už existujúcimi organizáciami pri eliminácii sociálnych problémov územnej komunity. Pri tvorbe skupín obyvateľov sa môžeme stretnúť s rôznymi jedincami, ktorých Žilová (2003) diferencuje z rôznych aspektov:

Z aspektu aktivity v procese diania v komunite vnímame:

- pozitívne aktívnych jedincov;
- neutrálnych jedincov;
- negatívne aktívnych jedincov.

Z aspektu komunikácie s komunitou vnímame:

- jedincov s prirodzene získanou autoritou;
- jedincov s formálnou autoritou;
- tvorcov – ovplyvňovateľov verejnej mienky v komunite.

Z aspektu spôsobu dosahovania cieľa práce a aktivity v komunite vnímame:

- zdravo súťažiacich jedincov;
- konfliktných jedincov.

Teda, na základe toho sa potom môžu tvoriť skupiny, ktoré môžeme rozdeliť do nasledovnej schémy:

Svojpomocné skupiny	Tie, ktoré riadia ľudia, ktorí z nich majú prospech; napríklad, herné skupiny
Skupiny užívateľov	Tie, ktoré riadia ľudia využívajúci istú službu; napríklad, ľudia s postihnutým dieťaťom
Opatrovateľské skupiny	Skupiny, ktoré sa zaoberajú problematikou opatrovateľských služieb
Zastupiteľské skupiny	Volené komunitou a zodpovedajúce sa jej
Skupiny s menšinovým záujmom	Skupiny, ktorých cieľom je zlepšiť práva istých častí populácie; príkladmi sú rómske menšiny
Skupiny okolo problému	Skladajú sa z ľudí odhodlaných konať v istých konkrétnych témach ako napríklad životné prostredie, bezpečnosť detí, nezamestnanosť. Môžu byť samozvané alebo zastupujúce a konajú v záujme celej komunity, ako ho ony vidia.
Komunitné fóra	Tie sú zrejme len čiastočne komunitnými skupinami, keďže mnohé skupiny ich zakladajú pre diskusiu o prijímaní rozhodnutí
Tradičné organizácie	Zabehtuté skupiny, ktoré sa zvyčajne starajú o konkrétnu časť komunity; napríklad, o kluby dôchodcov a podobne.
Spoločenské skupiny	Tie, ktoré existujú výlučne za účelom organizovania spoločenských udalostí, siahajú od voľných skupín susedov, ktoré organizujú

výlety, až po relatívne veľké festivalové výbory, športové ligy a rôzne záujmové združenia.

Tabuľka č. 4 Formovanie a budovanie skupín, zdroj (Hartl, 1997, s. 166)

4.6 Sociálne služby aktivizujúce územnú komunitu

Novelizácia zákona o sociálnych službách (zákon č. 485/2013 Z. z.) priniesla nový rozmer na pohľad výkonu sociálnej práce a výkonu sociálnych služieb, keď kladie apel na výkon takých sociálnych služieb, ktoré sú užívateľom blízke a ktoré vychádzajú z jeho potrieb. Prevažne ide o sociálne služby (terénnu sociálnu prácu a komunitné centrá, nízkoprahové sociálne služby), ktoré chce podporovať aj EÚ vo svojom ďalšom programovom období 2014 – 2020.

1) **Terénna sociálna práca** – realizácia terénnej sociálnej práce v obciach SR začala v pilotných projektoch (implementovaných predovšetkým prostredníctvom MVO) koncom deväťdesiatych rokov 20. storočia. Od uvedeného obdobia sa realizuje v rámci rôznych projektov a programov, pričom napriek odlišným pomenovaniám (komunitná sociálna práca, terénna sociálna práca, sociálna práca v komunitách a pod.) sa obsahovo jedná o tú istú činnosť – terénnu sociálnu prácu vykonávanú v prirodzenom prostredí klientov. Pričom novelizácia zákona 485/2013 Z. z. o sociálnych službách terénnu sociálnu prácu definuje nasledovne: „terénna sociálna služba krízovej intervencie sa poskytuje fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii podľa § 2 ods. 2 písm. a), b), d), g) a h) a jej obsahom je činnosť zameraná na vyhľadávanie takýchto fyzických osôb, odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti zamerané najmä na vykonávanie preventívnej aktivity, poskytovanie sociálneho poradenstva, sociálnej rehabilitácie, pomoci pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov a utváranie podmienok na výdaj stravy alebo výdaj potravín.

V roku 2002 schválila vláda SR pilotný program terénnych sociálnych pracovníkov. Vytvorilo sa 18 verejnoprospešných pracovných miest terénnych sociálnych pracovníkov a 40 miest asistentov terénnych sociálnych pracovníkov (na dobu 16 mesiacov). Pilotný program sa realizoval v 16 obciach a jednom meste vybratých na základe počtu a

charakteru realizovaných aktivít v predchádzajúcom období, ako aj aktivity obecného úradu pri riešení problémov MRK. Od augusta 2003 bolo ďalšie financovanie programu zabezpečené z rozpočtovej kapitoly Úradu vlády SR prostredníctvom Asociácie terénnych sociálnych pracovníkov. Zároveň boli vytvorené tri pracovné miesta koordinátorov terénnych sociálnych pracovníkov a poskytovaná odborná asistencia právnika. V roku 2004 vyčlenilo financie na zamestnávanie terénnych sociálnych pracovníkov Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, pričom terénni sociálni pracovníci sa od polovice roku 2004 stali zamestnancami obcí, financovaní prostredníctvom dotácií poskytnutých obciam Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny. Ministerstvo zároveň navýšilo počet terénnych sociálnych pracovníkov na 76, pôsobiacich v 49 obciach. Koordinátori, ktorých počet stúpol na 5, zostali naďalej financovaní prostredníctvom Asociácie terénnych sociálnych pracovníkov. Na prelome rokov 2004/2005 sa program terénnej sociálnej práce transformoval do Programu podpory rozvoja komunitnej sociálnej práce v obciach, ktorý vypracovalo ministerstvo. Program bol riadený Fondom sociálneho rozvoja a financovaný dotáciami Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny poskytovanými obciam, ktoré zamestnávali terénnych sociálnych pracovníkov a asistentov. V rámci tohto programu pôsobilo v 202 obciach 200 terénnych sociálnych pracovníkov a 400 asistentov terénnej sociálnej práce (TSP). Zároveň v rámci programu pôsobilo 17 koordinátorov, ktorí boli zamestnancami Fondu sociálneho rozvoja (FSR, v súčasnosti Implementačná agentúra MPSvaR SR). V roku 2006 prešlo finančné riadenie, vrátane podpory projektov obcí, miest a iných subjektov, ako aj celkové riadenie a koordinácia programu plne do kompetencie FSR, čím došlo k zjednoteniu postupov a metodík využívaných v rámci výkonu terénnej sociálnej práce (Tsp). Od roku 2008 bola realizácia terénnej sociálnej práce, resp. sociálnej práce v komunitách realizovaná prostredníctvom podpory dopytovo orientovaných projektov spolufinancovaných z prostriedkov ESF prostredníctvom Fondu sociálneho rozvoja. Od roku 2008 sa do jej realizácie zapojilo 228 obcí. V súčasnosti sa terénna sociálna práca realizuje v 119 lokalitách, v uplynulom období bolo schválených ďalších 86 projektov Tsp a 25 predložených projektov je v súčasnosti v procese hodnotenia. Celkovo je tak počet obcí zapojených do výkonu Tsp, resp. ktoré budú zapojené do jej výkonu prostredníctvom dopytovo orientovaných projektov 230, pričom počet TSP a ATSP k 30.6.2011 dosiahol cca 770 osôb. Počet implementujúcich obcí je však omnoho nižší ako záujem, ktorý predložením žiadosti o NFP prejavilo cca

345 obcí, resp. iných subjektov. Veľký počet v procese hodnotenia žiadostí o NFP neuspel, pretože systém dopytovo orientovaných projektov je administratívne náročný. TSP a ATSP v rámci podporených projektov zabezpečujú výkon Tsp priamo v prirodzenom prostredí klienta. Úlohou TSP a ATSP je napomôcť klientovi pri hľadaní spôsobu riešenia jeho problémov a poskytnúť mu sprevádzanie pri riešení týchto problémov. V istých prípadoch odporúča klienta ďalším inštitúciám a odborníkom. Na základe doterajších skúseností je Tsp možné špecifikovať nasledovne (FSR, 2010):

- je vykonávaná v prirodzenom prostredí klienta (v dome, byte, komunite),
- je zameraná na sociálne vylúčených a inak ohrozených klientov,
- je zameraná na prácu s klientom a nadväznosti na jeho primárne prostredie akým je rodina resp. iné blízke sociálne väzby,
- je orientovaná na klienta, rešpektuje jeho želania, jeho návrhy na riešenie problému a stavia na schopnostiach a mobilizácii vnútorných síl klienta,
- je nedirektívna, pri jej výkone sa spolupracuje s ďalšími aktérmi pôsobiacimi v prostredí klienta, napr. v prostredí sociálne vylúčenej komunity.

Terénna sociálna práca je vykonávaná predovšetkým pre klientov, pre ktorých sú štandardné programy zamerané na poskytovanie služieb starostlivosti a zvyšovanie zamestnanosti málo dostupné, resp. účinné vzhľadom na ich špecifické potreby, najmä vysokú mieru sociálneho vylúčenia, sociálnu depriváciu, izoláciu a vysokú mieru výskytu sociálnej patológie v komunitách, ktoré obývajú.

2) **Komunitné centrá** – podľa novelizácie zákona č. 485/2013 Z. z. o sociálnych službách komunitnom centre sa fyzickej osobe, rodine alebo skupine osôb v nepriaznivej sociálnej situácii, ktoré sú ohrozené sociálnym vylúčením, majú obmedzené schopnosti alebo možnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy pre zotrvávanie v segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby poskytujú odborné činnosti, iné činnosti a aktivity. Sociálnu službu v komunitnom centre možno poskytovať ambulantom a terénnou formou prostredníctvom terénneho programu. Poslaním komunitného centra je prostredníctvom poskytovania komplexných, odborných činností, iných činností a aktivít prispieť k sociálnemu začleňovaniu osôb sociálne vylúčených, a to ako

na individuálnej, tak aj na lokálnej úrovni. Pod sociálnym začleňovaním sa rozumie sprístupňovanie takých príležitostí a možností, ktoré sociálne vylúčeným jednotlivcom a rodinám napomôžu plne sa zapojiť do ekonomického, sociálneho a kultúrneho života v danej lokalite i v celej spoločnosti. Komunitné centrum je zamerané na napĺňanie nasledovných cieľov:

1. Zlepšovanie sociálnej situácie jednotlivcov, rodín a vylúčených spoločností.
2. Aktivizácia, zvyšovanie kompetencií a podpora sociálnej mobility jednotlivcov a rodín.
3. Prevencia sociálno-patologických javov.
4. Sprostredkovanie kontaktu so širším prostredím, podpora začleňovania do existujúcich sociálnych sietí, štruktúr, služieb a inštitúcií.
5. Podpora spolupráce a efektívnej koordinácie činnosti subjektov, ktoré zasahujú do situácie sociálne vylúčených osôb (obec, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia sociálnych služieb a služieb zamestnanosti, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti).
6. Podpora komunitného rozvoja, budovania celej komunity obce.

Medzi ďalšie sociálne služby, ktoré sa viažu bezprostredne ku komunitnej sociálnej práci sú opatrovateľská služba a nízkoprahová sociálna služba.

Zoznam použitej literatúry

- [1] AINSWORTH, M. D. S. et al. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- [2] ALLEN, J. P. et al. 1996. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, pp. 254-263. ISSN 1939-2117.
- [3] ARTIMOVÁ, M. – WOLEKOVÁ, H. 2008. *Manuál komunitného plánovania sociálnych služieb*. Prešov: Partnerstvo sociálnej inklúzie subregiónu Šariš. 66 s. ISBN 978-80-967145-1-3.
- [4] BANMEN, J (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava: Intitut Virginie Satirové, ČR. 335 s. ISBN 978-80-254-4976-9.
- [5] BALOGOVÁ, B. 2008. Neúspešná sanácia dysfunkčnej rodiny a jej dôsledky na vývin dieťaťa v náhradnej starostlivosti. In *Mládež a spoločnosť*, roč. XIV, č. 2, ISSN 1335-1109.
- [6] BANKS, S. – NØHR, K. (eds.). 2012. *Practising Social work Ethics around the World. Cases and commentaries*. London: Routledge. 264 p. ISBN 978-0-415-56033-7.
- [7] BARKER, P. 2012. *Rodiná terapie*. Praha: Triton. 324 s. ISBN 978-80-7387-530-5.
- [8] BARKER, R L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington, DC: NASW. 493 p. ISBN 0-87101-355-X.
- [9] BARTHOLOMEW, K. – HOROWITZ, L. M. 1991. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. In *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 61, pp. 226-244. ISSN 1939-1315.
- [10] BAŠTECKÁ, B. et al. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. 420 s. ISBN 80-7178-7353.
- [11] BAŤOVÁ, K. – MYDLÍKOVÁ, E. 2012. Systémový prístup v sanácii rodinného prostredia. In Truhlářová, Z. (ed.) *Od teorie k praxi. Od praxe k teorii*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 203-209. ISBN 978-80-7435-138-9.
- [12] BAUMAN, Z. 2006. *Komunita – hľadanie bezpečia vo svete bez istôt*. Bratislava: Spolok slovenských spisovateľov. 122 s. ISBN 80-8061-225-0.
- [13] BECHYŇOVÁ, V. – KONVIČKOVÁ, M. 2008. *Sanace rodiny*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
- [14] BERG, I. K. 2013. *Posílení rodiny. Základy krátké terapie zaměřené na řešení*. 2. vyd. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-262-0500-5.

- [15]BITTNER, P. a kol. 2009. *Metodika služby sanace rodiny*. Chrudim: Amalthea, 2009. 50 s.
- [16]BLAŽEK, M. – ANDRÁŠOVÁ, S. – PAULENOVÁ, N. 2013. *Skúsenosti migrantov a migrantiek na Slovensku s násilím*. Bratislava: IOM. 152 s. ISBN 978-80-89506-33-0.
- [17]BOUDON, R. et al. 2004. *Sociologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého. 253 s. ISBN 80-244-0735-3.
- [18]BOWLBY, J. 2010. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. 356 s. ISBN 978-80-7367-670-4.
- [19]BRADLEY, R. H. et al. 1988. Home environment and schools performance: a ten-year follow up and examination of three models of environmental action. In *Child Development*, Vol. 59, pp. 852-867.
- [20]BRENKUS, J. et al. 2005. *Sociálna práca v obci – študijný text č. 2*. Bratislava: SOCIA. 58 s. ISBN 80-967908-5-4.
- [21]BRISCH, K. H. 2011a. *Bezpečná vzťahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 150 s. ISBN 978-80-88952-67-1.
- [22]BRISCH, K. H. 2011b. *Poruchy vzťahové väzby. Od teórie k terapii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-870-8.
- [23]BRNULA, P. 2012. *Sociálna práca. Dejiny, teórie a metódy*. Bratislava: Iris. 264 s. ISBN 978-80-89256-91-4.
- [24]BRNULA, P. – a kol. 2015. *Úvod do teórie sociálnej práce*. Bratislava: Iris. 214 s. ISBN 978-80-89726-36-3.
- [25]BURCHARDT, T. – LE GRAND, J. – PIACHAUD, D. 2002. “Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure”. In *Understanding Social Exclusion*, Oxford: Oxford University Press.
- [26]BÚTOROVÁ, Z. – FILADELFIOVÁ, J. 2005. *Násilie páchané na ženách ako problém verejnej politiky*. Bratislava: Inštitút pre verejnú otázku. 131 s. ISBN 80-88935-78-4.
- [27]CASSIDY, J. – SHAVER, P. R. 1999. *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. London: The Guilford Press, 1999.
- [28]COLLINS, D. – JORDAN, C. – COLEMANN, H. 2010. *An Introduction to Family Social Work*. 3th Ed. Belmont: Brooks/Cole. 428 p. ISBN 978-0-495-80872-5.
- [29]COREY, G. et al. 2006. *Techniky a prístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 80-7367-160-3.
- [30]CRITTENDEN, P. M. 1995. Attachment and psychopathology. In GOLDBERG, S. – MUIR, R. – KERR, J. (eds) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. pp. 407-474.
- [31]CRITTENDEN, P. M. 1997. Patterns of attachment and sexual behavior: risk of dysfunction versus opportunity for creation intergration.

- In ATKINSON, L. – ZUCKER, K. (eds) *Attachment and Psychopathology*. New York: Guilford Press, pp. 47-93.
- [32] Deset kroků ku komunitnímu plánování. [online]. Dostupné na internete: <http://www.mpsv.cz/cs/6810> [citované 2012-02-01].
- [33] DOMINELLI, L. 1988. Anti-oppressive practice in context. In Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. (Eds.). *Social Work: Themes, issues and critical debates*. London: MacMillan, 1988.
- [34] DOZIER, M. et al. 2001. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. In *Child Development*, Vol. 72, No. 5, pp. 1467-1477. ISSN 1467-8624.
- [35] DRUCKER, D. 2003. Sociální práce akademická nebo praktická – rozpor nebo nutnost? In *Sociální práce / sociálna práca*. Roč. 3, č. 1, s. 36-52.
- [36] DUNOVSKÝ, J. 1968. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum. 140 s.
- [37] DVOŘÁK, F. 2004. *Kdo vládne svetu*. Bratislava: Eko-konzult. 200 s. ISBN 80-8079-019-1.
- [38] FARRINGTON, D. 1995. The development of offending and antisocial behavior from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 36, No. 6, pp. 929-964. ISSN 1469-7610.
- [39] FEDOR-FREYBERG, G. P. 2008. Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa. Bratislava: VŠZaSP, 2008. ISBN 978-80-89271-32-0.
- [40] FINKELHOR, D. 1990. Early and long-term effects of child sexual abuse. In *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 21, pp. 325-330. ISSN 1939-1323.
- [41] FONAGY, P. et al. 1996. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 1, pp. 22-31. ISSN 1939-2117.
- [42] FYRAND, L. 1998. *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- [43] GÁBOROVÁ, Ľ. – GÁBOROVÁ, Z. 2008. *Človek v sociálnom kontexte*. Dubnica nad Váhom: DTI. 170 s. ISBN 978-80-8068-897-4.
- [44] GABURA, J. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca. 222 s. ISBN 80-89185-10-X.
- [45] GABURA, J. 2006. *Sociálna práca s rodinou*. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca. 58 s.
- [46] GABURA, J. – PRUŽINSKÁ J. 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. 147 s. ISBN 80-85850-10-9.
- [47] GAJDOŠ, P. 2007. Trendy sídelno-regionálneho rozvoja slovenska ako rozvojové bariéry. In: Beňušková, Z., Danglová, O. et al. *Trendy*

regionálneho a miestneho rozvoja na Slovensku. Bratislava: Ústav etnológie SAV.

- [48] GAVORA, P. 2007. *Spríevodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: UK. 239 s. ISBN 80-88904-46-3.
- [49] GEORGE, C. 1996. A representational perspective of child abuse and prevention: interanal working models of attachment and caregiving. In *Child Abuse and Neglect*, Vol. 20, No. 5, pp. 411-424. ISSN 0145-2134.
- [50] GIERTLOVÁ, K. 2004. *Manažovať a koučovať systemicky?* Banská Bystrica: Co / Man. 158 s. ISBN 80-89090-07-9.
- [51] GOLEMAN, D. 1996. *Emotional Intelligence: Why it Can Matter More Than IQ*. London: Bloomsbury. 368 p. ISBN 978-0747528302.
- [52] GÖPPNER H. – ÖRGE, J. – HÄMÄLÄINEN J. 2004. *Die Dabete um Sozialarbeitswissenschaft*. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau. ISBN 3-7841-1488-1.
- [53] GÖPPNER, H. J. – HÄMÄLÄINEN, J. 2008. *Rozprava o vede o sociálnej práci. Hľadanie prvkov pre programatiku*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 194 s. ISBN 978-80-89271-33-7.
- [54] GROS MANN, K. E. et al. 1993. *The development of attachment and adaptation beyond infancy*. 60th Anniversary meeting of the society for research in child development. New Orleans.
- [55] GURÁŇ, P. – BALOGOVÁ, B. – MARČÍKOVÁ, I. – MÁTEL, A. 2015. *Vzdelávací program nadstavbovej odbornej činnosti Odborné metódy práce v krízových situáciách*. Bratislava: IVPR. 62 s.
- [56] HAJDÚCHOVÁ, a. 2010. Ako Rodinné skupinové konferencie pomáhajú rodinám riešiť problémy. In *Mosty k rodine*, roč. 1, č. 1, s. 22-23. ISSN 1338-2713.
- [57] HANGONI, T. – IMRICHOVÁ, A. 2010. *Manažment a jeho aplikácia v sociálnej práci*. Gorlice: ELPIS 136 s. ISBN 978-83-928613-4-8.
- [58] HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-870-247-2642-7.
- [59] HARDIKER, P. – BARKER, M. 1981. *Theories of Practice in Social Work*. London: Academic Pres. 313 p. ISBN 9780123247803.
- [60] HARDY, M. a kol. 2012. *Metódy sociálnej práce s rodinou*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-050-7.
- [61] HARDY, M. 2013. *Koncept teórie vzťahovej väzby v sociálnej práci s rodinou. Habilitačná práca*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety. 184 s.
- [62] HARTL, P. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON. 221 s. ISBN 80-85850-45-1
- [63] HARTL, P. – HARTLOVÁ H., 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

- [64] HARTMAN, A. 1979. *Finding Families: An Ecological Approach to Family Assessment in Adoption*. London: Sage. ISBN 0-8039-1216-1.
- [65] HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: F. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.
- [66] HAŠTO, J. 2006. Vzťahová väzba, pripútenie správanie a psychiatria – psychoterapia. In *Psychiatrie*. Roč. 10, č. 1, s. 28-32. ISSN 1212-0383.
- [67] HAVRÁNKOVÁ, O. 2008. Skupinová práca. In Matoušek a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 153-168. ISBN 978-80-7367-502-8.
- [68] HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium. 168 s. ISBN 80-902081-8-5.
- [69] HERMOCHOVÁ, S. 1988. *Sociálně psychologický výcvik II*. Praha: SPN. 138 s.
- [70] HRONSKÝ, M. 2004. *Občan v sociálnej politike*. Bratislava: Hemera.
- [71] HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi*. Martin: Osveta. 182 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [72] HOWE, D. et al., 1996. *Attachment and Loss in Child and Family Social Work*. Aldershot: Avebury. 175 p. ISBN 978-1859722145.
- [73] HOWE, D. et al. 1999. *Attachment theory, child maltreatment and family support*. London: Macmillan Press Ltd, 1999.
- [74] HOWE, D. 2005. *Child abuse and neglect*. London: Palgrave Macmillan, 2005. 315 p. ISBN 978-1-4039-4826-7.
- [75] HOWE, D. 2011. Attachment across the lifecourse. A brief introduction. London: Palgrave Macmillan. 262 p. ISBN 978-0-230-29359-5.
- [76] HUPKOVÁ, M. 2011. *Rozvíjanie sociálnych spôsobilostí v pomáhajúcich profesiách*. Bratislava: Iris. 334 s. ISBN 978-80-89256-61-7.
- [77] JEDLIČKA, R. a kol. 2004. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Thémis. ISBN 80-7312-038-0.
- [78] JONES, C. 1996. Anti-Intellectualism the Peculiarities of the British Social Work. Education. In Parton, N. (ed.) *Social Theory, Social Change and Social Work*. London: Roudgles, pp. 190-210. ISBN 0-415-12698-3.
- [79] JUHÁSOVÁ, A. – ŠMEHILOVÁ, A. – AJDARIOVÁ, P. 2012. *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra: UKF. 288 s. ISBN 978-80-558-0081-3.
- [80] JURTIKOVÁ, M. 2013. Rodinné skupinové konferencie. In *Sociální práce / sociálna práca*, roč. 13, č. 1, s. 83-91. ISSN 1213-6204.
- [81] KALINA, K. 2003. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- [82] KAMANOVÁ, I. – MARKOVIČ, D. 2011. *Komunitné plánovanie sociálnych služieb v Ružomberku*. Ružomberok: Verbum. 103 s. ISBN 978-80-8084-661-9.
- [83] KAMANOVÁ, I. – ŠTEFÁKOVÁ, L. – JUHÁSOVÁ, L. 2011. *Inovácie, plánovanie a kvalita sociálnych služieb v komunite*. Ružomberok: Verbum. 269 s. ISBN 978-80-8084-781-4.
- [84] KARLOVSKÁ, D. – KROKAVCOVÁ, N. 2008a. *Ja a mama*. Košice: Fenestra. ISBN 978-80-9698884-1-9.
- [85] KARLOVSKÁ, D. – KROKAVCOVÁ, N. 2008b. *Žijeme spolu bez násilia*. Košice: Fenestra. 81 s. ISBN 978-80-9698884-0-2.
- [86] KARPIŠ, J. a kol. 2006. *Analýza sociálneho systému SR*. Bratislava: INESS. 74 s.
- [87] KAUFMAN, E. – KAUFMAN, P. 1979. Multiple family therapy with drug abusers. In *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press, 1979.
- [88] KELLER, J. 2010. *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: SLON. 182 s. ISBN 978-80-86429-74-8.
- [89] KOLAŘÍK, M. 2011. *Interakční psychologický výcvik*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2941-1.
- [90] KOLAŘÍK, M. 2013. *Interakční psychologický výcvik pro praxi*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-4450-6.
- [91] Kolektiv autor. 2003. *Průručka objevitelů stratených území – manuál pro všechny, kteří sa venujú komunitnému rozvoju*. Bratislava: Nadácia Milana Šimečka.
- [92] KRATOCHVÍL, S. 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- [93] KRATOCHVÍL, S. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.
- [94] KRATOCHVÍL, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.
- [95] KOLLÁRIK, T. 1993. *Sociálna psychológia*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-01828-3.
- [96] KRUŽLIAKOVÁ, I. 2011. *Sociálna oblasť – Komunitné plánovanie*. Martin: RVC, 2011. 8 s.
- [97] KULÍSEK, P. 2000. Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). In *Československá psychologie*. Roč. 44, č. 5, s. 404 – 423.
- [98] KUSÁ, Z. 2013. *Tieňová správa o chudobe a sociálnom vylúčení v Slovenskej republike*. Bratislava: Slovenská sieť proti chudobe. ISBN 978-80-89149-34-6
- [99] LABÁTH, V. – SMIK, J. – MATULA, Š. 2011. *Expoprogram. Intervenčný program pre skupinovú prácu s deťmi a mládežou*. Bratislava: Univerzita Komenského. 276 s. ISBN 978-80-223-2756-5.

- [100] LANDRETH, G. 1991. *Play therapy: The art of relationship*. Florence: Accelerated Development Inc. ISBN 1-55959-017-3.
- [101] LEVICKÁ, J. 2006. Prvoradou povinnosťou sociálneho pracovníka je sanácia rodinného prostredia. In *Sociálna práca/ Sociální práce*, Roč. 6, č. 1, s. 50-51. ISSN 1213-6204.
- [102] LEVICKÁ, J. a kol. 2008. *Na ceste za klientom*. Trnava: Oliva. 286 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- [103] LEVICKÁ, J. – LEVICKÁ, K. – HANZALÍKOVÁ, V. – BÁNOVČÍNOVÁ, A. 2012. *Ekosociálne prístupy v sociálnej práci*. Trnava: Oliva. 238 s. ISBN 978-80-89332-14-4.
- [104] LINDBLOM, CH. – WOODHOUSE, E. 1993. *The Policy-Making Process*. Inglewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- [105] LOPEZ, F. G. 1995. Contemporary attachment theory: an introduction with implications for counseling psychology. In *Counseling Psychologist*. Vol. 23, No. 3, pp. 395-415. ISSN 1552-3861.
- [106] LULEI, M. 2010. Paradigma výskumom riadenej praxe v sociálnej práci v trestnej justícii. In *Súčasnosc' a perspektívy probácie a mediácie*. Prešov: Prešovská univerzita. s. 83-108. ISBN 978-80-555-0162-8.
- [107] LYONS-RUTH, K. 1996. Attachment relationship among children with aggressive behavior problems: the role of disorganised early attachment patterns. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, pp. 64-73. ISSN 1939-2117.
- [108] LYONS-RUTH, K. – BLOCK, D. 1996. The disturbed caregiving system: relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. In *Infant Mental Health Journal*, Vol. 17, pp. 257-275. ISSN 1094-0355.
- [109] MAIN, M. 1995. Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work. In GOLDBERG, S. – MUIR, R. – KERR, J. (eds) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. pp. 407-474.
- [110] MAIN, M. 1996. Introduction to the social section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 2, pp. 237-243.
- [111] MAIN, M. et al. 1985. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In BRETHERTON, I. – WATERS, E. (eds) *Growing points of attachment theory and research*. Chicago: University of Chicago Press. Vol. 50, No. 209, pp. 66-106.
- [112] MAIN, M. – SOLOMON, J. 1986. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In BRAZELTON, T. B. – YOGMAN, M. W. (eds) *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex. pp. 95-124.

- [113] MALÍKOVÁ, E. et al. 2007. *Inovácie v sociálnych službách*. Bratislava: UK Bratislava. 166 s. ISBN 978-80-223-2266-9.
- [114] MÁTEL, A. 2011. Sociálna práca ako profesia založená na hodnotách. In *Realita a vízia sociálnej práce*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 193-199. ISBN 978-80-223-3075-6.
- [115] MÁTEL, A. – OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.
- [116] MÁTEL, A. 2012. *Etika sociálnej práce*. 2. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 264 s. ISBN 978-80-8132-045-3.
- [117] MÁTEL, A. – MALÍŠKOVÁ, Z. – HETTES, M. 2014. *Young graduates and the social sector: Developing new job opportunities*. Absolventi a sociálny sektor: Vytváranie nových pracovných príležitostí. Výskumná správa Nitra: UKF. 75 s. ISBN 978-80-558-0561-0.
- [118] MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. et al. 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbet. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
- [119] MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. 2015. Nový zákon o sociálnej práci: retrospektíva, perspektívy, otázky. In *Sociální práce / sociálna práca*. Roč. 15. č. 1, s. 66-78. ISSN 1213-6204.
- [120] MATOUŠEK, O. et al. 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [121] MATOUŠEK, O. a kol. 2008a. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- [122] MATOUŠEK, O. et al. 2008b. 2. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [123] MATOUŠEK, O. et al. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [124] MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ, P. (eds.). 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [125] MATOUŠEK, O. – PAZLAROVÁ, H. 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
- [126] MAYSELESS, O. 1996 Attachment patterns and their outcomes. In *Human Development*. Vol. 36, pp. 206-223. ISSN 1423-0054.
- [127] MCGOLDRICK, M. – GERSON, R. 1985. *Genograms in Family Assessment*. New York: W.W. Norton. ISBN 0-393-70002-X.
- [128] MCGOLDRICK, M. – GERSON, R. – SHELLENBERGER, S. 1999. *Genograms: Assessment and Intervention*. 2nd Ed. New York: W.W. Norton. ISBN 978-0-393-70294-1.

- [129] MIHALČOVÁ, B. – SOCHA, E. – HVAŠTOVÁ, J. – STRIČÍK M. 2009. *Plánovanie a financovanie sociálnych služieb*. Ružomberok: Edičné stredisko PF KU. 147 s. ISBN 978-80-8084-433-2.
- [130] MIHALČOVÁ, B. – HVAŠTOVÁ, J. 2009. Mezanínové financovanie význam a úloha v ekonomike. In *Ekonomický časopis*, roč. 56, č. 10.
- [131] MIKLOŠKO, J. – ŽARNAY, Š. 2007. *Ohrozená rodina na Slovensku v kontexte príčin vyňatia detí z biologických rodín*. Bratislava: Fidat. 78 s. ISBN 987-80-969616-1-0.
- [132] MIKLOŠKOVÁ, M. 2010. Rodinné skupinové konferencie a ich prínos pre sociálnu prácu s rodinou. In *Mosty k rodine*, roč. 1, č. 1, s. 19-20. ISSN 1338-2713.
- [133] MILLER, S. T. – BERG, I. K. 2014. *Zázračná metoda. Radikálne nový prístup k problémovému pití alkoholu*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-262-0593-7.
- [134] MINAROVIČOVÁ, K. 2009. Emocionálna frustrácia u detí v detských domovoch. In *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*. Roč. 16, č. 3, s. 128-133. ISSN 1335-423X
- [135] MINAROVIČOVÁ, K. 2015. *Sanácia rodinného prostredia detí z dysfunkčných rodín*. Bratislava: Soločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 180 s. ISNM 978-80-971445-4-8.
- [136] MINUCHIN, S. 1977. *Familie und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg: Lambertus. ISBN 3-7841-0148-8.
- [137] MINUCHIN, S. 2013. *Rodina a rodinná terapia*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0371-1.
- [138] MOŽNÝ, I. 2008. *Rodina a spoločnosť*. Praha: Slon. 321 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
- [139] MUSIL, L. 2008. Rôznorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. In *Sociální práce / sociálna práca*. Roč. 8, č. 2, s. 60-79.
- [140] MYDLÍKOVÁ, E. – BRNULA, P. 2015. Rodinná terapia versus sociálna práca s dysfunkčnou rodinou. In Levická, J. et al. *Res socialis*. Trnava: FZaSP.
- [141] MYDLÍKOVÁ, E. – GABURA, J. – SCHAVEL, M. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: ASSP. 68 s. ISBN 80-968713-1-5.
- [142] NAKONEČNÝ, M. 2004. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. 288 s. ISBN 80-200-0690-7.
- [143] NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. 168 s. ISBN 978-80-9030-700-1.
- [144] NOVOTNÁ, A. 1992. Sociálne aspekty vzdelávania sociálnych pracovníkov. In *Sociálna práca a zdravotníctvo*. Roč. III., č. 1-2, s. 78.

- [145] NOVOTNÁ, V. – SCHIMMERLINGOVÁ, V. 1992. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-483-5.
- [146] OKRUHLICA, L. a kol. 1998. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí. 276 s. ISBN 80-968111-1-8.
- [147] OLÁH, M. – SCHAVEL, M. – ODRUŠOVÁ, Z. – NAVRÁTIL, P. 2009. *Sociálna práca – vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 228 s. ISBN 80-969449-6-7.
- [148] ONDREJKOVIČ, P. 2005. *Úvod do metodológie sociálnych vied*. Bratislava: Regent. 174 s.
- [149] ORAVCOVÁ, J. 2004. *Sociálna psychológia*. Banská Bystrica: UMB. 314 s. ISBN 80-8055-980-5.
- [150] ORME, J. – SHEMMINGS, D. 2010. *Developing Research Based Social Work Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 232 p. ISBN 978-0-230-20045-6.
- [151] OTELLIOVÁ, M. 1998. *Európska únia pomáha ľuďom v regiónoch*. Bratislava: European Communities. ISBN 80-968152-2-9.
- [152] PARKER, J. – BRADLEY, G. 2011. *Social work practice. Assessment, Planning, Intervention and review*. 3rd Ed. Exeter: Learning Matters Ltd. ISBN 978-1-84445-831-8.
- [153] PAŠIAK, J. 2002. Občianska spoločnosť v kontexte vývoja sídelných štruktúr. In *Sociológia*, roč. 34, s 21.
- [154] PAVELOVÁ, L. 2006. Resocializácia a kvalita jej služieb. In *Čistý deň*, roč. 4, č. 1, s. 8-9 ISSN 1336-4243.
- [155] PAVELOVÁ, L. a kol. 2013. *Komunitná sociálna práca. Sociálna práca v komunite*. Bratislava: Iris. 249 s. ISBN 978-80-89238-79-8.
- [156] PAVELOVÁ, L. – TVRDOŇ, M. 2006. *Komunitná sociálna práca*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. 175 s. ISBN 80-8050-983-2.
- [157] PAYNE, M. 2005. *Modern Social Work Theory*. 3rd Ed. Basingstoke: Palgrav Macmillan. 366 s. ISBN 978-1-4039-1836-9.
- [158] PAYNE, K. R. – DE VOL, P. 2010. *Mosty z chudoby*. Košice: Equilibria 293 s. ISBN 978-80-89284-53-5.
- [159] PIANTA, R. C. et al. 1996. Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, pp. 273-281.
- [160] POPELKOVÁ, M. – SZABÓ, I. 2006. *Úvod do psychoterpie*. Nitra: UKF. 116 s. ISBN 97880-8094-079-4.

- [161] POPELKOVÁ, M. – ZAŤKOVÁ, M. 2009. *Podpora rozvoja osobnosti a intervenčné programy*. Nitra: FSVaZ UKF Nitra. 210 s. ISBN 9778-80-8094-269-4.
- [162] PRESTON-SHOOT, M. 2007. *Effective Groupwork*. 2nd Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 224 p. ISBN 978-1-4039-0552-9.
- [163] PREVENDÁROVÁ, J. 2001. *Rodinná terapia a poradenstvo*. 2. vyd. Bratislava: Humanitas. ISBN 80-968053-6-3.
- [164] RAABE, J. 2009. *Sociálna pomoc po novom I*. Odborné nakladateľstvo, člen skupiny Klett.
- [165] REICH, R. 1991. The Work of Nations. In Baron S., Field, J., Schuller, T. (eds.). *Social Capital: critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- [166] RENNIE, R. – LANDRETH, G. 2000. Effects of Filial Therapy on Parent and Child Behaviors. In *International Journal of Play Therapy*. Vol. 9, no. 2, p.19-37.
- [167] REPKOVÁ, K. 2011 Integrovaná tvorba poznatkov v sociálnej práci a pre sociálnu prácu. In *Sociální práce / sociálna práca*. Roč. 11, č. 1, s. 28-34.
- [168] RITVO, E.C. – CLICK, I.D. 2002. *Párová a rodinná terapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 198 s. ISBN 978-80-88952-56-5.
- [169] ROGERS, C. R. 1997. *Encountrové skupiny*. Modra: Inštitút rozvoja Osobnosti. 148 s. ISBN 80-967832-1-1.
- [170] ROTGERS, F. a kol. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- [171] ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
- [172] SACKETT, D. et al. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In *British Medical Journal*, 312(7023), pp. 71–72.
- [173] SATIROVÁ, V. 2006. *Knih o rodině*. 2. vyd. Praha: Práh. ISBN 80-7252-150-0.
- [174] SATIROVÁ, V. – BANMEN, J. – GERBEROVÁ, J. – GOMORIOVÁ, M. 2012. *Model růstu. Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta. 304 s. ISBN 80-7295-071-1.
- [175] SHAZER, S. – DOLAN, Y. a kol. 2011. *Zázračná otázka. Krátka terapie zaměřená na řešení*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-262-0007-9.
- [176] SCHAVEL, M. 2010. *Sociálna prevencia*. 2. vyd. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 266 s. ISBN 978-80-89535-06-4.
- [177] SCHAVEL, M. (ed.) 2011. *Občianske poradenstvo – účinná pomoc spoločnosti (súčasný stav – nevyhnutosť – perspektívy)*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety. 100 s. ISBN 978-80-8132-117-7.

- [178] SCHAVEL, M. – OLÁH, M. 2010. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety. 218 s. ISBN 80-8068-487-1.
- [179] SCHERIE, N. 2009. Investitionsschub für ein Idyll. In *AGORA Magazin der katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt*. Drasdan: Waldnergruppe, 2009.
- [180] SCHLIPPE, A. – SCHWEITZER, J. 2006. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-082-7.
- [181] SCHILLING, J. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: SAP. 272 s. ISBN 80-88908-54-X.
- [182] SIMPSON, J. A. 1996. Conflict in close relationships: an attachment perspective. In *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 71, No. 5, pp. 899-914. ISSN 1939-1315.
- [183] SMIK, J. 1994. *Drogy. Príručka pre lektorov pracujúcich s deťmi a dospievajúcimi v rámci Projektu primárnej prevencie drogových závislostí*. Bratislava: Nadácia Alternatíva.
- [184] Spoločnosti priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar. 2014. *Výročná správa 2013*. Bratislava: SPDDD. 52 s.
- [185] SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. 219 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
- [186] SOLOMON, J. et al. 1995. Symbolic representation of attachment in children classified as controlling at age 6: evidence of disorganization of representation strategies. In *Development and Psychopathology*, Vol. 7, pp. 447-464. ISSN 1469-2198.
- [187] SPIŠIAKOVÁ, H. – HOSPODÁROVÁ O. – THURZOVÁ, M. D. 2011. *Miestna samospráva – základné princípy fungovania*. Prešov: Asociácia vzdelávania samosprávy. 201 s. ISBN 978-80-970616-0-9.
- [188] SROUFE, L. A. 1989. Relationship, self and individual adaptation. In SAMEROFF, A. – EMDE, R. (eds) *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. New York Basic Books, pp. 70-96.
- [189] STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.
- [190] ŠTEFÁNKOVÁ, Z. 2005. Citová väzba v detstve a adolescencii vo vzťahu k emocionálnej regulácii. In *Československá psychologie*, roč. 49, s. 432-445.
- [191] ŠUVADA, J. et al. 2014. Evidence-based practice in social work education. In *Clinical Social Work*. Vol. 5, no. 1, p. 4-16. ISSN 2076-9741.

- [192] TEATER, B. 2010. *An Introduction to Applying Social Work Theories and Methods*. Berkshire: Open University Press. 218 s. ISBN 978-0-33-523778-4.
- [193] THOMPSON, N. 2000. *Understanding Social Work: Preparing for Practice*. Houndmills: Macmillan Press. ISBN 978-1-137-49709-3.
- [194] THOMPSON, N. 2010. *Theorizing Social Work Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 274 p. ISBN 978-0-230-55306-4.
- [195] TREVITHICK, P. 2005. *Social Work Skills. A Practice Handbook*. Berkshire: Open University Press. 224 s. ISBN 978-0-33-520699-5.
- [196] TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print. 573 s. ISBN 80-968367-5-7.
- [197] TOMEŠ, I. et al. 2002. *Sociální správa*. Praha: Portál. 304 s. ISBN 80-7178-560-1.
- [198] TOMEŠ, I. 2010. Postavení sociálních pracovníků ve vybraných státech Evropy. In *Fórum sociální práce*. Roč 4, č. 2, s. 15–34.
- [199] TUCKMAN, B.. 1965. Developmental sequence in small groups. In *Psychological bulletin*, 63, p. 384-399.
- [200] TUCKMAN, B. – JENSEN, M. 1977. Stages of small-group development revisited. In *Group & Organization Studies*. Vol. 4, no. 2, p. 419-427.
- [201] ÚLEHLA, I. 2009a. Komunitní plánování sociálních služeb. In *Sociální práce / Sociálna práca*. Roč. 9, č. 1, s. 13-16.
- [202] ÚLEHLA, I. 2009b. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- [203] VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 807-36-7414-9.
- [204] VANFLEET, R. 1994. *Filial Therapy: strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota: Professional Resource Press. ISBN 1-56887-007-8.
- [205] VASKA, L. 2012. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov*. Bratislava: Iris. 176 s. ISBN 978-80-89238-70-5.
- [206] VASKA, L. – ČAVOJSKÁ, K. 2012. *Supervízia u začínajúcich profesionálov vo výkone sociálnej práce*. Výskumná správa. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-72-9.
- [207] VIERS, D. (ed.) 2011. *Aktivity pro skupinovou psychoterapii*. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7367-790-9.
- [208] VITÁLOŠOVÁ, I. 2013. *Komunitná práca a komunitný rozvoj*. Bratislava: Iris. 76 s. ISBN 978-80-89238-94-1.

- [209] VRTBOVSKÁ, P. 2005. *Moderní péče o ohrožené a opuštěné děti*. [online]. [citované 2012-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.natama.cz>
- [210] WARD, P. – ADAMS, S. – LEVERMORE, J. 1997. *Jak se připravovat na práci s mládeží*. Praha: Portál. 143 s. ISBN 80-7178-044-8.
- [211] WENIGOVÁ, B. 2008. *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem*. [online]. [citované 2011-11-03]. Dostupné na internete: http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_02.pdf
- [212] WERNER, E. – SMITH, R.S. 1992. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Corenell University Press.
- [213] WINKLER, J. 2002a. *Implementace, institucionální hledisko analýzy veřejných programů*. Brno: Masarykova univerzita. 160 s. ISBN 80-210-2932-3.
- [214] WINKLER, J. 2002b. Implementace veřejných programů a přístupy k jejich analýze. In *Teoretické a metodické otázky analýz veřejných výdajových programů*. Brno: Masarykova univerzita, s. 179-188. ISBN 80-2102816-5.
- [215] WÓJCIK, E. 1987. *Aktivizující metody pro skupinovou práci v dušpastierstve*. Łódź: Národní delegatúra saleziánskej rodiny. 59 s.
- [216] WOLEKOVÁ, H – MEZIANOVÁ, M. 2004. *Mini príručka pre komunitné plánovanie sociálnych služieb*. Bratislava: Socia. 23 s.
- [217] ŽIAKOVÁ, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print. 232 s. ISBN 80-96974-2-6.
- [218] ŽILOVÁ, A. 2000. *Kapitoly z teórie sociálnej práce I*. Žilina: Edis. 119 s. ISBN 80-968932-0-3.

Dokumenty a zákony

- [219] Ministerstvo zdravotníctva SR. 2012. *Vestník ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 2012*. Bratislava: MZ SR. Roč. 60, dňa 27. 12. 2012, 281–324.
- [220] NÁRODNÁ RADA SR. 2014. *Vládny návrh zákona o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny* [online]. [9. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/cpt&ZakZborID=13&Ci sObdobia=6&ID=975>
- [221] Rada Európy. 1998. *Odporúčanie č. R(98)1 o rodinnej mediácii*.
- [222] Vláda SR: *Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2012-2016*. [online]. [01-05-2012]. Dostupné na: <http://www.vlada.gov.sk/programove-vyhlasenie-vlady-sr-na-roky-2012-2016>.

- [223] Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. z. v znení neskorších predpisov
- [224] Zákon č. 369/1990 Z. z. o obecnom zriadení.
- [225] Zákon č. 365/2004 Z. z. antidiskriminačný zákon v znení neskorších predpisov.
- [226] Zákon č. 420/2004 Z. z. o mediácii a o doplnení niektorých zákonov.
- [227] Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [228] Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [229] Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutie a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [230] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.
- [231] Zákon č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [232] Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [233] Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [234] Zbierka rozkazov generálnej riaditeľky Zboru väzenskej a justičnej stráže. 2008. Rozkaz č. 60 o sociálnej práci v Zbore väzenskej a justičnej stráže.

Príloha č. 1 Štruktúra dotazníka funkčnosti rodiny

Dotazník obsahuje 7 položiek, z ktorých 6 je bodovo ohodnotených:

- **Údaje o členoch rodiny:** dieťa, matka, otec, súrodenci – bez bodového hodnotenia
- **Typ rodiny:** maximálne dva body
- **Vzťahy v rodine:** hodnotí sa stabilita a harmonizácia vzťahov s pozitívnym alebo negatívnym dopadom na dieťa, resp. deti – maximálne dva body
- **Sociálno-ekonomický status rodiny:**
 - ⇒ **Vzdelanie rodičov** - maximálne 6 bodov u oboch rodičov spoločne
 - ⇒ **Rodinný stav** - myslí sa terajšia legalizácia, resp. usporiadanie vzťahu rodičov dieťaťa, maximálne 4 body
 - ⇒ **Bývanie** – hodnotí sa vyhovujúce, resp. nevyhovujúce prostredie, kvalita bývania – maximálne 4 body
 - ⇒ **Osobnosť rodičov** - zamerané na hodnotenie vyrovnanosti osobnosti rodičov, resp. rodiča, citová stabilita, resp. labilita, adaptačná schopnosť, sklony k násiliu, trestná činnosť – maximálne 8 bodov u oboch rodičov spoločne
- **Záujem o dieťa a celková starostlivosť:** hodnotí sa starostlivosť o dieťa ako uspokojivá, menej uspokojivá, resp. dieťa bez starostlivosti a záujem o dieťa ako skutočný a obohacujúci, formálny, nedostatočný až po úplnú ľahostajnosť a nezáujem – maximálne 3 body
- **Celkový stav dieťaťa:** v zmysle objektívneho posúdenia rastu a vývoja dieťaťa v jednotlivých vývinových obdobiach dieťaťa – maximálne 2 body

Škála hodnotenia funkčnosti rodiny:

- 34 – 24 bodov – dysfunkčná rodina
- 23 – 13 bodov – mierne dysfunkčná rodina
- 12 a menej bodov – plne funkčná rodina

Príloha č. 2 Dvadsať prosieb detí po rozchode rodičov

1. Nikdy nezabudnite: som dieťaťom vás oboch. Mám síce teraz len jedného rodiča, u ktorého prevažne bývam a ktorý sa o mňa väčšinu času stará. Ale presne rovnako potrebujem aj druhého rodiča.
2. Nepýtajte sa ma koho z vás mám radšej. Mám vás oboch rovnako rád. Neočierňujte predom mnou toho druhého, pretože ma to bolí.
3. Pomôžte mi mať kontakt s tým rodičom, s ktorým trávim menej času. Vytočte mi jeho telefónne číslo alebo mi predpíšete jeho adresu na obálku. Pomôžte mi k Vianociam alebo k narodeninám pre neho vyrobiť alebo kúpiť nejaký pekný darček. Moje fotky nechajte vždy vyvolať dva krát, jeden krát aj pre druhého rodiča.
4. Hovorte spolu ako dospelí ľudia. Ale hovorte spolu. Nepoužívajte ma ako poslíčka medzi vami a už vôbec nie so správami, ktoré toho druhého zarmútia alebo rozčúlia.
5. Nebuďte smutní, keď odchádzam k druhému rodičovi. A rodič, od ktorého odchádzam, nech si nemyslí, že sa budem mať zle v nasledujúcich dňoch. Najradšej by som bol s vami obidvoma. Ale nemôžem sa roztrhnúť na dva kusy, len preto, že vy ste našu rodinu roztrhli.
6. Nikdy neplánujte nič so mnou na dobu, kedy mám byť s druhým rodičom. Časť môjho času patrí mojej mamičke a mne, a časť môjmu ocinkovi a mne. Dôsledne to dodržujte.
7. Nebuďte sklamaní, ani sa nehnevajte, ak sa vám nehlásim v dobe, keď som s druhým rodičom. Mám teraz dva domovy. A tie musím dobre oddeľovať – inak by som sa vo svojom živote už vôbec nevyznanl.
8. Neodovzdávajte si ma pri dverách druhého rodiča ako balík. Pozvite toho druhého na chvíľu ďalej a pohovorte si o tom, ako by ste mohli môj ťažký život o niečo zlepšiť. Vždy, keď si ma odovzdávate alebo preberáte, sú to pre mňa kratučké chvíľky, kedy vám mám obidvoch. Neničte mi ich tým, že sa obťažujete alebo hádate.
9. Ak sa nemôžete ani vidieť, odovzdávajte si ma v škôlke alebo u kamarátov.
10. Nehádajte sa predom mnou. Buďte ku mne aspoň tak zdvorilí, ako ste k ostatným ľuďom a ako to aj vy predstierate.
11. Nerozprávajte mi veci, ktorým ešte nemôžem rozumieť. Hovorte o tom s inými dospelými, ale nie so mnou.

12. Dovoľte mi priviesť si svojich kamarátov k vám obom. Chcem, aby spoznali moju mamičku aj môjho ocinka a aby videli, akí sú obaja skvelí.
13. Spravodlivo sa dohodnite o peniazoch. Nechcem, aby jeden z vás mal veľa peňazí a ten druhý málo. Nech sa vám obidvom darí tak dobre, aby som sa u vás mohol cítiť rovnako v pohode.
14. Nesúť'ajte o to, kto z vás ma viac rozmazná. Toľko čokolády by som totiž nikdy nemohol zjesť, ako veľmi vás mám oboch rád.
15. Na rovinu mi povedzte, ak vám niekedy nevystačia peniaze. Pre mňa je aj tak omnoho dôležitejší čas ako peniaze. Zo skvelej spoločnej hry sa teším omnoho viac ako z nejakej novej hračky.
16. Nemusíme mať stále nejaké akcie. Nemusi byť stále niečo nové a skvelé, ak spolu niečo podnikáme. Pre mňa je najkrajšie, ak sme jednoducho veselí a v pohode, hráme sa a mám aj trošku pokoja.
17. Nechajte v mojom živote čo najviac vecí tak, ako bývali pred vašim rozchodom. Začína to mojou izbou a končí úplnými maličkosťami, ktoré som robieval úplne sám s ocinkom a mamičkou.
18. Buďte dobrí na babičku a deduška z druhej strany, aj keď pri rozvode stáli viac pri svojom dieťati. Tiež by ste pri mne stáli, keby sa mi vodilo zle. Nechcem stratiť aj svojich starých rodičov.
19. Buďte féroví k novému partnerovi, ktorého si ten druhý našiel alebo nájde. Aj s týmto človekom musím vychádzať. A je to pre mňa jednoduchšie, ak nebudete navzájom žiarlivo slediť. Aj tak by bolo pre mňa lepšie, keby ste si obidvaja čoskoro našli niekoho, koho by ste mali radi. Už by ste neboli na seba takí zlí.
20. Buďte optimistickí. Svoje manželstvo ste nezvládli – ale skúste dobre zvládať aspoň ten čas potom. Prejdite si tieto moje prosby, ktoré vám píšem. Možno sa o nich porozprávate. Ale nehádajte sa. Nepoužívajte tieto moje prosby k vyčítaniu tomu druhému, aký bol ku mne zlý. Ak to urobíte, tak ste vôbec nepochopili, ako na tom teraz som a čo potrebujem, aby som sa cítil lepšie.

Príloha č. 3 Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v Slovenskej republike

Preambula

I.

(1) Sociálna práca je profesia založená na praxi a akademická disciplína, ktorá podporuje sociálnu zmenu, sociálny rozvoj, sociálnu súdržnosť, ako aj zmocnenie a oslobodenie ľudí. Princípy sociálnej spravodlivosti, ľudských práv, spoločnej zodpovednosti a rešpektovanie rozmanitosti sú ústredné pre sociálnu prácu. Podopretá teóriami sociálnej práce, spoločenských vied, humanitnými a miestnymi poznatkami, sa sociálna práca zaoberá ľuďmi a štruktúrami, aby podnecovala životné zmeny a zlepšovala blaho.¹

(2) Je nielen poslaním, ale aj povinnosťou sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce vykonávať sociálnu prácu svedomito a zodpovedne, dodržiavať pri jej výkone najvyšší možný štandard profesionality v súlade s právnymi predpismi a dostupnými vedeckými poznatkami tak, aby sociálna práca bola vykonávaná vždy v prospech klienta a so zreteľom na najlepší záujem klientov sociálnej práce. Etické povedomie je zásadnou súčasťou profesionálnej činnosti sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce. Jeho schopnosť a záväzok k etickému konaniu je základným aspektom kvality výkonu sociálnej práce.

(3) Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce (ďalej len „komora“) je profesijná organizácia, ktorá združuje sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce a tento kódex je súborom pravidiel, ktorými sa riadia všetci členovia komory.

(4) Hlavným cieľom Etického kódexu sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce (ďalej len etický kódex) je úsilie o napĺňanie poslania sociálnej práce, tak ako je definované v medzinárodnej definícii IFSW/IASSW (2014). Okrem toho etický kódex:

- predstavuje kľúčové etické hodnoty profesie a základné etické princípy v rámci jednotlivých oblastí zodpovednosti,
- je oporou pre sociálnych pracovníkov, asistentov sociálnej práce a študentov sociálnej práce,
- poskytuje etické štandardy výkonu praxe sociálnej práce,
- je nástrojom na hodnotenie profesionálneho etického konania,
- podporuje etickú diskusiu a reflexiu,

- prispieva k identite sociálnej práce ako profesie a posilňuje jej status.

(5) Etický kódex podporuje formovanie profesie sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce a jeho dodržiavanie je jedným zo základných predpokladov profesionálneho výkonu sociálnej práce ako aj úcty spoločnosti k tejto profesii. Dodržiavanie etického kódexu je preto v záujme všetkých sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce nezávisle od statusu člena komory.

(6) Komora sa pri vydávaní stanovísk k etickým otázkam výkonu sociálnej práce riadi etickým kódexom.

1. Hodnoty sociálnej práce

(1) Sociálna práca je dynamicky sa rozvíjajúcou profesiou, založenou na hodnotách, akými sú sociálna spravodlivosť, ľudská dôstojnosť a dôležitosť medziľudských vzťahov. Je komplexnou profesiou, ktorá nachádza uplatnenie v rôznych rezortoch a oblastiach spoločnosti.

1.1 Sociálna spravodlivosť

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce

a) má zodpovednosť za podporu sociálnej spravodlivosti vo vzťahu k celej spoločnosti, ako aj vo vzťahu k ľuďom, ktorí užívajú služby sociálnej práce.

b) usiluje sa zaistiť všetkým ľuďom prístup k potrebným informáciám, službám a zdrojom, rovnosť príležitostí a účasť na procese rozhodovania. Vytvára podmienky, ktoré užívateľom služieb sociálnej práce umožňujú dosiahnuť to, na čo majú právo.

c) prispieva k odstráneniu prejavov a príčin sociálnej nespravodlivosti, diskriminácie, útlaku a bariér podporujúcich sociálne vylúčenie. Angažuje sa o dosiahnutie sociálnej zmeny, sociálneho rozvoja a sociálnej inklúzie, zvlášť v prospech zraniteľných a utláčaných jednotlivcov a skupín ľudí.

(2) Služby sociálnej práce sú poskytnuté každému žiadateľovi bez ohľadu na pôvod, farbu pleti, rasu, etnickú príslušnosť, národnosť, jazyk, vek, pohlavie, rod, sexuálnu orientáciu, zdravotný stav, vierovyznanie, politické presvedčenie, manželský a rodinný stav, sociálno-ekonomický status a bez ohľadu na to, ako sa podieľa na živote celej spoločnosti.

1.2 Ľudská dôstojnosť

(1) Sociálna práca je založená na rešpektovaní dôstojnosti všetkých ľudí bez rozdielu a na dodržiavaní ľudských práv, ako sú uvedené v medzinárodných dokumentoch.²

(2) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce

- a) zaobchádza s každým človekom dôstojne, úctivo, majúc na zreteli individuálne rozdiely, kultúrnu, náboženskú, národnostnú a etnickú rôznorodosť.
- b) Usiluje o zveľadenie klientových spôsobilostí, podporuje jeho vlastnú zodpovednosť a autonómiu, právo na sebaurčenie a spoluúčasť.

1.3 Dôležitosť medziľudských vzťahov

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce

- a) rozpoznáva dôležitosť medziľudských vzťahov;
- b) snaží sa posilňovať a zmocňovať³ ľudí do partnerstva v procese pomáhania, usiluje o podporu riešenia problémov v medziľudských vzťahoch;
- c) buduje a rozvíja profesionálne vzťahy. Váži si a rešpektuje prínos kolegov z iných inštitúcií a pomáhajúcich profesií.

2. Etická zodpovednosť

(1) Hodnoty sociálnej práce sa pri výkone profesie vyjadrujú eticky zodpovedným rozhodovaním a konaním. Etická zodpovednosť sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce sa prejavuje nielen voči užívateľom služieb, pracovišku, kolegom, profesii a spoločnosti, ale aj voči sebe samému.

2.1 Zodpovednosť voči klientom

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce

- a) má prvoradá zodpovednosť voči osobám, ktoré užívajú služby sociálnej práce;
- b) nepoškodzuje klientov, ani nepodriaďuje ich potreby a záujmy svojim vlastným potrebám a záujmom, jedná s nimi bezúhonne, s účasťou, rešpektom a vytvára s nimi vzťah založený na báze dôvery;

- c) v komunikácii s klientmi alebo o nich sa nevyjadruje znevažujúco ani pejoratívne;
- d) rešpektuje príslušnosť k sociálnym skupinám, národnostnú, etnickú a kultúrnu rôznorodosť jednotlivcov, skupín a komunit;
- e) podporuje, posilňuje a zmocňuje klienta k vlastnej zodpovednosti, vlastným návrhom riešení, spoluúčasti a sebaurčeniu. Rešpektuje a chráni pritom jeho biologickú, psychickú, kultúrnu, spirituálnu a sociálnu integritu;
- f) zaujíma sa o celého človeka v rámci rodiny, komunity, spoločenského a prirodzeného prostredia a usiluje sa o spoznávanie všetkých dôležitých aspektov jeho života;
- g) zameriava sa na silné stránky jednotlivcov, skupín, rodín a komunit, ktorí užívajú služby sociálnej práce;
- h) prispieva k začleneniu užívateľov služieb sociálnej práce do sociálnej siete podporných osobných vzťahov, napomáha klientovi pri riešení problémov týkajúcich sa ďalších oblastí jeho života;
- i) aj v osobitých prípadoch klientov, ktorí majú dlhodobé alebo trvalé zdravotné postihnutie, obmedzenú spôsobilosť na právne úkony, detí, seniorov a iných zraniteľných skupín, sa sociálny pracovník a asistent sociálnej práce usiluje o dosiahnutie čo najväčšej miery ich autonómie a participácie na rozhodovaní ohľadom ich osoby.

(2) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce rešpektuje klientovo súkromie. Dokumentuje len tie informácie, ktoré sú nevyhnutne potrebné pre poskytovanie služieb sociálnej práce. Je povinný chrániť všetku dokumentáciu užívateľov služieb pred zneužitím. Rešpektuje právo klienta nahliadať do dokumentácie týkajúcej sa jeho osoby, ak osobitné zákony neustanovujú inak.

(3) Pre všetky situácie, ktoré sú v oblasti výkonu profesionálnej sociálnej práce platí zásadné pravidlo o mlčanlivosti. Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce je povinný vyžiadať si súhlas klienta pri všetkých pracovných postupoch, ktoré priamo a nepriamo s ním súvisia, ako aj pri informovaní tretej osoby, k video alebo audiovizuálnemu zaznamenávaniu a ich zverejňovaniu pre študijné alebo vedecké účely. Osobitý zreteľ sa venuje informáciám spadajúcich pod ochranu osobných údajov, ktoré sú upravené osobitým predpisom upravujúcim ochranu osobných údajov.⁴ Povinnosť mlčanlivosti platí aj po skončení poskytovania služby alebo pracovného pomeru. Výnimky môžu byť odôvodnené len na základe vyššej

etickej (napr. ochrana života alebo najlepší záujem dieťaťa) alebo zákonnej požiadavky (napr. oznámenie trestného činu).

(4) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce informuje užívateľov služieb o spôsobe, rozsahu, možnostiach a dôsledkoch, ako aj o predpokladaných neželaných rizikách odbornej pomoci.

(5) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce rešpektuje hranice medzi osobným a profesionálnym životom. Pracovné postavenie voči klientovi nesmie byť v žiadnom prípade zneužitá vo vlastný prospech a neoprávnené výhody sexuálneho, politického, sociálneho alebo ekonomického charakteru. S užívateľmi služieb ani s ich blízkymi rodinnými príslušníkmi nenadväzuje partnerský alebo sexuálne orientovaný vzťah. Nezneužíva svoje postavenie na osobné obohatenie, ani na zvyhodňovanie svojich príbuzných a známych.

(6) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce akceptuje a podporuje ukončenie poskytovania služieb klientom vtedy, ak si títo dokážu pomôcť sami, služby sociálnej práce nie sú viac potrebné alebo neslúžia ich záujmom. Preventívna podpora klientov sa v takýchto prípadoch môže uskutočňovať prostredníctvom katamnézy.

(7) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce si je vedomý svojich odborných a profesionálnych obmedzení a hraníc vlastnej kompetencie. Informuje klienta o možnostiach využívania všetkých služieb sociálnej práce a iných foriem pomoci, a to nielen v inštitúcii, v ktorej vykonáva sociálnu prácu. Je povinný zabezpečiť kontinuitu služieb a pomoci klientovi v prípade, že sú naďalej potrebné, hoci on sám z náležitých dôvodov končí s ich poskytovaním. Pokiaľ klientovi nie je schopný poskytnúť adekvátnu službu sociálnej práce, distribuuje ho svojmu kolegovi, inému pomáhajúcemu pracovníkovi alebo inštitúcii.

2.2 Zodpovednosť voči sebe

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce má nielen právo ale aj povinnosť vykonať nevyhnutné kroky v profesionálnej a osobnej starostlivosti o seba, aby bol schopný poskytovať kvalitné služby klientom. Kroky v profesionálnej a osobnej starostlivosti o seba sú najmä:

- sebareflexia, vrátane poznávania svojich osobných a profesijných limitov a uznania hraníc odbornej spôsobilosti a kompetencie;

- sústavné vzdelávanie na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a profesijných zručností v sociálnej práci prostredníctvom samoštúdia, jednorazovej vzdelávacej aktivity, odbornej stáže, sociálno-psychologického výcviku, špecializovaného tréningu, odbornej publikačnej alebo lektorskej činnosti, účasti na odborných a vedeckých konferenciách a workshopoch, vedeckovýskumnej činnosti a podobne;
- pravidelná supervízia;
- kolegiálna konzultácia, vrátane konzultácie s odborníkmi z iných pomáhajúcich profesií;
- využívanie nástrojov psychohygieny.

(2) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce pomáha ľuďom, ktorí sa nachádzajú v zložitej životnej situácii s ohľadom na vlastné zdroje, hranice a len do tej miery, aby nebolo ohrozené jeho vlastné zdravie.

(3) Zaobchádza zodpovedne s mocou v rámci poskytovania služieb sociálnej práce.

(4) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce je zodpovedný za to, že jeho rozhodnutia budú eticky podložené.

2.3 Zodpovednosť voči pracovišku

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce plní svoje povinnosti vyplývajúce zo záväzku k zamestnávateľovi zodpovedne, svedomito a čestne v súlade s pracovnou zmluvou alebo inou obdobnou zmluvou.

(2) V zamestnávateľských organizáciách aktívne spolupôsobí pri vytváraní takých pracovných podmienok, ktoré umožnia:

- poskytovanie kvalitných služieb sociálnej práce,
- predchádzanie a odstránenie všetkých foriem diskriminácie a násilia na pracovišku,
- uplatňovanie etických záväzkov vyplývajúcich z tohto kódexu.

2.4 Zodpovednosť voči kolegom

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce rešpektuje vedomosti, spôsobilosti a praktické skúsenosti kolegov a ostatných odborných pracovníkov.

(2) Pri odlišných pracovných postupoch berie ohľad na rozmanitosť a podporuje kolegiálnu diskusiu a dialóg.

(3) Povinnosťou sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce je venovať sa klientom svojich kolegov s profesionálnym prístupom a citlivosťou.

(4) Pri spoločnej zodpovednosti za klientov v rámci inštitúcie je predpokladom kolegiálnej spolupráce vzájomná dôvera a dohoda ohľadom spoločného postupu poskytovania služieb sociálnej práce.

(5) Nevyjadruje sa znevažujúco a pejoratívne o svojich kolegoch pred klientmi a v rozhovoroch s nimi.

(6) Pri podozrení z neprofesionálneho alebo eticky necitlivého správania svojho kolegu využije ako prvotný nástroj kolegiálne upozornenie. Pripomienky k práci kolegu vyjadruje na vhodnom mieste a primeraným spôsobom.

(7) Činnosť sociálnej práce vykonáva interdisciplinárne v kooperácii s inými profesiami ako aj so všetkými osobami a inštitúciami, ktoré môžu napomôcť k optimálnemu sociálnemu fungovaniu klientov.

(8) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce iniciuje a zapája sa do diskusií týkajúcich sa etiky so svojimi kolegami a zamestnávateľmi.

2.5 Zodpovednosť voči profesii

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce udržiava a vyzdvihuje etické hodnoty, odborné poznatky a poslanie profesie sociálna práca.

(2) Snaží sa získavať a rozvíjať odborné poznatky a uplatňovať ich v profesionálnej praxi, a to najmä

- prostredníctvom nových prístupov, metód a techník,
- aktívnou participáciou na výskumoch,
- spoluprácou so školami sociálnej práce,
- aktívnou účasťou na odborných diskusiách, seminároch a konferenciách,
- konštruktívnou a zodpovednou kritikou nevhodnej praxe,
- publikačnou činnosťou,
- sústavným vzdelávaním.

(3) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce neustále udržuje profesionálne vystupovanie na úrovni vysokého štandardu. Uvedomuje si, že jeho profesionálne správanie ovplyvňuje dôveryhodnosť a verejnú mienku o profesii. Vyhýba sa takému konaniu, ktoré by spôsobilo zlú reputáciu profesie.

(4) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce napomáha snahe profesijného spoločenstva sprístupniť služby čo najširšej verejnosti.

(5) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce má ochotne poskytovať odborné vedomosti a zručnosti študentom sociálnej práce počas výkonu ich odbornej praxe na pracovisku.

2.6 Zodpovednosť voči spoločnosti

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce podporuje všeobecné blaho spoločnosti.

(2) Zasadzuje sa o zlepšenie sociálnych podmienok v spoločnosti, spravodlivejšie rozdelenie spoločenských zdrojov a zabezpečenie prístupu k týmto zdrojom všetkým, ktorí to potrebujú.

(3) Pôsobí na rozšírenie možností a príležitostí k zlepšeniu kvality života pre všetkých občanov, a to s osobitým zreteľom k znevýhodneným a marginalizovaným jedincom, skupinám a komunitám.

(4) Napomáha snahe profesionálneho spoločenstva sprístupniť služby sociálnej práce čo najširšej verejnosti.

3. Etické problémy a dilemy

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce vyžaduje uznanie toho, že je zodpovedný za svoje správanie a konanie k užívateľom služieb, ale aj k ľuďom, s ktorými pracuje, kolegom, zamestnávateľom, profesionálnej organizácii a zákonom, a že tieto zodpovednosti môžu byť vo vzájomnom konflikte.

(2) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce sa vo svojej práci môže stretnúť s rôznymi etickými problémami a dilemami. Tieto vyvstávajú zo samotnej povahy sociálnej práce. Niektoré z problémových oblastí zahŕňajú:

- skutočnosť, že lojalita sociálnych pracovníkov sa často nachádza v strede konfliktu záujmov;
- skutočnosť, že úloha sociálnych pracovníkov je zároveň pomáhajúca aj kontrolujúca;
- konflikty medzi povinnosťou sociálnych pracovníkov chrániť záujem ľudí, s ktorými pracujú a požiadavky spoločnosti na efektívnosť a prosperosť;
- skutočnosť, že zdroje v spoločnosti sú limitované.

(3) Je preto užitočné, aby sa sociálny pracovník a asistent sociálnej práce zoznamoval s dilemami svojej profesie, bol spôsobilý ich kriticky reflektovať a systematicky postupovať pri konfrontácii s nimi. Musí byť pripravený uviesť dôvody svojich eticky podložených rozhodnutí.

(4) V procese etického rozhodovania sociálny pracovník a asistent sociálnej práce využíva postupy a nástroje napomáhajúce pri riešení etických problémov a dilem, medzi ktoré patria analýza, konzultácia a diskusia s kolegami, nadriadeným pracovníkom, supervízorom, ďalšími odborníkmi a komorou. Postupy v takýchto prípadoch dôsledne zaznamenáva a dokumentuje.

(5) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce má právo v eticky problémových alebo dilematických situáciách požiadať o konzultáciu komoru, ktorá vydáva stanoviská k etickým otázkam výkonu sociálnej práce a poskytuje bezplatné poradenstvo v oblasti etiky sociálnej práce pre členov komory. V rámci komory je v tejto oblasti kompetentným orgánom profesijná rada komory. Jej súčasťou je etická komisia, ktorá vypracováva

a predkladá stanoviská k etickým otázkam výkonu sociálnej práce z vlastného podnetu alebo z podnetu členov komory.

4. Závaznosť etického kódexu

(1) Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce, ktorý je členom komory, je povinný vykonávať sociálnu prácu v súlade s etickým kódexom a podľa právnych predpisov platných v Slovenskej republike.

(2) Etický kódex je jedným zo základných predpokladov profesionálneho výkonu sociálnej práce a dôveryhodnosti profesie v spoločnosti, preto je jeho dodržiavanie v najväčšom záujme všetkých sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce nezávisle od statusu člena komory.

(3) Poznanie, dodržiavanie a šírenie princípov etického kódexu sa odporúča aj u študentov sociálnej práce, najmä vzhľadom na výkon odbornej praxe.

(4) Komora má povinnosť prijímať podnety ohľadom podozrenia z porušenia pravidiel etického správania. Podnet môže podať ktokoľvek, vrátane užívateľov služieb, kolegov a zamestnávateľov.

(5) Orgánom komory kompetentným posudzovať podnety vo veci porušenia etického kódexu je disciplinárna komisia, ktorej činnosť a postavenie upravuje disciplinárny poriadok.

5. Záver

(1) V celom texte etického kódexu sa pod označením sociálny pracovník a asistent sociálnej práce chápu aj sociálne pracovníčky a asistentky sociálnej práce. Rešpektujúc, že v profesii sociálna práca pôsobí vo veľkej miere ženy, je uprednostnená zrozumiteľnejšia a jednoduchšia jazyková forma než alternatívne výrazy (sociálny pracovník/čka a asistent/ka sociálnej práce). Podobne je to aj pri označení klient. Nakoľko etická zodpovednosť je osobnej povahy, v texte kódexu sa používa singulár (nie sociálni pracovníci a asistenti sociálnej práce).

(2) Termín *služby sociálnej práce* vyjadruje všetky druhy odborných činností, ktoré vykonáva sociálny pracovník alebo asistent sociálnej práce.

(3) Etický kódex používa pojmy *klient* a *užívateľ služieb* ako synonymá s vedomím, že v medzinárodnom terminologickom jazyku je uprednostňované označenie *užívateľ služieb*.

(4) V procese vzniku etického kódexu bolo prihliadané k nasledujúcim dokumentom:

- Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- medzinárodný etický kódex „Etika v sociálnej práci – vyhlásené princípy“ (IFSW / IASSW, 2004),
- Etický kódex sociálnych pracovníkov Slovenskej republiky (1997),
- Etický kódex sociálnych pracovníkov Českej republiky (2006),
- iné národné kódexy sociálnej práce.⁵

(5) Profesionálna rada komory je zodpovedná za pravidelne vyhodnocovanie a revíziu etického kódexu, a to najmenej raz v priebehu troch rokov.

(6) Uvedomujúc si, že etický kódex nemôže nahradiť vlastnú, vnútorne motivovanú zodpovednosť sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce, predstavuje minimálne štandardy eticky zodpovedného konania pri výkone sociálnej práce a odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny.

Etický kódex bol schválený valným zhromaždením Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce 18. 9. 2015 a nadobúda účinnosť od 1. 10. 2015.

Poznámky

1 Uvedená definícia je globálnou definíciou sociálnej práce Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov a Medzinárodnej asociácie škôl sociálnej práce schválenou v júli 2014 v Melbourne (IFSW / IASSW, 2014).

2 Dôležité sú najmä dokumenty Organizácie spojených národov: Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948); Medzinárodný pakt o občianskych

a politických právach (1966); Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966); Medzinárodný dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie (1966); Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (1979); Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu či trestaniu (1984); Dohovor o právach dieťaťa (1989); Medzinárodný dohovor o ochrane práv všetkých migrujúcich pracovníkov a členov ich rodín (2004); Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006).

3Na vyjadrenie obsahu anglického výrazu *empowerment* sa v texte používajú slovenské výrazy posilnenie a zmocnenie.

4Zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov-

5Jedná sa o britský The Code of Ethics for Social Work (BASW, 2012), americký Code of Ethics of the National Association of Social Workers (NASW, 2008), nemecký Berufsethische Prinzipien des DBSH (DBSH, 1997), švajčiarsky The Code of Ethics for Social Work (AS, 2010) a rakúsky Ethische Standards – Berufspflichten für SozialarbeiterInnen (OBDS, 2004).

© Autori: Andrej Mátel, Mária Hardy,
Daniela Bachyncová Giertliová

Názov diela: Teória a metódy sociálnej práce II

Vydavateľ: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce

Miesto vydania: Bratislava

Rok vydania: 2015

Poradie vydania: prvé

Počet strán: 344

Počet výtlačkov: 250 ks

Tlač: Art AIR Center s.r.o., Dolný Kubín

ISBN 978-80-971445-3-1