

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Úzkost a nadměrný strach u dítěte, které bydlí se svou matkou
v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni**

Daniela Procházková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2011

Pratur college of psychosocial studies



**Anxiety and excessive fear in children living with their mother
in sheltered home for mothers with children in difficulty**

Daniela Procházková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2011

ANOTACE

Klíčová slova: úzkost a strach, dítě, rodina, rodinná anamnéza, sociální práce, azylový dům

Autor se v diplomové práci zabýval problematikou nadměrné úzkostí a strachu u dítěte, a to zejména z hlediska sociální práce, neboť předmětem mého zájmu byly děti pobývající v azylovém domě pro matky s dětmi v tísní. V jednotlivých kapitolách autor hledal odpovědi na otázky, co je to úzkost a strach, které faktory se podílí na jejich vzniku, jestli je spojitost mezi utvářením úzkosti u dítěte a rodinným kontextem, ve kterém dítě vyrůstá a jaké jsou možnosti léčby nadměrné úzkosti.

Dále se diplomová práce zabývala azylovým domem pro matky s dětmi v tísní jako sociálním zařízením, jeho posláním, cíly, provozním a ubytovacím řádem. Autor hledal odpověď na otázku, zda je azylový dům schopen poskytnout dítěti trpícím úzkostí a nadměrným strachem dostatečnou a kvalitní péči. V diplomové práci jsou popisovány možnosti a postupy práce sociálního pracovníka pracujícího v azylovém domě, který pracuje s úzkostným dítětem a jeho matkou. Důkladněji je pohlíženo na sestavování rodinné a osobní anamnézy, která je pro pochopení podstaty problému u úzkostného dítěte velmi důležitá.

Teoretická část diplomové práce vychází z prostudované literatury a teoretických poznatků, které autor získal při stážích v azylových domech pro matky s dětmi. Empirická část je postavena na případové studii dítěte s nadměrnou úzkostí a jeho matky, která byla ubytovaná v azylovém domě.

ABSTRACT

Key words: anxiety and fear, child, family, family anamnesis, social work, sheltered home

In masters thesis the author has dealt with the problem of overly afraid and anxious children, mainly from the social services point of view because the point of interest for me were children living in sheltered home for mothers with children in difficulty. In each chapter, the author was trying to find answers for questions, what is fear and anxiety, and which factors influence their beginnings. If there is a connection between forming a child's anxiety and family contextual boundary in which the child grows up and what are the treatment possibilities for over-anxiety.

Furthermore, it has dealt with sheltered homes for mothers with children in difficulty as social institution, its role, objectives, operational and accommodation system. The author was looking for an answer to a question whether the sheltered home is able to provide the child suffering with fear and over-anxiety sufficient and quality care. Masters thesis is describing possibilities and procedures of a social worker working in a sheltered home who works with anxious child and his mother. It thoroughly looks into putting together a family and personal anamnesis which is very important for understanding the essence of the problem of the anxious child.

The theoretical part of masters thesis comes from the study of the reference work and theoretical findings which the author acquired during my internship in sheltered homes for mothers with children. It has based the empirical part on the case study of a child with excessive anxiety and his mother who was staying in the sheltered home.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce zpracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 24.8.2011

Daniela Procházková

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Martinovi Prokešovi za odborné vedení.

Mé poděkování patří i Janě Smith za korekturu anglického překladu resumé.

OBSAH

ÚVOD

1 VÝCHOZÍ POJMY A ZAMĚŘENÍ PRÁCE	9
1.1 Definice sociální práce.....	9
1.2 Vymezení klíčových pojmů.....	10
1.2.1 Lidský vztah, pomáhající profese, etika sociální práce.....	10
1.2.2 Zdraví, duševní zdraví, anamnéza.....	11
1.2.3 Dítě, rodina, azyl.....	12
1.3 Hypotéza a kladené otázky.....	13
2 ÚZKOST A STRACH VE VÝVOJI DÍTĚTE	15
2.1 Definice rodiny. Rodina zdravá a nezdravá.....	15
2.2 Úzkost a strach – emoce, které člověka formují a ovlivňují.....	17
2.2.1 Úzkost normální a úzkost patologická.....	19
2.3 Úzkost a strach u dětí.....	21
2.3.1 Vznik úzkosti.....	21
2.3.2 Příčiny vzniku úzkosti.....	23
2.3.3 Jak u dítěte rozpoznat příznaky úzkosti a strachu.....	24
2.4 Úzkostné poruchy.....	26
2.4.1 Třídění úzkostných poruch.....	26
2.4.2 Úzkostné poruchy u dětí.....	27
3 AZYLOVÝ DŮM PRO MATKY S DĚTMI V TÍSNI	32
3.1 Azylový dům pro matky s dětmi v tísní jako sociální zařízení. Poslání azylového domu.....	32
3.2 Cíle azylového domu pro matky s dětmi a cílová skupina zařízení.....	33
3.3 Uplatnění žádosti o poskytování služeb v azylovém domě pro matky s dětmi a její zamítnutí nebo přijetí. Provozní a ubytovací řád zařízení.....	35
3.3.1 Provozní a ubytovací řád azylového domu pro matky s dětmi.....	36
3.4 Důvody ukončení pobytu klientky a jejích dětí v azylovém domě.....	38
3.5 Dítě trpící úzkostmi a nadměrným strachem, které se svou matkou přichází do azylového domu.....	39

3.5.1 Je azylový dům pro matky s dětmi schopen poskytnout dítěti trpícímu úzkostmi a strachem potřebnou péči?.....	40
--	----

4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM TRPÍCÍM NADMĚRNOU ÚZKOSTÍ, KTERÉ SE SVOU MATKOU PŘECHODNĚ BYDLÍ V AZYLOVÉM DOMĚ PRO MATKY S DĚTMI.....

43

4.1 Navázání kontaktu s dítětem a jeho matkou.....	44
4.2 Rodinná a osobní anamnéza dítěte.....	47
4.2.1 Rodinná anamnéza.....	47
4.2.2 Osobní anamnéza dítěte.....	48
4.3 Jak pomoci dítěti překonat jeho nadměrnou úzkost a strach.....	51
4.4 Psychoterapie u dětí s úzkostí a nadměrným strachem.....	53
4.4.1 Zvláštnosti psychoterapie u dětí.....	54
4.4.2 Základní metody psychoterapie u úzkostných dětí.....	56
4.4.3 Externalizace.....	56

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE DÍTĚTE S ÚZKOSTÍ (KTERÉ S MATKOU POBÝVÁ V AZYLOVÉM DOMĚ).....

59

5.1 Základní údaje o klientech.....	59
5.2 První kontakt s klientkou.....	59
5.3 Sociální diagnostika.....	60
5.3.1 Osobní anamnéza matky.....	60
5.3.2 Osobní anamnéza dítěte.....	60
5.3.3 Sociální anamnéza klientů.....	61
5.4 Hodnocení anamnestických informací získaných od klientky.....	63
5.5 Socioterapeutický plán pomoci pro matku a její dítě.....	64
5.6 Analýza případové studie.....	64
5.7 Diskuse.....	67

6 POTVRZENÍ ČI VYVRÁCENÍ HYPOTÉZY. ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK POLOŽENÝCH V PRVNÍ KAPITOLE.....	68
---	-----------

ZÁVĚR

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ÚVOD

Ve své diplomové práci bych se chtěla věnovat jednomu z mnoha závažných psychických obtíží u dětí, jakými úzkost a strach bezesporu jsou. Podstatou mojí práce bude snaha podívat se na tuto problematiku jednak z hlediska psychiatrického, hlavně však z hlediska sociální práce, a předmětem mého zájmu budou děti pobývajících v azylových domech pro matky s dětmi v tísní. Budu se také zabývat příčinami vzniku úzkostí a strachu u dětí pobývajících v azylových domech, jejich příznaky, nastíním třídění úzkostných poruch u dětí i možnosti jejich léčby. V otázkách sociální práce jako metodou práce s klienty se chci zaměřit na úlohu sociálního pracovníka, který pracuje v azylovém domě pro matky s dětmi. Zajímat se budu také o náplň práce a možnosti práce sociálního pracovníka s úzkostným dítětem, stejně jako s jeho matkou. Důležitou činností, která spadá do náplně práce sociálního pracovníka, je zpracování rodinné anamnézy matky a jejího dítěte, proto se budu zabývat i sestavováním a zásadami anamnézy.

Empirickou část diplomové práce založím na případové studii dítěte s úzkostí, jež se svoji matkou pobývá v azylovém domě, a v rámci této studie provedu analýzu této problematiky.

Toto téma pro magisterskou práci jsem si zvolila z několika důvodů. Hlavním důvodem je to, že jsem v rámci školních praxí absolvovala stáže ve dvou azylových domech pro matky s dětmi, a problematika úzkostí a strachu u dětí pobývajících v těchto zařízeních, byla velmi častá.

Jako další důvod, proč jsem si zvolila toto téma, bych uvedla fakt, že mě problematika úzkostí a úzkostných poruch u dětí zaujala už během studia na vysoké škole. Pravděpodobně i proto, že tento jev je velmi častý, počet úzkostných dětí narůstá, což ostatně mohu pozorovat a pozoruji i ve svém okolí.

Moje diplomová práce bude tedy postavena jednak na rovině teoretické, vycházející z prostudované literatury a teoretických poznatků, získaných při stážích v azylových domech pro matky s dětmi v tísní, a jednak na rovině empirické, která bude vycházet z případové studie.

1 VÝCHOZÍ POJMY A ZAMĚŘENÍ PRÁCE

1.1 Definice sociální práce

Sociální práce je definovaná mnoha autory. Definici, která se mi nejvíce zamlouvá, uvádí publikace *Základy sociální práce* (MATOUŠEK aj., 2001, s.10) a zní: „Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“.

Definice obecně popisuje cíle sociální práce, úrovně, na kterých sociální pracovník pracuje, i pilíře, o které se při pomoci klientovi může opřít. Při popisu sociální práce jako pomoci lidem při řešení sociálních problémů, zprostředkování pomoci při řešení těchto problémů a snaze zabránit jejich vzniku nebo vyhocení doplňuji o to, že sociální práce je odborná činnost, pro jejíž vykonávání je nutná vysoká odborná příprava, dosažení určitého věku, osobní zralosti, zkušeností a etických postojů. Proto nemůže být předmětem středoškolské průpravy ukončené maturitou, vyžaduje vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání (TOMEŠ aj., 1997). Podle úrovně dosaženého vzdělání by měl mít sociální pracovník přidělené pracovní povinnosti a kompetence v rámci organizace, ve které pracuje.

1.2 Vymezení klíčových pojmů

1.2.1 Lidský vztah, pomáhající profese, etika sociální práce

Lidský vztah - v pomáhajících profesích, a tedy i v sociální práci, je velmi důležitým prvkem mezi pomáhajícím (sociálním pracovníkem) a jeho klientem (KOPŘIVA, 2006, s.14). Jde o osobní přístup ke klientovi. Sociální pracovník by se též měl pokusit nenavazovat u klientů pocit podřízenosti. Lidský přístup ke klientovi je také důležitou podmínkou pro to, aby mohlo u klienta nastat zlepšení a dojít ke změně v jeho chování a prožívání. Klient musí nejdříve začít věřit svému případovému pracovníkovi, cítit lidský zájem o svou osobu.

Pomáhající profese – pomáhající profese je odvozena od slova „pomáhání“, což jsou postupy usnadňující lidem zvládnání náročných životních situací (Matoušek, 2003). Pomáhání se spíše užívá pro dlouhodobou a organizovanou podporu, pomáhajícím může být kdokoli. Krátkodobá podpora se zase označuje jako pomoc. Pomáhající profese je tedy povolání zaměřující se na pomoc člověku, který se nachází v určité situaci nouze. Může jít též o povolání zaměřené na pomoc při optimálnímu rozvoji člověka (JANDOUREK, 2001). Mezi pomáhající profese řadíme zejména lékaře, sociální pracovníky, psychology a psychoterapeuty. Cílem pracovníků je institucionalizované poskytování podpory (MATOUŠEK, 2003), kde předmětem zájmu je klient (pacient). U pracovníků v pomáhajících profesích je důležitá nejen odborná příprava na výkon povolání, ale i osobnost pracovníka a jeho osobní zralost, aby byl schopen čelit vysokým psychickým a fyzickým nárokům.

Etika sociální práce – slovo etika pochází z řeckého slova éthos, což znamená mrav, zvyk, obyčej, charakter. Etika sociální práce je soubor mravních zásad týkajících se zejména pravidel profesionálního chování v náročných, resp. konfliktních situacích (tzv. „etická dilemata“). Etická pravidla (standarty) zahrnují práva klienta na sebeurčení, ochranu soukromí, přístup k záznamům, nárok na služby a způsob jejich poskytování. Existují etické standarty týkající se způsobů

ukončení kontaktu s klientem či jeho rodinou, ohlašovací povinnosti při překročení zákona klientem, ohlašovací povinnost neprofesionálního chování kolegů apod. Nově se etika zabývá i kontakty sociálního pracovníka se sdělovacími prostředky, pořizováním elektronických záznamů a přístupem k nim, fyzickým kontaktem s klienty aj. (MATOUŠEK, 2003). Etika sociální práce je v České republice upravena Etickým kodexem pro sociální pracovníky vydaným v roce 1995 Společností sociálních pracovníků.

1.2.2 Zdraví, duševní zdraví, anamnéza

Zdraví – je stav psychického, fyzického a sociálního blaha, vnitřní rovnováhy s prostředím (JANDOUREK, 2001). Podle WHO je zdraví stav proměnlivý v čase a je závislý na vrozených i získaných vlastnostech jako je odolnost a tolerance na zátěž. Zdraví je ovlivněno nejvíce životním stylem, podstatně méně úrovní poskytované zdravotní péče a ve stejné míře vnějšími vlivy (znečištění životního prostředí), dále i sociálními vlivy, včetně úrovně vzdělání (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

Duševní zdraví – duševní zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci (MATOUŠEK, 2003). Podle M. Jahodové definuje duševní zdraví šest kategorií: a) pozitivní postoj jedince vůči sobě samému, b) zdravý růst a stupeň sebeaktualizace, c) vyvinuté ústřední syntetizující funkce, d) autonomie, e) přiměřené vnímání reality, f) zvládnutí vnějšího prostředí (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

Anamnéza – podle Platóna byla anamnéza rozpomínání se na ideje, jež duše poznala ve své předešlé existenci. V medicíně jde o diagnostickou metodu shromažďující údaje a okolnosti, které vedly k onemocnění. Anamnéza je *objektivní* - výsledky šetření získané nezávisle na výpovědi nemocného; *psychologická* - zjištění individuálního vývoje a průběhu života rozhovorem s nemocným, popř.

dotazníky aj. metodami; *rodinná* - zjištění všech rodinných a soc. poměrů nemocného, např. za pomoci sociálního pracovníka; *sexuální* - nutné podrobnosti o sexuálním vývoji nemocného; *subjektivní* - vlastní výpověď nemocného o jeho životní historii a o příznacích současného onemocnění (HART a HARTLOVÁ, 2000). MATOUŠEK (2003) definuje anamnézu jako shromažďování, třídění a zpracování údajů o klientovi, které objasňují jeho vývoj a současný stav. Údaje, které se mohou v anamnéze sbírat, jsou současný hlavní problém klienta, délka trvání problému a jeho vývoj, související jiné problémy, údaje o původní rodině, vzdělání, práci, partnerských a manželských vztazích, vztazích k rodičům, dětem a příbuzným, děti, bydlení, ekonomická situace klienta, zdravotní stav klienta a jeho příbuzných, přátelské vztahy, způsob trávení volného času aj.

1.2.2 Dítě, rodina, azyl

Dítě – je lidský jedinec v životní fázi od narození do období adolescence. Podle některých pojetí je za dítě považován i jedinec před narozením, tj. v prenatálním období vývoje člověka (PRŮCHA, WALTEROVÁ a MAREŠ, 2009). MATOUŠEK (2003) definuje dítě jako nezletilou nedospělou osobu. Podle některých platných právních norem v ČR jde o člověka mladšího 15-ti let. Podle jiných norem a konvencí mezinárodních organizací je to osoba mladší 18-ti let. Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením. Zájmy dítěte, které jsou součástí rodičovské odpovědnosti, chrání zákony a další předpisy. Dítě mladší než 15 let není v ČR trestně odpovědné. *Dětství* je dle PRŮCHY, WALTEROVÉ a MAREŠE (2009) definováno jako počáteční období životní dráhy každého jedince, začínající narozením a končící změnou dítěte v adolescenci. Jde o období intenzivního vývoje tělesného, intelektuálního, jazykového, emocionálního a sociálního, v jehož průběhu se formují rozhodující rysy osobnosti člověka. Na formování má zásadní vliv především rodina, dále širší sociální prostředí a školní prostředí.

Rodina – je to nejstarší společenská instituce. Plní socializační, ekonomické, sexuálně – regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje...Rodinná výchova se uskutečňuje v rodině, obvykle výchova dětí a mladistvých uskutečňovaná jejich rodiči, event. prarodiči. Rodinná výchova a rodinná prostředí mají primární funkci ve výchově dětí a jsou nejvýznamnějším činitelem mladého člověka (PRŮCHA, WALTEROVÁ a MAREŠ, 2009)

Azyl – HARTL a HARTLOVÁ (2004) definují azyl jako útulek, útočiště. Ve středověku byl azyl zařízení pro duševně nemocné nebo hendikepované osoby. Dnes se užívá termín azylové domy, např. pro svobodné matky, týrané ženy nebo těžce nemocné osoby apod.

1.3 Hypotéza a kladené otázky

Hypoteticky usuzují, že při vzniku nadměrné úzkosti u dítěte hrají určující roli dlouhodobé a intenzivně působící podněty a situace, které dítě prožívá jako negativní. Každé dítě však představuje individualitu, proto i vznik nadměrné úzkosti a strachu je závislý na osobnosti dítěte a jeho vlastních obavách a strachu.

U případů, kdy se dítě společně se svou matkou dostane do azylového domu pro matky s dětmi v tísní lze předpokládat, že dítě v minulosti bylo (a často stále je) vystavováno psychicky zátěžovým situacím a okolnostem, které u něj vedly ke vzniku nadměrné úzkosti a strachu. Dále samotný pobyt v azylovém domě bývá pro dítě stresující, neboť dítě ze dne na den musí změnit prostředí, často musí začít navštěvovat novou školu, přichází o své kamarády. Všechny zmíněné faktory působí na psychiku dítěte, dítě si s nimi samo neumí poradit, vyrovnat se jim.

Jaké faktory se podílejí na vzniku úzkosti a strachu? Je – li úzkost a strach prostředkem ontogeneze, znamená to, že mají nejen negativní, ale i pozitivní význam ve vývoji dítěte? V případě že ano, jaký pozitivní význam můžeme

pozorovat u dětí, které se v důsledku nepříznivých životních okolností ocitnou v azylovém domě?

Projevy úzkosti jsou velmi rozmanité, v každém období dětského vývoje se však objevují projevy, které lze označit jako typické pro daný věk. Jestliže se u dítěte už úzkost projevila, je matka schopna tyto patologické projevy u dítěte rozpoznat? A je následně schopna vyhledat s dítětem odbornou pomoc?

A jak je to s odbornou pomocí u nadměrně úzkostného dítěte? Účinnost léčby úzkostného dítěte je založena především na zvolených psychoterapeutických metodách. Jaké možnosti a kompetence má sociální pracovníce pracující v azylovém domě pro matky s dětmi?

Právě jsem uvedla hypotézu a položila si několik otázek, kterými se budu v diplomové práci zabývat a na něž se budu snažit odpovědět.

2 ÚZKOST A STRACH VE VÝVOJI DÍTĚTE

2.1 Definice rodiny. Rodina zdravá a nezdravá

Rodina jako systém má nespočet definicí. Jinak ji bude definovat právník jinak psycholog či sociolog. Z psychologického hlediska můžeme například mluvit o rodinném soužití, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte. Jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitů uvolnění, vzájemnou spokojenost, radost a ostatní pozitivní prožitky, které takové uspokojování potřeb nutně provázejí (MATĚJČEK, 1992). Rodina není jen zdrojem podpory, je také zdrojem stresu. Stresy a konflikty vycházejí z osobních a generačních zájmů jednotlivců, z jejich snah dosáhnout osobního uspokojení, osobního rozvoje a osobního úspěchu.

Aby byl u dítěte vývoj zdravý a správný, musí u něj docházet k dostatečnému uspokojování potřeb biologických (tedy tělesných) a psychologických (popř. sociálních). Mezi základní biologické potřeby, které jsou nezbytné k životu člověka, patří čistý vzduch, čistá voda, správná strava, přiměřené teplo, stálé přístřeší a ochrana před škodlivými vlivy. Přehled pěti základních psychosociálních potřeb podává MATOUŠEK (2003, s.209-212). Tato kategorizace vychází z Pražské školy vývojové psychologie a psychické deprivace, je podobná i hierarchii potřeb podle Maslowa. Každá potřeba je vždy doplněna o deprivaci, ke které dochází v případě neuspokojení potřeby. Těmito potřebami jsou:

1) *Potřeba stimulace* – dostatečný přísun podnětů. Je nutná různorodost, kvalita i kvantita podnětů s ohledem na individualitu každého dítěte.

2) *Potřeba „smysluplného světa“* – vytvoření řádu v chaosu podnětů neboli potřeba podmínek pro účinné učení.

3) *Potřeba jistoty, bezpečí* – potřeba citového vztahu, jde o interpersonální vztahy typu „matka-dítě“.

4) *Potřeba osobní identity* – potřeba sociálního začlenění do širšího okruhu lidí.

5) *Potřeba „otevřené budoucnosti“* – potřeba životní perspektivy, smyslu života.

Každá z uvedených potřeb se od nejranějšího věku dítěte a dále v průběhu života dotváří. V případě, že nastane situace, kdy se matka se svým dítětem ocitne v nepříznivé sociální situaci, v mnoha případech pramenící z rozpadu manželství, resp. rodiny, ztráty bydlení a špatné finanční situace, potřeby dítěte nejsou dlouhodobě uspokojovány, a tak dochází u dítěte k rozvoji psychických obtíží v podobě deprivace a úzkostí.

Zakládání rodiny partneři velmi často zvažují. Dítě je z ekonomického hlediska velkou a nevratnou investicí. Mnoho partnerů tento krok dlouho zvažuje, proto se také v rozvinutých zemích rodí stále méně dětí. V minulosti byly rodiny s více dětmi nutností i z důvodu péče o staré a nemocné rodiče a příbuzné (MATĚJČEK, 2003). O nemohoucí členy rodiny nepečoval stát, po zdravotní, sociální a materiální stránce se staraly děti. Současná společnost založená na konzumním způsobu život přinesla do života rodin mnoho pozitivních faktorů (např. finanční zdroje pro cestování, pestré trávení volného času), zároveň však společenský tlak vyrovnat se soudobé společnosti přináší mnoho negativních vlivů na fungování rodin. Nejčastějšími situacemi, které v minulosti nebyly tak rozšířené, a které mají hluboký dopad na psychický vývoj dítěte, jsou vzrůstající počet rozvodů a s tím spojený rozpad rodin, finanční obtíže a zadluženost rodin, narůstající počet týrání a zneužívání dětí a jiných rodinných příslušníků. Tyto situace jsou nejčastějším důvodem, proč matka se svým dítětem (dětmi) hledá pomoc v sociálních zařízeních typu azylových domů pro matku s dětmi v tísní.

Zdravě fungující rodina není rodina dokonalá, je to rodina, ve které zdravě funguje komunikace mezi jednotlivými členy, otevřeně se hovoří o radostech ale i starostech, v případě potíží je daná rodina schopna situaci řešit tak, aby jednotliví členové rodiny nebyli poškozeni a i nadále byly v rámci možností uspokojovány jejich potřeby.

V současné době přibývá případů, kdy rodina částečně nefunguje nebo nefunguje vůbec. Takové rodině, která má „zraněný systém“, říkáme rodina nezdravá. Důvody, ze kterých rodinné problémy vycházejí, můžeme rozdělit na dvě oblasti. V prvním případě mohou problémy vycházet od dítěte. Ne že by bylo dítě viníkem všeho zlého, ale přesto nastanou v životě rodiny situace, kdy jsou to děti, kdo rodičům, prarodičům či jiným dospělým osobám dělají starosti, někdy i velmi zatěžující. Pokud se na dětské problémy a obtíže podíváme z pohledu systemické terapie, dětské problémy jsou spojeny s problémy v rodině. Jedním z důležitých východisek systemické terapie je, že veškeré chování má význam v kontextu aktuálních vztahů, symptom funguje vždy v určitém systému. V rodině je potenciál, aby sama pochopila potíže svých členů v průběhu vývoje. Abychom při intervencích v systemické terapii dosáhli větší účinnosti, věnujeme pozornost obtížím u dítěte v kontextu vztahů s blízkými lidmi (VYMĚTAL, 2007, s.181, 185).

V případě druhém nejsou nositeli rodinných problémů děti, ale lidé kolem nich, zvláště pak rodiče nebo osoby zodpovědné za jejich výchovu. Naneštěstí i v tomto případě mohou být důsledky rodinných problémů pro děti veliké. Ačkoliv dítě za nepříznivou situaci v rodině či problémy svých rodičů nemůže, je jimi velmi ovlivňováno, zatěžováno, někdy až psychicky týráno. V individuálních případech to může vést k psychickým obtížím ve formě úzkostných stavů a strachů.

2.2 Úzkost a strach – emoce, které člověka formují a ovlivňují

Úzkost a strach jsou činitelé podílející se významně na formování, rozvoji osobnosti a na socializaci člověka, můžeme je tedy pojímat jako prostředky ontogeneze. Úzkost a strach patří mezi emoce, jde tedy o psychické stavy, které neustále doprovázejí lidské duševní prožívání (tedy duševní život). Tyto emoce, které neodmyslitelně patří do našeho života, mají pozitivní význam tehdy, jestliže nejsou v nadměrné míře, jsou pro člověka srozumitelné a on je dokáže zvládnout. Pokud svým emocím nasloucháme, mohou nás varovat, že něco není v pořádku,

mobilizují naše síly ke změně. Jestliže úzkost či strach působí dlouhodobě a v nadměrné míře, jejich působení můžeme považovat za patogenní. Jejich pozitivní význam přichází až ve chvíli, kdy člověk podstoupí terapii, která ho vede ke změně. Mezi úzkostí a strachem není jasná hranice.

Strach představuje nepříjemný pocit, který se váže na určitý předmět nebo situaci a v člověku vyvolává obavu a ohrožení. Strach má jak funkci signální, tak i funkci obranou (VYMĚTAL, 2004, s.12).

Velký lékařský slovník (VOKURKA, HUGO aj., 2005) definuje **úzkost** jako „obavu nebo strach bez přesného předmětu. Je dominantním znakem úzkostných poruch a průvodním jevem mnoha dalších poruch zdraví...fyziologicky se objevuje jako reakce na duševní stres (úzkostné reakce), např. tréma. Mezi časté tělesné projevy úzkosti patří bušení srdce, bolestivé pocity na hrudi, pocit polévání horkem nebo chladem, pocit nedostatku vzduchu, obtížné usínání...“.

Dle Slovníku sociální práce je úzkost pocit intenzivní stísněnosti, který nemá jasný zdroj (MATOUŠEK, 2003). Úzkostní lidé mají zvýšený strach z vlastních reakcí a prožitků, protože nedokážou úzkost a strach ani kontrolovat, ani předvídat.

Podle PONĚŠICKÉHO (2004, s.30) „je podstatou úzkosti strach z nebytí, ze ztráty sebe sama, z ohrožení naší tělesné i duševní existence, rovnováhy, sebepojetí. Na rozdíl od ostatních afektů je úzkost i důležitým spouštěčem alarmové reakce organismu, jde o přípravu na boj či útěk. Proto také stoupá člověku krevní tlak, zrychluje se tep i dech, zvyšuje se svalový tonus...“.

VYMĚTAL (2007, s.22) uvádí, že úzkost i strach se u člověka projevují na několika rovinách. Těmito úrovněmi jsou *psychika* (pocit sevřenosti a tísně, ohrožení, závratí, neklidu apod.), *mimika* („vyvalení očí“, hypomimie, otevření úst apod.), *somatická rovina* (tachykardie, svalové napětí, chvění, nauzea, pocit sucha v ústech, zblednutí apod.), *chování* (nejčastěji strnutí, uhýbání, obranné chování či útěk) a *lidský výkon* (nižší hladina úzkosti a strachu výkon zvyšuje, vyšší hladina výkon naopak snižuje apod.).

WEIST, KARDIN (2010) uvádí, že se úzkost projevuje ve třech oblastech osobnosti, těmito oblastmi jsou psychika, kognitivní funkce a chování. Dále uvádí, že z vývojového hlediska je úzkost normální a běžná emocionální odpověď na nepříjemné situace neboť člověku umožňuje adaptovat se na vzniklou situaci a má i ochrannou funkci. V případě, že člověk nepocítuje úzkost, nemusí být varován před nebezpečím. Úzkost v člověku může zvýšit i výkonnost, např. větší nervozita před motivačním testem vede a nutí člověka k důkladnější a tvrdší přípravě, nebo větší nervozita a pocitování úzkosti před zápasem může člověku pomoci k lepšímu sportovnímu výkonu.

2.2.1 Úzkost normální a úzkost patologická

Jestliže je úzkost nadměrná a je prožívána dlouhodobě, mluvíme o **úzkosti patologické**. Dlouhodobé prožívání masivní úzkosti může výrazně znesnadnit psychosociální adaptaci jedince. VYMĚTAL (2007, s.66) uvádí, že patologická úzkost se může projevit buď přímo jako úzkostná porucha nebo nepřímo v neurotických symptomech a syndromech či v osobnostních rysech jako je lidská nejistota, úzkostnost nebo závislost na jiných lidech.

Malé dítě, které je patologicky úzkostné, může být extrémně stydlivé a plaché. Přimkne se k matce a je plné úzkosti, jestliže matka odejde z místnosti. Dítě má potíže se spánkem, mohou ho trápit noční můry, může se bát hlasitých zvuků. Může mít strach ze zvířat a představovat si stvoření, která mu chtějí ublížit. V době dospívání bude často potřebovat potvrdit, že je vše v pořádku, že je stejně dobré jako jeho spolužáci, bude mít větší starost o svůj vzhled (TRAIN, 2001, s. 93). Nadměrná úzkost může být i příčinou přejídání nebo naopak omezení či zastavení příjmu potravy. Dítě vypadá často velmi unaveně, pěstuje si určité strachy (fobie). Pro svou úzkost může odmítat chodit do školy nebo se účastnit společenských událostí. Nadměrně úzkostné a vystrašené dítě je zpravidla nejisté, nevěří si, postrádá ve velké míře oporu a povzbuzení od svého blízkého okolí (rodiče či jiné osoby zodpovědné za výchovu, prarodiče či vrstevníci) a pocit bezpečí. Jak píše

VYMĚTAL (2007, s.38), problémem u úzkostných dětí a dospívajících osob je i ambivalentní postoj k potřebě nezávislosti (autonomie) a potřebě závislosti na druhých.

Častým zdrojem patologické úzkosti jsou případy, kdy dítě vyrůstá v emocionálně přetíženém dětství. Dítě je vystavováno ze strany rodičů, kamarádů nebo učitelů citově náročným zážitkům (např. problémy mezi rodiči, nedostatečné citové pouto k dítěti ze strany rodičů, posměchy a šikana od kamarádů nebo žádní kamarádi, problémy ve škole a se školou), které nedokáže vnitřně zpracovat, tyto psychicky zatěžující nezpracované zážitky na dítě následně působí zátěžově a rušivě.

Na rozdíl od patologické úzkosti je **normální úzkost** stav, který dává člověku, tedy i dítěti, možnost adaptovat se na ohrožení (člověk je ohrožen z vnějšku či ho ohrožuje vnitřní prožívání). Jedinec je schopen reagovat na situaci, ku pomoci mu mohou být tzv. „obranné mechanismy“. Výsledkem tohoto procesu, který není pro člověka do budoucnosti ohrožující, je znovuvytvoření psychické rovnováhy.

V článku *Children`s fears and anxieties*, otištěném v časopise HARVARD MEDICAL SCHOOL (2004), se uvádí, že dětské myšlenky a emoce se neustále mění a vyvíjejí, každá situace, pozitivní i negativní, má na vývoji osobnosti svůj podíl. Je těžké rozlišit normální strach od těch strachů, které vyžadují zvláštní pozornost. Pro novorozence je typické bát se hlasitých zvuků. Obavy a strach z cizích lidí začíná někdy kolem 6-ti měsíců věku dítěte a přetrvává do věku dvou až tří let. Předškolní děti se obvykle obávají separace, neboli odluky od svých rodičů, často se také obávají velkých zvířat, tmavých prostor nebo nadpřirozených postav. Starší děti mohou mít už strach ze smrti, z neúspěchů ve škole, z událostí jako jsou války, teroristické útoky. Sociální a sexuální úzkost nebo úzkost z nevědomí, z toho, co bude v budoucnosti, je typické pro adolescenty. Výše uvedené úzkosti se stávají problémem však pouze tehdy, jestliže potíže trvají delší dobu a způsobují dítěti vážnější tíseň a problémy, mají negativní vliv na rodinnou harmonii, výsledky ve škole, nebo zasahují do jejich zdravého osobnostního vývoje.

2.3 Úzkost a strach u dětí

2.3.1 Vznik úzkosti

Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte, který souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly daného období (KREJČÍŘOVÁ In ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2006, s. 167).

O strachu a úzkosti v pravém slova smyslu lze hovořit až zhruba od poloviny prvního roku života dítěte. Jak uvádí VYMĚTAL (2004, s.21), do této doby dítě reaguje na nepříjemné podněty a situace pouze odtážením, vyhýbáním se a křikem. V prvních dvou letech má dítě strach z reálných objektů a situací, později se přidávají strachy fantazijní (např. nadpřirozené a pohádkové bytosti).

Na vzniku úzkosti a strachu se podílí jak vrozenost (včetně dědičnosti), tak i prostředí. Není však jasné, jaký podíl zaujímá prostředí a jaký vrozené aspekty. Lidé, respektive děti, se vyznačují různou mírou úzkostnosti. Dle VYMĚTALA (2004, s.14) je oprávněný předpoklad, že u mimořádně, extrémně úzkostných lidí je zvýšený podíl vrozenosti; tito lidé mají větší vrozenou dispozici či konstituční vložku k úzkostnému prožívání a jednání. Vrozené dispozice jsou pak během života překrývány výchovou a individuální zkušeností každého jedince, strach tím dostává svůj obsah i formu. Vliv prostředí je rozhodující u neextrémních případů úzkostnosti.

Děti jsou už od narození zvědavé, mají touhu poznávat dosud nepoznané. Na své cestě za poznáním důvěřují svým blízkým i širšímu okolí, jsou neustále vystavovány strachům, úzkostem. Na základě vlastních ale i přejatých zkušeností se dítě učí, na co si dát pozor a čemu se vyhnout, co ho může ohrožovat, co je pro něj nebezpečné.

Genezí úzkostí se zabývali jednotlivé psychologické směry a školy. Například Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, považoval úzkost za jeden z hlavních faktorů utvářejících osobnost. Úzkost je podle jeho teorie odpovědí na

nebezpečí a vzniká jako následek separace dítěte od těla matky při porodu. V pozdějším věku se v člověku úzkost kumuluje díky vytěšňování vnitřních pudových impulzů člověka (zvláště agresivity a sexuality). Vytěšňování je obranný mechanismus, díky kterému člověk „aktivně zapomene“ a do nevědomí vytěšní negativní impulzy. V nevědomí vznikají vnitřní konflikty, v člověku se zvyšuje napětí, roste míra úzkosti.

Kognitivně-behaviorální terapie, která využívá poznatky kognitivní psychologie a teorie učení, pracuje s tím, že úzkost a strach vznikají na základě lidské individuální zkušenosti se světem. Proč jsme se dříve objektů a situací nebáli a najednou se jich bojíme, vysvětluje KBT pomocí klasického podmiňování. Základní vzorce reakcí strachu a úzkostí jsou přítomny už při narození, ale zráním a učením se mohou měnit. DURECOVÁ (In VYMĚTAL aj., 2007, 86) rozlišuje strachy vrozené, připravené a naučené. *Vrozený strach* se objeví u většiny lidí v určitém období vývoje bez předchozích negativní zkušeností s obávanou situací. Strach je vyvolán hned při prvním setkání (např. strach z neznámých lidí u dětí). *Připravený strach* není vrozený, snadno se mu ale učíme. Jednorázová i mírně nepříjemná zkušenost s podnětem (např. hadi, tma) může stačit, abychom se začali bát. *Naučený strach* vzniká prostřednictvím klasického podmiňování, učením anebo předáním verbální informace či instrukce.

Martin Heidegger, německý filosof, který položil základní myšlenku *daseinsanalýzy*, vysvětluje vznik úzkosti tak, že jde o základní pocit člověka, tedy bytosti, která si je vědoma své existence (pobytu-dasein) ve světě. Podle Heideggera má úzkost blízký vztah k lidské konečnosti (ke smrti). Člověk, který si je vědom konečnosti svého života, žije v pravdě a může být sám sebou (VYMĚTAL, 2004, s.20). Úzkost otevírá cestu k „autentické existenci“, ke které se člověk propracovává pomocí tázání, pomocí bytostných otázek.

2.3.2 Příčiny vzniku úzkosti

Vyjmenovat a popsat jednotlivé příčiny geneze úzkosti a úzkostných poruch je velmi složité neboť příčin a okolností, které mohou působit na člověka je mnoho. Všechny příčiny vzniku úzkosti postihnout nemohu, v následujícím textu se tedy budu opírat o přehled nejčastějších příčin vzniku úzkosti a úzkostných poruch, který ve své knize uvádí BAKER (2007, s.68-71). Těmito příčinami, které autor seřadil vzestupně podle závažnosti, jsou vliv vrstevníků, podmiňovací procesy, traumatické události, rodinné a genetické vlivy a vztah rodiče a dítěte.

Vztahy s vrstevníky hrají v emocionálním vývoji jedince důležitou roli. Pozitivní vztahy dodávají dítěti podporu. Pokud je však dítě v kolektivu vrstevníku středem posměchu, je neoblíbené, kritizované i za maličkosti, šikanované, může mít sklon uzavírat se do sebe, prožívat úzkosti či deprese.

Tzv. „*podmiňovací procesy*“ hrají dle autora při vzniku fobií a strachů v dětském věku velikou roli. Během komplexního procesu podmiňování dochází k zafixování úzkostné či úlekové reakce na podnět, který byl v minulosti zdrojem strachu, úzkosti či bolesti (souhrnně: negativní zkušenosti). Součástí podmiňovacích procesů bývá zpravidla i anticipace úzkosti (či tzv. „strach ze strachu“). Všechny fobie však nemusejí vznikat tímto způsobem. U dítěte se může objevit strach (např. z vody, výšky), aniž by zažilo dříve nějaký traumatický zážitek, mělo traumatickou vzpomínku (podle KBT jde o připravený strach).

Traumatické události (zážitky) v podobě děsivých a života ohrožujících událostí působí na dítě velmi silně. Dítě může být rozrušené, třese se strachy, snaží se držet rodičů nebo uchýlit se do bezpečí k blízké osobě. Některé děti se z traumatického zážitku za čas dostanou, zpracují ho, některé děti však nikoli. Symptomy doprovázející prožívání traumatické události mohou přetrvávat a postupem doby vyústit až v tzv. posttraumatickou stresovou poruchu.

Genetické a rodinné faktory tvoří kombinaci genetických vlivů a vlivu rodinného prostředí a jsou další příčinou při utváření úzkostí a úzkostných poruch.

Chování rodičů a vztahy mezi rodiči a jejich dětmi jsou při emocionálním vývoji dítěte jedním z nejdůležitějších faktorů. Rodinné poměry, atmosféra a vztahy mají tudíž vliv i na vývin úzkostných poruch. Je však velká diference mezi tím, jak působí rodinné prostředí na jedno dítě a jak by působilo na dítě druhé, jiné. Příčinou mohou být genetické odlišnosti dětí či způsoby výchovy rodičů.

2.3.3 Jak u dítěte rozpoznat příznaky úzkosti a strachu

Existují situace, které lze označit za stresující v důsledku vyvolaného extrémního strachu. I přes tento extrémní strach, úzkostné reakce mohou odeznít během krátkého časového období, např. děti, které se přestěhují, mohou být vystrašeny z nové školy a zpočátku do ní odmítají chodit, nebo: dítě, které sledovalo v televizi horor, může být po několik dalších nocí vystrašeno z příšer, monster. Avšak je třeba poznamenat, že jsou nadměrné strachy a úzkosti, pramenící z některých sociálních situací, které se nerozptýlí bez odborné intervence. Některé strachy mohou dokonce zasahovat (obtěžovat) do fungování dítěte nebo celé rodiny tak vážně, že čekání na to, že strach se sám od sebe rozptýlí, není dobré řešení. Proto je důležité, aby rodiče, vychovatelé nebo pracovníci v pomáhajících profesích rozhodli, kdy už jsou tento strach a úzkost nadměrné (BEIDEL, ALFRANO, 2011)

Rozpoznat příznaky stresu či úzkosti u dítěte není vždy jednoduché, proto nepříznivý stav mnohdy pokračuje bez povšimnutí okolí, stupňuje se. Dospělý si obvykle postěžuje, když trpí nějakými obtížemi, způsobenými stresem. Dítě však často nepozná a ještě častěji nikomu nepoví, že něco neklape, že s ním není vše v pořádku. Je tedy na rodičích nebo jiných dospělých, kteří o dítě pečují a jsou zodpovědní za jeho výchovu, aby na příznaky, které poukazují na prožívání stresu či úzkosti, poukázali a neprodleně začali již vzniklou situaci řešit.

MARTHAMOVÁ (1996) ve své knize popisuje jednotlivé situace, které mohou být signálem pro rodiče, že s jejich dítětem se děje něco vážného. Píše, že za

příznaky stresu bychom měli považovat opakované projevy chování, jednání a ne ojedinělý případ v chování či prožívání, který nemusí mít žádný opravdový význam.

Za známky stresu či úzkosti u dítěte jsou pokládány změny v chování, zvláště pak ty závažné a trvalejší, které se mohou objevovat postupně a rodiče si jich dlouhou dobu nemusí vůbec všimnout.

U dítěte se může též pod vlivem prožívaného stresu či úzkosti vystupňovat agresivita, může například poškozovat a ničit věci – ať už své nebo cizí. Agresivní chování může mít i formu šikany směrem k okolí či formu tzv. autoagrese (sebepoškozování), která je znamením hlubšího problému a vždy by měla být signálem potřeby vyhledat pro dítě odbornou pomoc.

Pokud dítě začíná často a bez jakékoliv zřejmé příčiny plakat, může se také jednat o projevy úzkosti. Dítě pravděpodobně dokonce ani neví, proč pláče – prostě se mu chce.

Za velmi častý projev, který u dítěte signalizuje vnitřní psychickou tenzi, je problém se spánkem. Děti mohou například vyjadřovat nevoli či strach z toho, jít spát, mohou se bát tmy či samoty. Mohou je trápit zlé sny (například s úzkostným obsahem) či dokonce tzv. „pavor nocturnus“, noční děs. Dítě se může též obávat, že ho během spánku (tedy v době, kdy jakoby ztrácí kontrolu nad situací) rodiče opustí. Stejně jako u dospělých, mohou být i u dětí nápadné změny ve stravovacích návycích často jasnými známkami prožívané úzkosti. Nejde o změny v osobních chutích, ale v množství snědeného jídla. Výrazné přejídání nebo nechutenství mohou mít jak fyzickou, tak emoční příčinu. Je tedy dobré nechat dítě vyšetřit lékařem, který zjistí, zda nedošlo ke změně apetitu následkem nějakých zdravotních potíží.

Mezi nejběžnější dětské obavy, které jsou známkami nahromaděného stresu, bývá řazen například strach z opuštění, strach jít spát, strach ze školy nebo strach z lékaře, zubaře a nemocnice. Zdánlivě nelogickým strachem je fobie, u dětí často vznikající jako důsledek fobií dospělých. Pokud rodič ukáže, třeba i nevědomky, že se něčeho bojí, tentýž strach se často objeví i u dítěte, a to v mnohem větší míře. Jediným způsobem, jak pomoci dítěti překonat fobii, je vlídně si s ním o ní

promluvit a vysvětlit mu situaci logicky, případně pak přistoupit k tzv. systemické desenbilizaci.

Dalším varovným signálem stresu je lhaní. Vyprávěním smyšlených příběhů u dětí předškolního věku není třeba věnovat zvláštní pozornost. Mluví-li však nepravdu dítě starší šesti či sedmi let, jedná se již zpravidla o tzv. „úmyslné lhaní“. Je však třeba odlišovat lhaní typu „to jsem já neudělal“, kde účelem je dostat se z potíží a lhaní, ke kterému nemá dítě jakýkoli zřejmý důvod. V neposlední řadě můžeme do výčtu příznaků stresu a úzkosti u dětí zařadit i krádeže, kdy si dítě bere, co mu neopatří, kradené věci většinou ani nepotřebuje.

Je nespočet situací, které mohou ovlivnit dětskou psychiku a mohou vést až ke genezi úzkostné poruchy. Mezi ty velmi časté a pro dítě bohužel velmi bolestné bych zařadila především rozvod manželství a rozpad rodiny. Mezi další potenciaálně ohrožující situace může patřit šikana, potíže ve škole, vyrovnání se s novým partnerem jednoho z rodičů, stěhování, nemoc v rodině nebo dítěte samotného, sžívání se s nevlastními sourozenci, týrání a zneužívání dítěte (psychické, fyzické), úmrtí rodičů či domácí násilí.

2.4 Úzkostné poruchy

Podstatou všech úzkostných poruch je úzkost a strach člověka. Jelikož však nejsou úzkostné poruchy, kterými se zabývá obor psychiatrie, stěžejním tématem mé diplomové práce, podám o problematice jen stručnou charakteristiku a uvedu přehled nejčastějších úzkostných poruch u dětí.

2.4.1 Třídění úzkostných poruch

Úzkostné poruchy představují vedle deprese či závislostí nejčastější psychické poruchy, které postihují jak dospělé osoby, tak i děti. Častý výskyt ovšem

neznamená, že nemoc můžeme podceňovat. Pokud není příznakům úzkosti věnována patřičná pozornost, postupem doby může dojít až k jejich chronifikaci a vzniku poruchy, jejíž terapie bývá zpravidla zdlouhavá a náročná.

Úzkostné poruchy jsou řazeny Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod kategorií „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“ (F40-F49). Typické neurotické symptomy zahrnují úzkost (jeden z hlavních mechanismů), strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, amnézie a somatoformní potíže. (VYMĚTAL, 2007, s.68).

Podle MKN-10 úzkostné poruchy zahrnují:

1) *Fobické úzkostné poruchy* – řadíme sem agorafobii, sociální fobii a specifické fobie

2) *Jiné úzkostné poruchy* – sem řadíme panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu a smíšenou úzkostně-depresivní poruchu.

Je třeba poznamenat, že úzkostné poruchy se v praxi nezdávkou vyskytují současně s dalšími psychickými poruchami či poruchami chování. Nejčastěji jde o deprese, poruchy osobnosti, závislosti na alkoholových i nealkoholových drogách, suicida apod. Je též důležité poznamenat, že dle nejrůznějších statistik trpí úzkostnými poruchami zpravidla častěji ženy než muži. Typickým příkladem nerovnoměrného generového zastoupení je agorafobie (statistiky uvádějí, že zhruba dvě třetiny pacientů trpících agorafobií představují právě ženy).

2.4.2 Úzkostné poruchy u dětí

Dle odborné literatury se úzkostné poruchy zpravidla nediodagnostikují u dítěte v raném dětství. U nejmenších dětí však můžeme vysledovat příznaky, které mohou poukazovat na prožívání strachu či úzkosti (například křik, nespavost či nadměrná „dráždivost“).

Nadměrná úzkost v batolecím a předškolním věku se projevuje buď stažením a pasivitou dítěte nebo naopak jeho nadměrným neklidem. Pro nadměrnou patologickou úzkost v předškolním věku dítěte bývají typické i poruchy „jídelního chování“, spánku (noční můry, pavor nocturnus, poruchy usínání) a tzv. „neurotické návyky“, jakými jsou cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů nebo nadměrná masturbace. Tyto projevy dítěti pomáhají uvolňovat napětí, okolí však tyto projevy sankciuje a tím u dítěte tenzi ještě více posiluje (KREJČÍŘOVÁ In ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 1997, s.168).

Dětské úzkostné poruchy, které spadají pod diagnostickou kategorii neurotických poruch ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj. (1997, s.168-169) rozdělují na několik samostatných poruch. Mezi ně patří generalizovaná úzkostná porucha, vyhybavá porucha, školní fobie a separační úzkost.

Výčet úzkostných poruch, které se v dětství často vyskytují, bych ještě doplnila o fobickou úzkostnou poruchu v dětství a poruchu sourozenecké rivality.

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Děti s touto poruchou žijí trvale v napětí, ve školním věku bývají častěji silně inhibované, ale někdy mohou být i pohybově neklidné. Často mívají přechodné somatické problémy (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže).

Většina těchto dětí je velmi nejistá, mají oslabené sebehodnocení, bojí se o svou budoucnost, mají strach, že selžou. Při vykonávání činností jsou až perfekcionistické, ovšem bez větší míry kreativity. S plněním povinností často dlouho otálejí právě ze strachu před selháním, činnosti dlouho odkládají, pak ovšem propadají panice.

Vyhýbavá porucha (sociálně úzkostná porucha, F93.2)

Hlavním projevem této poruchy je silný strach z cizích lidí, který by měl za normálních okolností nejpozději do 3 let ustoupit. U některých dětí však tento strach v neúměrné míře přetrvává. Dítě se následně vyhýbá nebo až dokonce brání kontaktu s neznámými lidmi (dětmi i dospělými). Tato úzkost brání v normálním vývoji vztahů dítěte s vrstevníky a v osvojování potřebných sociálních dovedností. V rodině a mezi blízkým okolím nemívají tyto děti žádné zpravidla žádné vážnější problémy.

U většiny dětí se tato porucha v průběhu vývoje (zejména během adolescence) pozvolna upravuje, pokud tomu tak není, může vyústit až do podoby sociální fobie. Jindy výrazná sociální úzkost v dospělosti přetrvává ve formě sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

Školní fobie a separační úzkost (F93.0)

Separací úzkost se u dětí obvykle začíná projevovat kolem 6.- 8. měsíce věku, s dalším vývojem pak její intenzita klesá a kolem 3. roku je většina dětí schopna dobře snést krátkodobé odloučení od matky, např. docházení do mateřské školky. U řady dětí je však separační proces zpomalen a ještě na počátku školní docházky nebo i později separační úzkost přetrvává.

Děti trpící strachem ze školy podmíněným separační úzkostí jsou obvykle tiché, ve škole podávají dobré výkony, ale přesto mají strach ze selhání, bývají perfekcionista. Typické jsou různé somatické příznaky, které se nejčastěji projevují ráno před odchodem do školy, a poruchy spánku. Rodiče těchto dětí bývají mnohdy hyperprotektivní. Pokud se totiž u dítěte příliš zaměří na somatické problémy, umožní mu zůstat často doma namísto docházky do školy, jeho úzkost sílí a somatizace má také vzrůstající tendenci. Důležitá je proto včasná terapie této poruchy.

Strach ze školy je ale třeba odlišit od „pravé školní fobie“, kdy se dítě skutečně bojí některých situací či konfliktů ve škole, například učitelů, kontaktu se spolužáky, svého vlastního selhání. V těchto případech je nutné zjistit, jestli dětský strach není oprávněný.

Běžnou separační úzkost je nutné odlišovat od separační úzkostné poruchy. I zde jde o nadměrnou úzkost z odloučení či hrozícího odloučení od emočně blízkých osob (nejčastěji matky). Jak píše BAKER (2007, s.70) rozdíl mezi těmito fenomény tkví v závažnosti, době trvání příznaků a v míře, do jaké porucha omezuje dítě v každodenním životě.

Fobická úzkostná porucha v dětství

V raném věku (zvláště pak v předškolním věku) se u většiny dětí objevují strachy z různých objektů a situací. Výčet možných strachů je takřka nekonečný – strach z hlasitých zvuků, psů, tmy, lékaře, hmyzu atd. Tyto dětské strachy jsou však ve většině případů dočasné, dítě se jich zbaví, jakmile s podporou rodičů a okolí pozná, že objekty pro něj nepředstavují opravdovou hrozbu. Podmínkou pro označení strachu za fobii je abnormální míra úzkosti. Pro fobie je typické, že postižený si je vědom toho, že jeho strach je přehnaný a iracionální a to ho zatěžuje.

Do kategorie fobických úzkostných poruch se řadí i výše popsaná školní fobie (dítě odmítá opustit domov a jít do školy). BAKER (2007, s.71) považuje za vhodnější označovat školní fobii jako odmítání školní docházky.

Porucha sourozenecké rivality

Jak napovídá již název poruchy, pro diagnostikování je nezbytná přítomnost zřejmé či nadměrné sourozenecké rivality a žárlivosti na sourozence. Porucha často vzniká v reakci na narození mladšího sourozence, který je starším dítětem pojímán

jako konkurent, jenž si nárokuje pozornost rodičů. Porucha se může projevovat soutěživostí o pozornost rodičů, nepřátelstvím mezi sourozenci, dále může jít o výbuchy vzteku či úzkostlivost. U starších sourozenců můžeme často pozorovat též jakousi dočasnou regresi na nižší vývojový stupeň.

Porucha se může projevovat soutěživostí o pozornost, nepřátelstvím mezi sourozenci, dále může jít o výbuchy vzteku či úzkostlivost.

Dalšími psychickými poruchami u dětí, v jejichž dynamice hraje nejvýraznější úlohu úzkost, jsou obsedantně-kompulzivní porucha, somatizační porucha, disociativní a konverzivní porucha nebo deprese.

3 AZYLOVÝ DŮM PRO MATKY S DĚTMI V TÍSNI

3.1 Azylový dům pro matky s dětmi v tísní jako sociální zařízení.

Poslání azylového domu

Azylový dům je v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, definován jako služba sociální prevence. Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Dle zákona azylové domy obsahují tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Každý azylový dům se zaměřuje na určitou sociální problematiku a dle toho poskytuje zázemí určitému typu klientů, od zaměření a poslání AD se odvíjí provozní řád domu, cíle a rozsah a typ nabízených sociálních služeb. Nejčastěji se azylové domy zaměřují na klienty bez přístřeší, tedy bezdomovce a matky (otce) s dětmi v tísní. I když předpokládám, že azylové domy pro otce s dětmi v tísní jsou založeny na stejných principech a snaží se naplňovat stejné cíle jako azylové domy pro matky s dětmi v tísní, ve své diplomové práci se budu zabývat pouze azylovými domy pro matky s dětmi v tísní, neboť v rámci školních stáží jsem poznala pouze právě tyto azylové domy.

Azylové domy pro matky s dětmi jsou zřizovány za účelem umožnit matkám s dětmi v nepříznivé sociální situaci, většinou spojené se ztrátou bydlení, zůstat součástí přirozeného společenství a podporovat je v návratu k běžnému způsobu života, a to formou dočasného ubytování a poradenství pro klientky zaměřeného na zvýšení soběstačnosti a schopnosti řešit své životní problémy. Azylový dům nepředstavuje pouze ubytovací zařízení, je to zařízení sociálních služeb, z čehož plynou určitá pravidla, která musí všechny klientky respektovat. Azylový dům pro matky s dětmi poskytuje kromě ubytování i sociální, psychologickou a pedagogickou pomoc a to tím, že vytváří materiální a výchovné podmínky pro včasnou pomoc matkám s dětmi, které se ocitly v nouzi a nebyly schopny tuto situaci samy řešit.

Pracovníci azylového domu jsou ve většině případů sociální pracovníci a pedagogičtí pracovníci, kteří pomáhají matkám v krizi odstartovat řešení jejich nepříznivé situace. Ke každé klientce je přístupováno individuálně, společně s kompetentní pracovníci azylového domu jsou plánovány konkrétní, dosažitelné cíle, které by měly vést k samostatnosti v budoucím životě klientek a k nezávislosti na sociálních službách.

Ve většině azylových domů je kladen důraz na další vzdělávání matek v oblasti péče o dítě, péči o domácnost (vaření, praní, hospodaření s finančními prostředky), výchovu a vzdělávání dětí předškolního a školního věku, matky jsou podporovány v rozvoji jejich schopností a dovedností, samostudiu, tak, aby byly schopny žít plnohodnotný život.

3.2 Cíle azylového domu pro matky s dětmi a cílová skupina zařízení

Hlavním cílem všech azylových domů pro matky s dětmi v tísní je poskytnout matkám a jejich dětem bezpečí a zázemí, neboť pomoc v azylových domech hledají hlavně ženy, které se dostaly do tíživé životní situace poté, co ztratily domov, zaměstnání, odešly z nevyhovujícího rodinného prostředí, rozpadl se

jim partnerský vztah v souvislosti s domácím násilím, závislostí partnera na alkoholu, drogách či hracích automatech, a podporu a pochopení nenašly ani u příbuzných, ani u přátel. V azylových domech jsou často mladé maminky, které nemají žádné zázemí, žily v dětských domovech, nemají vlastní rodinu a samy se velmi brzy staly svobodnými matkami, nebo je rodina odmítla s dítětem přijmout. Matky často nezvládají svou mateřskou roli, neumí vychovávat své děti, neovládají domácí práce, neumí jednat s úřady, řeší předrozvodovou či porozvodovou situaci. Azylový dům pro matky dětmi je tedy účelové zařízení sociálních služeb, které poskytuje sociální služby matkám s nezletilými dětmi, těhotným ženám starším 18-ti let a ženám, které se ocitly v mimořádně obtížné sociální situaci. Přednost při ubytování a poskytování služeb mají ve všech azylových domech matky s dětmi, které se ocitly v kritické sociální situaci ohrožující zdravý fyzický a psychický vývoj dítěte a těhotné ženy starší 18-ti let, neboť životní podmínky nezaručují dobrý průběh těhotenství a nelze ho zajistit jinak. Na nezbytně nutnou dobu, dovolí-li to kapacita zařízení, lze poskytnout i ubytování ženě bez dítěte, která se ocitla v mimořádně obtížné sociální situaci.

V okamžiku, kdy se žena nacházející se v krizové situaci dostane do azylového domu, pro sebe a pro své děti získává v první řadě střechu nad hlavou, a tím pocit úlevy, že nemusí žít 24 hodin ve strachu. Díky tomuto zázemí a pocitu uvolnění může postupně matka začít rozplétat a řešit svou nelehkou životní situaci. Azylový dům si tedy klade za cíl i sociálně právní ochranu dětí. Jakmile se matka se svými dětmi stanou klienty azylového domu, je třeba začít naplňovat další cíle azylového domu, kterým je podpora klientčinych vlastních schopností a možností při využívání služeb v místě pobytu a zapojení se do dění v místní společnosti, s klientkami se pracuje systematicky individuálně. Další cíl, který využívá odborných znalostí a zkušeností pracovníků, je podpora a motivace klientky k tomu, aby se snažila zajistit samostatné bydlení mimo azylový dům, neboť pobyt v azylovém domě je časově omezený. Jelikož mnoho matek pobývajících v azylových domech má problém s organizací vlastní domácnosti, neumí vycházet s penězi či zanedbává výchovu vlastního dítěte, pracovníce azylových domů učí klientky praktickým dovednostem a návykům, které jsou do samostatného života

potřebné. V neposlední řadě je cílem pracovníků azylových domů podporovat u klientek upevňování, případně opětovné navazování kontaků a vztahů s rodinou, přáteli a ostatními osobami, neboť ve chvíli, kdy matka s dítětem opustí azylový dům, je sociální síť pomoci a zázemí velmi důležitá.

3.3 Uplatnění žádosti o poskytování služeb v azylovém domě pro matky s dětmi a její zamítnutí nebo přijetí. Provozní a ubytovací řád zařízení.

Sociální služby jsou v azylových domech poskytovány na základě žádosti, kterou klientka vyplní, v žádosti klienta uvede své osobní údaje, trvalé a případně skutečné bydliště, zaměstnání, výše všech měsíčních příjmů a dávek státní sociální podpory. Dále klientka vyplňuje údaje o dětech, stručně popíše svou současnou nepříznivou sociální situaci a problémy. Při sepisování žádosti jsou klientce předány základní informace o azylovém domě a tiskopis posudek o zdravotním stavu, který klientka nechá vyplnit u svého praktického lékaře.

Žádost o poskytnutí služby v azylovém domě může být zájemkyní zamítnuta, a to nejčastěji z těchto důvodů:

- 1) v azylovém domě pro matky s dětmi není volné místo,
- 2) azylový dům, resp. poskytovatel sociální služby není schopen naplnit cíle zájemkyně, neboť zájemkyní je požadován jiný druh služby, než AD poskytuje,
- 3) zájemkyně nespadá do okruhu osob, kterým je služba určena,
- 4) zájemkyně, která již v minulosti v zařízení čerpala službu, má u zařízení neuhrazený dluh za poskytované služby,
- 5) zdravotní stav uchazečky neumožňuje společné soužití v azylovém domě

Jestliže je zájemkyni o službu žádost zamítnuta, je vždy zájemkyně poučena o možnostech, jak svoji nepříznivou situaci řešit, pracovnice azylového domu ji poskytne základního sociálního poradenství, příp. je jí doporučeno kontaktovat jiné vhodné zařízení.

V případě, že je klientka se svými dětmi do zařízení přijata, je s ní neprodleně po příchodu do zařízení sepsána smlouva o poskytování sociálních služeb a stanoveny osobní cíle, které se klienta v průběhu pobytu bude snažit naplňovat. Cíle se v průběhu pobytu mohou dle vývoje klientčiny situace obměňovat, doplňovat. Smlouva o poskytování služeb se uzavírá na dobu určitou, ve většině azylových domů na dobu nejdéle 3 měsíců. V odůvodněných případech je smlouva prodloužena na dobu nezbytně nutnou. Každá smlouva o poskytování služeb by měla obsahovat body jako, kdo je poskytovatel služeb a kdo uživatel, co je předmětem smlouvy, tzn. podmínky, za kterých bude uživateli služeb poskytován rozsah služeb, výše úhrady za službu. Úhrada za služby je placena za každý uplynulý měsíc a odvíjí se od počtu dětí, které klientka má. Smlouva o poskytování služeb musí dále definovat povinnosti poskytovatele a také práva a povinnosti uživatele, je popsán postup pro případ nedodržování dohodnutých podmínek, způsob ukončení sociální služby a výpovědní dobu a způsoby změny a zrušení smlouvy.

Podpisem smlouvy o poskytování sociálních služeb v azylovém domě se klientka zavazuje dodržovat domovní řád azylového domu. Klientce a jejím dětem jsou na základě uzavřené smlouvy o sociálních službách přiděleny k užívání společné prostory azylového domu včetně vybavení, těmito prostory se nejčastěji rozumí kuchyně, prádelna, herna pro děti nebo místnost, ve kterém je umístěn televizor a počítač.

3.3.1 Provozní a ubytovací řád azylového domu pro matky s dětmi

Je velmi důležité, aby klientka a její děti při pobytu dodržovali pravidla azylového domu. Důvodem je jednak v případě porušování pravidel možnost

výpovědi z azylového domu a jednak, dle mého názoru velmi důležitý důvod pro resocializaci klientky, osvojování si dodržování pravidel, učení se ohleduplnosti a toleranci k druhým lidem, učení se pořádku v domácnosti nebo péče o dítě. Ve všech azylových domech pro matky s dětmi v České republice jsou pro klientky tyto pravidla dána ubytovacím řádem. Pro nastínění povinností ubytovaných uvedu v následujícím textu ubytovací řád Azylového domu pro ženy a matky s dětmi v Olomouci.

1) Ubytovaná je povinna při užívání všech prostor a zařízení azylového domu dodržovat čistotu a základní hygienické předpisy, předpisy o ochraně zdraví a majetku a protipožární předpisy. Přitom dbát nařízení a pokynů pracovníků azylového domu. Rovněž odpovídá za dodržování těchto předpisů svými dětmi.

2) Ubytovaná je povinna chránit vybavení a zařízení azylového domu a zacházet s nimi šetrně. Odpovídá za zapůjčené předměty a předměty svěřené jí do užívání. Jejich ztrátu či poškození je povinna neprodleně hlásit sociálnímu pracovníkovi.

3) Ubytovaná je povinna provádět úklid prostor přidělených jí k bydlení a podílet se na úklidu společných prostor azylového zařízení dle pokynů pracovníků.

4) Ubytovaná je povinna dodržovat zákaz kouření, donášení nebezpečných předmětů (např. pistole) a požívání alkoholických nápojů a omamných látek ve všech prostorách azylového domu.

5) Ubytovaná je povinna dodržovat zákaz používání vlastních elektrických spotřebičů.

6) Ubytovaná je povinna dodržovat v prostorách azylového domu noční klid v době od 20.00 do 06.00 hodin. Ubytovaná odpovídá za dodržování doby nočního klidu svými dětmi.

7) Ubytovaná je povinna oznámit opuštění prostor azylového domu sociálnímu pracovníkovi a při odchodu odevzdat klíče od pokoje. Tyto prostory je před odchodem povinna zkontrolovat a řádně uzamknout.

8) Ubytovaným je zakázáno umožnit vstup cizích osob do azylového domu. Návštěvy je možné přijímat pouze po předchozím souhlasu sociálního pracovníka,

ve vyhrazených prostorách zařízení a ve stanovenou návštěvní dobu. Sociální pracovník zapíše jméno a příjmení návštěvníka, jeho příchod a odchod do knihy návštěv.

9) Ubytovaná je povinna po celou dobu pobytu v zařízení zajistit řádnou péči o své nezletilé dítě (děti) a nesmí je nechávat bez dozoru.

10) Ubytovaná je povinna spolupracovat s pracovníky azylového domu pro ženy a matky s dětmi, případně s dalšími institucemi při řešení své sociální situace.

11) Při ukončení pobytu je ubytovaná povinna osobně předat pracovníkům azylového domu prostory přidělené k bydlení včetně zařízení v čistotě a nepoškozené, odevzdat klíče a všechny zapůjčené předměty a odnést si své osobní věci. Pokud zde nějaké osobní věci zanechá, postupuje se dle smlouvy o poskytování sociálních služeb.

S dodržováním pravidel domovního řádu úzce souvisí práva pracovníků zařízení, která jsou také stanovena v domovním řádu. Pracovníci mají oprávnění kontrolovat hygienický stav všech prostor, které má klientka přiděleny k bydlení. V případě, že zjistí nějaké nedostatky, mají právo vyžadovat jejich odstranění. Do přidělených prostor k bydlení klientky mají pracovníci právo vstupovat pouze v krizových a nouzových situacích, kdy je ohrožen život nebo zdraví ubytovaných nebo v případě hrozícího poškození zařízení (havárie). O takovém vstupu je nutné provést zápis a klientka je o něm informována. Pracovníci mohou odmítnout vstup do zařízení osobám, které jeví známky požití alkoholu nebo jiných omamných látek, také osobám agresivním, ať jde o osoby ubytované nebo návštěvníky v době povolených návštěv.

3.4 Důvody ukončení pobytu klientky a jejich dětí v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni

Ukončení pobytu klientky a jejich dětí v azylovém domě můžeme rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny řadíme jednak ukončení pobytu z důvodu uplynutí doby ubytování sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem služeb a uživatelkou,

jednak dobrovolné předčasné opuštění azylového domu klientkou na základě písemného prohlášení.

Pobyt v azylovém domě může být klientce ukončen také ze strany poskytovatele služeb, v takových případech hovoříme o výpovědi z azylového domu a dochází k němu před uplynutím doby sjednané ve smlouvě. Poskytovatel služeb ukončí klientce pobyt nejčastěji za následující porušení pravidel: klientka i přes upozornění hrubě porušila dobré mravy nebo jinak porušila pravidla vycházející ze smlouvy či domovního a ubytovacího řádu. Dalším důvodem může být neuhrazení stanovené výše úhrady za poskytnuté služby v dohodnutém termínu nebo opuštění azylového domu bez předešlého ohlášení na dobu delší než je dovoleno. Každý případ eventuální výpovědi je posuzován individuálně a je velmi pečlivě zvažován, neboť v mnoha případech se klientka se svými dětmi nemá kam odstěhovat. Klientka je nejdříve za případné přestupky napomínána. Až na základě opakovaných porušování a nelepšení se situace je ze strany azylového domu přistoupeno k výpovědi z azylového domu pro matku a její děti. O ukončení poskytování služeb azylového domu je klientka vyrozuměna písemně. V případě zájmu je klientce poskytnuta podpora k řešení její situace, doporučeny organizace a jiní poskytovatelé služeb, kteří by mohli být klientce nápomocni, její poskytnuto sociální poradenství.

3.5 Dítě trpící úzkostmi a nadměrným strachem, které se svou matkou přichází do azylového domu

Příchod dítěte s jeho matkou do azylového domu je pro matku i její dítě velmi výraznou změnou v jejich životech. Přicházejí do místa, které je pro ně nové, neznámé, i samotné ubytování v azylovém domě obestřeno předsudky, že v azylovém domě přebývají lidé na okraji společnosti.

Nejlepší pro předcházení strachu a úzkostných stavů, tedy prevencí je harmonické, klidné prostředí a kvalitní vztah mezi rodiči, kteří mají na dítě dostatek času, jejich výchova je spíše neautoritativní, založená na domluvě, ale důsledná a jdou dítěti vlastním příkladem (VYMĚTAL, 2004, s.48). Dítě, kterému je

poskytováno dostatek lásky a jistoty, podnětů a volnosti k seberealizaci, má předpoklady ke zdravému osobnímu růstu. Bohužel tento ideální stav v rodině není pravidlem, a tak se u dítěte díky různým rodinným, sociálním či jiným vlivům utvářejí předpoklady pro vznik úzkostnosti. Zdalipak se dříve či později úzkostné obtíže u dítěte projeví, záleží na individualitě každého jedince. Děti, které se dostávají do azylového domu, mají bohužel za sebou nepříjemné, často až hrozné zkušenosti a zážitky, pocházejí z neúplných rodin, nebo rodin, které jsou nezdravé, děti byly a stále často jsou ovlivňováni negativními vlivy okolí, nepříznivou sociální situací rodičů. Negativní zážitky a zkušenosti mohou být důvodem, proč se do azylového domu dostávají děti, které trpí nějakou formou a intenzitou úzkostí, jsou vystrašené, sužují je obavy, strachy, případně u nich nadměrná úzkostnost propukne po příchodu do azylového domu. Pokud dítě přichází do azylového domu a trpí nadměrnými úzkostnými stavy, není zřejmě reálné, aby ho toto prostředí ještě více nezúzkostňovalo. Je však v silách personálu azylového domu pro matky s dětmi přistupovat k dítěti laskavě, kamarádsky a svědomitě, aby dítě pobyt snášelo co nejlépe, v nejlepším případě se jeho úzkostné stavy postupně zlepšovaly, mírnily. Základem úspěchu je přístup, který je založen na respektování dítěte se vším všudy.

3.5.1 Je azylový dům pro matky s dětmi v tísní schopen poskytnout dítěti trpícímu úzkostmi a strachem potřebnou péči?

Dítě, které trpí úzkostí či nějakým nadměrným strachem, potřebuje dostatečnou péči nejen své matky, ale ve vážnějších případech i pomoc odborníka. Nejen pro úzkostné děti by bylo ideální, pokud by do azylového domu pravidelně docházel psycholog nebo psychoterapeut. Zaměstnanci v azylovém domě jsou však, a to hlavně z finančních důvodů, ve většině případů složeni z pedagogických a sociálních pracovníků, což ale neznamená, že dítěti s psychickými obtížemi nemůže být poskytnuta kvalitní a dostatečná péče. Pro poskytování kvalitní a odborné péče nadměrně úzkostnému dítěti pobývajícím v azylovém domě je nezbytné, aby byl příslušný sociální pracovník dostatečně vzdělán v oblasti psychiatrie, orientoval se v problematice psychických obtíží u dětí, měl přehled o zařízeních, která v případě

potřeby poskytnou dítěti komplexní odbornou pomoc. Dle MATOUŠKA (2003) je jedním z cílů sociální práce zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti. Pokud tedy klient (respektive rodič) přijde do zařízení nebo k odborníkovi, který dítěti nedokáže pomoci, jsou tyto pracovníci povinni odeslat rodiče s dítětem do zařízení k tomu určenému či alespoň nabídnout seznam kontaktů na zařízení, kam se mohou klienti obrátit.

Pokud do azylového domu přijde dítě, které má již nadměrnou úzkost diagnostikovanou a s dítětem již pravidelně psycholog ambulantně pracuje je třeba, aby sociální pracovník kontaktoval daného psychologa, došlo mezi nimi v rámci možností ke spolupráci. Sociální pracovník by se měl u psychologa zajímat o současný stav dítěte, jak může být nápomocný a prospěšný při jeho léčbě. V případě, že by sociální pracovník odborníka obcházel a s dítětem pracoval tzv. „na vlastní pěst“, mohlo by to být v léčbě a pomoci dítěti kontraproduktivní, dítě by mohlo cítit rozpolcenost z případných rozdílných postupů obou pracovníků. Sociální pracovník by měl v případě, kdy dítě dochází za psychologem, figurovat jako osoba, která dítěti pomáhá zvládat jeho případné úzkostné projevy, vyjadřovat mu podporu, ale konkrétní léčbu formou psychoterapie přenechat na psychologovi.

Pokud se v azylovém domě objeví dítě, které se pracovníkům azylového domu jeví jako nadměrně úzkostné, ale dle informací jeho matky dítě dosud žádné psychologické vyšetření neabsolvovalo a nenavštěvuje žádného psychologa, je nezbytné, aby se sociální pracovník azylového domu začal dítěti intenzivně věnovat, v krátké době dokázal posoudit, zda je nezbytné odeslat dítě k diagnostickému vyšetření nebo zda se o pomoc dítěti postará pouze on sám ve spolupráci s dalšími pracovníky azylového domu. V případě, že sociální pracovník posoudí stav dítěte tak, že není třeba dítě ještě více stresovat a odesílat ho k vyšetření k psychologovi nebo psychiatrovi, musí si být vědom určitých hranic, které při pomoci dítěti na rozdíl od psychiatra nebo psychologa má. Pomoc sociálního pracovníka spočívá hlavně v tom, že vystupuje jako sociální opora, kterou za normálních okolností mají

představovat rodiče. Opora může být poskytována ve formě empatického rozhovoru, přiměřeného fyzického kontaktu (vzetí za ruku, pohlázení) nebo zprostředkování styku s matkou, za kterou se dítě bojí samo jít, když něco provede. Opora dítěti může být poskytována i v tak běžné součásti života, za jakou určitě považujeme například smích. Pokud dítěti umožníme během dne se zasmát nebo navodíme situace, ve kterých dítě zažije legraci, dle MATĚJČKA (2003, s.49) se dítě osvobozuje od úzkosti, zmírňuje se u něj pocit ohrožení. V případě pobytu v azylovém domě se zmírnění úzkosti týká hlavně okolností pobytu a vztahů mezi dalšími ubytovanými, může jít také o úzkosti způsobené novými spolužáky ve škole. U úzkostných dětí jsou jejich životní strachy už tak veliké a zatěžující, proto adaptace na nový, a také bohužel přechodný domov je u nich složitější. Tou osobou, které by dítě mohlo věřit, mohlo by se jí svěřit se svým problémem a strachem, týkající se nejen pobytu v zařízení, ale hlavně úzkostmi pramenícími z předešlých zážitků, bývá v mnoha případech právě sociální pracovnice. Sociální pracovnice pro dítě může zosobňovat „tetu“ z mateřské školky či důvěrnou osobu, která se mu věnuje, naslouchá mu, nekritizuje ho, může mít k ní důvěru. Je však důležité, aby kontakt mezi sociálním pracovníkem a dítětem nepřekračoval určitou hranici, nevytvářeli společně koalici proti jiné osobě, př. matce, takový vztah by byl v léčbě nadměrné úzkosti v časovém horizontu kontraproduktivní.

Aby mohla být práce s nadměrně úzkostným dítětem úspěšná, je nezbytné zapojit do práce i matku dítěte. Ona je ta, která dítě zná nejlépe, tráví s ním nejvíce času, ví, jaké zážitky má dítě za sebou. Sociální pracovnice by měla od matky získat co nejvíce informací, jak o dítěti, tak o jeho rodině a lidech, které ho obklopují. Ze získaných informací sociální pracovnice sestaví dětskou i rodinou anamnézu, kterou využije k následné práci s matkou a dítětem.

4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM TRPÍCÍM NADMĚRNOU ÚZKOSTÍ, KTERÉ SE SVOU MATKOU PŘECHODNĚ BYDLÍ V AZYLOVÉM DOMĚ PRO MATKY S DĚTMI.

Dospělá osoba, která se potýká se zdravotními či psychickými potížemi a má alespoň částečně reálný náhled na své obtíže, je zpravidla schopna si sama vyhledat pomoc. V případě dětí je to jiné, jen málokdy se samy se svými problémy obrátí na odborníky. O pomoc pro dítě se tedy musejí zajímat a následně ji i vyhledat zúčastněné osoby, nejčastěji rodiče, příbuzní, učitelé. Jestliže počáteční impuls k pomoci v případě nadměrně úzkostného dítěte v azylovém domě nevznese jeho matka, musí na problémy dítěte upozornit některý z pracovníků azylového domu.

Jak píše ELLIOT a PLACE (2002, s.19), nelze předpokládat, že dítě odbornou pomoc přijme a uvítá, protože je nešťastné ze situace, v níž se ocitlo. Léčebné postupy jsou v mnoha případech založeny na předpokladu, že klient je ochoten spolupracovat. Ve skutečnosti se většina dětí do terapie (ať již jde o sociální práci či psychoterapii) dostává nedobrovolně a pomáhajícímu pracovníkovi odpovídá jen proto, že dospělá osoba pro ně představuje autoritu.

Ve zdravě fungující rodině je důležitým aspektem při sociální práci s dětmi přímá podpora, spolupráce a pomoc od osob dítěti nejbližších, od osob podílejících se na výchově (rodiče, sourozenci, prarodiče atd.). Rodič, který u dítěte rozpozná příznaky úzkosti nebo mu jen zkrátka přijde, že s dítětem není něco v pořádku, nadměrně se něčeho obává, v noci špatně spí, straní se lidí nebo je naopak vůči nim agresivní, by měl neprodleně vyhledat pomoc. Je několik možností, kam se mohou rodiče se svým dítětem obrátit, v úvahu připadá dětský psycholog, dětský psychoterapeut, zařízení sociálních služeb pro děti, kde je pracovní tým složen z různých odborníků (psycholog, terapeut, sociální pracovník, pediatr aj.). Stejně možnosti má při práci s nadměrně úzkostným dítětem i sociální pracovník azylového domu, kdykoliv se může při své práci s dítětem obrátit na zařízení, které by dle jeho názoru poskytlo dítěti odpovídající pomoc a péči.

Obecně se dá říci, že sociální práce s klienty s duševními potížemi je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle. Sociální práce v azylovém domě s dítětem s nadměrnou úzkostí se týká především určení diagnózy dítěte, resp. pochopení a správné definování dětských obtíží, získání dítěte a jeho matky ke spolupráci, navázání prvotního kontaktu s dítětem a jeho matkou a stanovení dalších postupů práce.

Jelikož je pobyt dítěte s jeho matkou v azylovém domě časově omezen, je třeba mít časovou omezenost na paměti a s dostatečným předstihem dítě a jeho matku na odchod a ukončení spolupráce připravovat. Příprava na odchod z azylového domu by měla spočívat hlavně v informování matky o možnostech péče a pomoci o dítě mimo azylový dům, tzn. předání kontaktů na kompetentní pracoviště. Jelikož azylový dům pro matky s dětmi nepředstavuje primárně zařízení pro děti s duševními problémy, sociální pracovník si musí být vědom, že nelze dítěti s nadměrnou úzkostí věnovat tolik času, kolik by si zřejmě tato problematika vyžadovala. V azylovém domě pobývají i další matky s dětmi, které taky potřebují pomoc a sociální poradenství.

4.1 Navázání kontaktu s dítětem a jeho matkou

Ve chvíli, kdy se dítě s nadměrnou úzkostí a strachem dostane do rukou kompetentního pracovníka, v případě azylového domu sociálního pracovníka, je důležité zejména navázání počátečního kontaktu s dítětem. ŘÍČAN (2006) říká, že první dojem, kterým zapůsobíme, ovlivní ochotu a schopnost spolupracovat. Je třeba, abychom zaujali svým zjevem, verbálním i neverbálním chováním.

V případě lůžkových oddělení (psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení při nemocnicích) leží na sociálním pracovníkovi hlavně první kontakt s dítětem, počáteční rozhovor či zjištění základních informací o dítěti a jeho rodině (rodinná anamnéza). Hlavní péči o dítě a léčbu poté přejímá psycholog nebo psychoterapeut. Jedná-li se o sociálního pracovníka v azylovém domě, sociální

pracovník pracuje s dítětem v průběhu celého pobytu a často nese veškerou tíži intervencí.

Sociální pracovník na základě svého pozorování zaujme postoj, že dítě, které pobývá v azylovém domě, je nadměrně úzkostné a vystrašené. Aby mohl své tvrzení ověřit, a s dítětem začít pracovat, je nezbytné oslovit jeho matku, taktně jí sdělit domněnky o psychických potížích jejího dítěte a požádat ji o souhlas pracovat s dítětem individuálně. Jestliže matka se spoluprací souhlasí, sociální pracovník může oslovit dítě, nesmí ho však vystrašit, už samotný pobyt v azylovém domě je pro dítě dostatečně stresující. Zásadní pro budoucí spolupráci je získání důvěry dítěte. Prvního sezení (a nejen toho) se často účastní i matka, dítě se tak cítí bezpečněji a matka je podrobně informována. Pokud by sociální pracovník vycítil, že dítě v přítomnosti matky nechce o svých problémech hovořit, může sociální pracovník pracovat i bez přítomnosti matky. Při prvním sezení s dítětem a jeho matkou je vhodné sdělit srozumitelnou formou, co bude předmětem práce, jak bude spolupráce probíhat. Sociální pracovník již při prvním setkání požádá dítě, aby mu sdělilo, co ho trápí, pokud dítě nechce nic říci, netlačíme na něj, sociální pracovník v takovém případě více mluví sám, může ho zkusit získat k rozhovoru přes jiná témata. ŘÍČAN (2006) říká, že malé děti lze k navázání kontaktu získat spíše přes nonverbální komunikaci. Pokud dítě přijme z ruky pracovníka hračku nebo tužku, má pracovník napůl vyhráno. Někdy lze odpor dítěte u dítěte prolomit autoritativním tónem nebo slibem, že pokud bude s námi mluvit, pochválíme ho u jeho matky.

Navážeme-li s dítětem kontakt, snažíme se ho udržet a prohloubit ho. Při práci se musíme především vyhnout všemu, co by ke ztrátě důvěry vedlo. U menších dětí se osvědčuje pro prohloubení kontaktu dotýkání se dětí (př. položení ruky na ruku dítěte působí uklidňujícím efektem), případně vyzveme dítě, aby se dotklo nás, př. má nám ukázat, jakou má sílu (ŘÍČAN, 2006, s.320).

V závislosti na povaze problému se pomáhající pracovník musí rozhodnout, zda úvodní rozhovor bude veden se všemi zúčastněnými, nebo jestli nejdříve pohovoří jen s rodiči (s matkou) a pak bude pracovat samostatně s dítětem. Někdy je vhodnější, aby dítě nebylo přítomno poskytování úvodních informací, buď k vůli

rodičům (matce), kteří nám chtějí sdělit citlivé informace nebo i kvůli ochraně dítěte, které by mohlo být zaskočeno vyjádřením rodičů, jejich nadměrnou kritičností či negativním postojem k němu. Stejný postup může využít i sociální pracovník v azylovém domě (PEŠOVÁ a ŠAMALÍK, 2006, s.16).

K úvodní fázi práce s dítětem s úzkostnými problémy patří získávání anamnestických údajů týkajících se minulosti dítěte, jeho rodiny a sociálního okolí. Aby mohl pomáhající pracovník zvážit budoucí kroky a poskytnout co nejlepší pomoc dítěti a jeho rodině, musí mít k dispozici co nejvíce informací.

PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16) také podotýkají, že je vhodné, aby anamnézu snímal psycholog, který později určí diagnózu a vhodné terapeutické postupy. Z různých důvodů, nejčastěji časových, v případě azylového domu personálních, však v praxi anamnézu snímá sociální pracovnice. Jak z předešlého textu vyplývá, sestavení anamnézy se může účastnit i samotné dítě, je však nutno počítat s jeho omezenou schopností komunikovat (zejména u dětí mladšího věku, u dětí s mentálním postižením atd.). Nesmíme nikdy zapomínat na skutečnost, že informace získané od dítěte, ač značně omezené či zkreslené, jsou však velmi cenné. Je to právě dítě, na které bude zaměřena další sociálně-terapeutická práce.

Je důležité poznamenat, že problémy, se kterými se dítě potýká, je vždy třeba chápat v kontextu rodinného systému, ve kterém dítě vyrůstá. Potíže zpravidla nevznikají tzv. „samy o sobě“, ale bývají projevem problémů, se kterými se potýká celý systém. Je známo, že nejčastěji se tyto systémové problémy manifestují u nejslabšího a nejvíce zranitelného člena (tedy u dítěte). Často do ordinací psychologů a psychiatrů přicházejí rodiče s dítětem, které je označováno za nositele problému, ale mnohem nemocnější je např. matka. Za dětskými úzkostmi a strachy často stojí potíže rodičů, zamlčená rodinná traumata apod. Je tedy na sociálním pracovníkovi, aby se na základě získaných informací dobře v rodinných problémech zorientoval a správně určil jmenovatele a nositele potíží u dítěte. Sociální pracovník může hodně o vztahu dítěte, jeho matky, jeho sourozencích, případně i jeho otce vypořádat z jejich vzájemného chování při běžných každodenních činnostech a z jejich vzájemné komunikace. Takové situace nejsou uměle navozené, jednotliví

členové se chovají přirozeně. Rodinné interakce často urychlí proniknutí do problému.

4.2 Rodinná a osobní anamnéza dítěte

Anamnéza se považuje za důležitou součást každého vyšetření. Sociální pracovník se podrobně vyptává na potřebné údaje, které pomáhají vytvářet hypotézu o problému, se kterým se potýká. Anamnézu, kterou sociální pracovník obvykle sbírá, je anamnéza rodinná či anamnéza osobní. Sebrané informace by měly být prostudovány, zpracovány a posléze využity ke stanovení přesné diagnózy dítěte. Stanovit přesnou diagnózu však sociální pracovník nemůže, k tomu je třeba psychologa a jeho diagnostického vyšetření.

4.2.1 Rodinná anamnéza

PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16) ve své knize popisují jednotlivé body, které by měla rodinná anamnéza obsahovat.

- a) Základní rodina, data narození rodičů, zdravotní stav, vzdělání, bydlení (prostorové možnosti, zda má dítě vlastní pokoj atd.), školní problémy rodičů (pokud zvažujeme možnosti dědičnosti).
- b) Závažná onemocnění v rámci širší rodiny – psychická onemocnění, abusivní návykových látek, suicidální chování.
- c) Výchova v rodině, kdo a jak se na výchově podílí, kdo se s dítětem učí, kdo si s ním hraje, jaké tresty a pochvaly se v rodině uplatňují.
- d) Sourozenecké vztahy, vztahy mezi rodiči.
- e) Podíl dítěte na rodinném životě (jeho povinnosti, pravidelné úkoly v rodině).

4.2.2 Osobní anamnéza dítěte

Osobní anamnéza by měla obsahovat informace o dítěti z období prenatalního, perinatálního a postnatálního, dále údaje do tří let věku dítěte a informace školního věku. Jelikož má osobní anamnéza obsahovat mnoho informací z raného dětství dítěte, nelze předpokládat, že pracovník získá úplný výčet informací, neboť matka si na mnoho informací, i když důležitých, nemusí vzpomenout. Jak píše PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.18), získávání anamnestických údajů je ještě složitější u dětí, které jsou v náhradní péči (děti z kojeneckých ústavů či dětských domovů, které odešly do pěstounské péči nebo jsou osvojené). Údaje, které získáme od náhradních rodičů, jsou často stručné, neúplné nebo dokonce nepravdivé. Zkreslené a nepravdivé informace o dítěti mohou samozřejmě přicházet i od rodičů biologických. Rodiče mohou záměrně říkat nepravdu, aby neodkryly některá fakta, nebo si jen nejsou vědomi některých skutečností, zapomněly na ně. Na sociálním pracovníkovi je, aby nepravdivé informace rozpoznal a následně se v nich orientoval.

Napříč okolnostem, které mohou ztěžovat sběr informací, je důležité, aby z jednotlivých období dětského vývoje byly údaje o dítěti co nejobsáhlejší a nejpřesnější. Aby stejně, jako u rodinné anamnézy, mohly být využity ke stanovení diagnózy. Dle mého názoru by měl osobní anamnézu, častěji než rodinnou, provádět psycholog či psychiatr neboť její obsah je značně zaměřen na medicínskou problematiku či psychomotorický vývoj dítěte. PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16-19) jednotlivá dětská období rozvádějí, popisují, co je v nich důležité, co by v osobní anamnéze daného období nemělo chybět.

a) Prenatální anamnéza: ptáme se, vždy ale vhodným způsobem, na průběh těhotenství, zda bylo dítě chtěné, či nikoliv, kolikáté je dítě v pořadí (zahrneme i interrupce a samovolné potraty), zda se během těhotenství vyskytly u matky zdravotní či psychické potíže. V úvahu bereme takové okolnosti, které mohou ovlivnit psychiku matky jako je vztah mezi manžely, problémy se starším dítětem, problémy související s bydlením – vlastní, přechodné, soužití vícegenerační.

Zajímají nás i o okolnosti porodu, zda byl porod v termínu, případně v kolikátém týdnu, zda šlo o spontánní či vyvolaný porod. Pokud se matka pamatuje, ptáme se i na průběh porodu, jak dlouho trval, jakým způsobem byl prováděn (běžný či císařský řez).

b) Perinatální anamnéza: zajímají nás údaje o dítěti jako je porodní váha (pod 2500g bereme za důležitý údaj) a míra, zda bylo dítě kříšeno. Dále nás zajímá novorozenecká žloutenka, pokud bylo dítě umístěno do inkubátoru, tak délka umístění.

c) Postnatální anamnéza: nyní se ptáme na období časně po porodu až do konce šestinedělí (jak dlouho matka kojila, případná onemocnění či jiné problémy).

d) Vývoj dítěte do 1 roku: důležité jsou otázky na *psychomotorický vývoj* (kdy dítě začalo sedět, ložit či začátečnický chodit; u řeči je významná doba žvatlání, broukání, první slova). Ze *zdravotního stavu* nás zajímají hospitalizace, úrazy, záchvaty či případné komplikace. Do jednoho roku života se dá mnoho vypořádat z *chování* dítěte, zda bylo klidné, či spíše vzrušivé, jak spalo, jedlo nebo reagovalo na cizí osoby.

e) Anamnéza do tří let věku: i v tomto období se zajímáme o další vývoj motoriky a řeči motoriku, o zdravotní problémy a komplikace, jeho pokroky či výkyvy v chování. O dítěti může také vypovídat ta skutečnost, kdy dítě přestalo nosit pleny přes den a kdy přes noc.

f) Školní anamnéza: pokud máme pracovat s dítětem, které je už ve školním věku, zajímá nás samozřejmě průběh jeho pobytu ve škole. Rodičů (matky) se ptáme, v kolika letech šlo dítě do mateřské školky, jak se adaptovalo na změnu prostředí, jak probíhal ranní odchod školky (pláč, odmítání docházet do školky), jak se dítě zařadilo do dětského kolektivu, které činnosti a hry ho zajímaly či jaký mělo dítě vztah k učitelkám. Významné mohou být také informace o tom, jak učitelka vnímala dítě, jak ho hodnotila v porovnání s jinými dětmi. Další otázky by měly směřovat k nástupu do základní školy, zda se dítě těšilo či ne, jak se začlenilo mezi spolužáky, jak si zvykalo na povinnosti, jak dítě hodnotili učitelé nebo zдалipak se

v prospěchu objevovaly výkyvy. Pokud je dítě už na vyšším stupni, jak probíhal přechod na druhý stupeň.

Pro vytvoření komplexního pohledu na dítě se ptáme rodičů (matky) na jejich vztah k dítěti, jak ho vnímají. Neměli bychom zapomenout na případné bolesti hlavy, břicha, zvracení, špatný spánek nebo problémy s jídlem, somatické projevy u úzkostných stavů jsou totiž velmi časté. S pomocí rodičů je dobré sestavit „snímek dne“ dítěte. Dá nám představu, kdy dítě vstává, kdy a jak odchází do školy a kdy se z ní vrací. Zda dítě po škole navštěvuje družinu, jak má uspořádané odpoledne (kroužky, odpočinek), kdo a jak dlouho se s dítětem připravuje do školy či si s ním hraje. Důležité jsou také večerní návyky, kdy dítě chodí spát, jak usíná, průběh spánku (děsivé sny, buzení). Pro zjištění charakteru úzkostných stavů pokládáme další otázky tak, abychom zjistili, ve kterých situacích se u dítěte strachy a obavy projevují, jestli se dítě obává některých lidí více než ostatních, jakým činnostem se dítě vyhýbá, jestli jsou známy příčiny, které působí jako spouštěče úzkostí (např. léky, aktivita).

Lze předpokládat, že výše popsané body osobní anamnézy dítěte nepostihne sociální pracovník všechny. Pro potřeby komplexního pohledu na dětské obtíže a pro následnou sociální práci v AD jsou nejdůležitější informace datující se do doby, kdy se v rodině začaly vyskytovat problémy, konflikty nebo případně od doby, kdy si matka vybavuje změny v chování dítěte nebo

Při sestavování rodinné anamnézy i osobní anamnézy dítěte musíme mít na paměti, že v azylovém domě se často setkáváme s matkami, které nejsou motivované ke spolupráci, nebyly vždy matkami, které se o děti pečlivě staraly, tzn. matka se dostatečně neorientuje v dětských starostech a radostech, jejich pohled na realitu bývá velmi často zkreslen negativními zážitky, mohou být mentálně na nižší úrovni. Získané informace musíme tedy posuzovat v daném kontextu.

Jakmile sociální pracovník dokončí sběr informací, data si zpracuje, prostuduje a následně je využije k lepší orientaci v problémech u dítěte a jeho matky. Informace mu mohou pomoci dozvědět se o dítěti, z jakého sociálního

prostředí dítě pochází, jaký má vztah k ostatním členům rodiny, resp. otci, kdy a v jakých situacích se dle názoru matku nejčastěji projevují jeho úzkostné stavy, zda má ve své blízkosti člověka, kterému věří, kterému se může svěřit. Čím více informací sociální pracovník o dítěti a jeho rodině získá, tím kvalitnější a úspěšnější pomoc může sociální pracovník dítěti a jeho matce může nabídnout.

4.3 Jak pomoci dítěti překonat jeho úzkost a nadměrný strach

Abychom mohli dítěti pomoci s jeho obtížemi, musíme nejdříve společně s ním zjistit, co úzkost a strach vyvolává. Sociální pracovníce může s dítětem pracovat individuálně, častěji však sociální pracovníce mluví a pracuje s dítětem za přítomnosti jeho matky. Je to dáno také tím, že sociální pracovníce neprovozuje s dítětem klasickou psychoterapii, spíše se snaží, aby si dítě ulevilo od svých obtíží, mělo možnost si s někým popovídat. Další možností, jak můžeme lépe porozumět dětským obtížím je pozorování dítěte při jeho běžných aktivitách, při komunikaci a hře s ostatními dětmi, dozvědět se hodně můžeme i z jeho výtvorů jako jsou nakreslené obrázky, výtvary z plastelíny atd. Jestliže má sociální pracovníce možnost pracovat pouze s dítětem, požádá dítě, aby se pokusilo popsat své obavy a strachy, pojmenoval je, případně nakreslil. Rozpoznat strachy není složité, protože jsou konkrétní, na rozdíl od úzkosti, která bývá neurčitá. Dítěte se ptáme, kde se jeho strachy a úzkosti vyskytují, jsou - li spojeny s domovem, školou či školkou, rodinou, jsou - li vývojově podmíněny. V průběhu práce s dítětem zjistíme i to, o co v úzkosti konkrétně jde, protože zabýváme-li se úzkostí důkladněji, často se promění ve strach. Z. Matějček tento proces nazývá *principem poznání*. Druhý princip Matějček nazývá *principem konání*. Konání zde představuje aktivitu dítěte. S úzkostí a strachem se nevyrovnáme vyhýbáním se situacím, které nás znejišťují, ale úspěšným jednáním. Vyhýbání a odkládání řešení strach a úzkost naopak posilují, jde však o typické jednání dítěte (např. smlouvání, zlobení, „útek do nemoci“). Aktivní vyrovnávání se dítěte s úzkostí a strachem za pomoci dospělého (a pod jeho

vedením) znamená, že se dítě vystaví svým obavám, zažene je nebo si zvyšuje svou vnitřní odolnost (cit. dle VYMĚTAL, 2004, s.159).

VYMĚTAL (2004, s.160-161) popisuje hlavní zásady, kterými je třeba se při překonávání úzkosti a nadměrného strachu při práci s dítětem řídit:

- 1) Dítěti dodáváme pocit bezpečí a jistoty - přijímáme dítě i s jeho nedostatky a obavami, dodáváme mu pocit bezpečí a jistoty (můžeme ji zajistit i přítomností blízké osoby či pohlazením, vzetím za ruku). Dítěti dáváme najevo, že ho chápeme.
- 2) Předpokladem pro uzdravení dítěte je i zvyšování jeho sebevědomí a sebedůvěry - sebedůvěru a sebevědomí u dítěte zvyšujeme navozováním situací, ve kterých je dítě úspěšné, ve kterých vyniká, můžeme ho za něj pochválit. Dítě povzbuzujeme také k činnostem, které dělá rádo a může si tak zvýšit svou prestiž u vrstevníků nebo se v takové činnosti může dobře prosadit.
- 3) S dítětem překonáváme úzkost a nadměrný strach napřímo – tím, že pomůžeme dítěti odhalit příčiny jeho obav, pojmenujeme je, začneme se s nimi potýkat přímým překonáváním. Tento proces však bude vyžadovat výdrž, aktivitu a trpělivost z obou stran.
- 4) Až se dítěti podaří překonat jeho nadměrnou úzkost a strach, vyhodnotíme s ním a jeho matkou dosažený výsledek, dítě nezapomeneme pochválit za snahu a spolupráci. Pokud je výsledek v souladu se zamýšleným cílem, jsme spokojeni. Pokud ne, hledáme společně s dítětem a jeho matkou jinou cestu (VYMĚTAL, 2004, s.160-161).

Jelikož lze u dětí pobývajících v azylovém domě předpokládat, že tyto děti zažily stresující okamžiky, žily v nevyhovujících sociálních nebo rodinných podmínkách, jejich základní potřeby nebyly z finančních, vztahových nebo i jiných důvodů dostatečně uspokojovány, musí se sociální pracovník u dítěte zaměřit na projevy úzkosti, které z těchto situací mohou pramenit. Důvodem je

pravděpodobnost, že se dítě po odchodu z azylového domu do stejných, případně podobných situací vrátí. Sociální pracovník by měl s dítětem pro něho stresující situace prodiskutovat, umožňuje-li to věk dítě, pomoci dítěti získat náhled na problém v rodině a hlavně se mu snažit ukázat, že on za problémy mezi rodiči nebo jeho matky nemůže.

4.5 Psychoterapie u dětí s úzkostí a nadměrným strachem

Azylový dům pro matky s dětmi není zařízení, ve kterém se běžně psychoterapeutická pomoc poskytuje, spíše se jedná o výjimky. Jestliže však sociální pracovník azylového domu absolvuje sebezkušenostní terapeutický výcvik, k provádění psychoterapie má osobnostní i odborné předpoklady a v azylovém domě se objeví osoba, resp. dítě, které by psychoterapie pomohla lépe se orientovat a vyrovnat s jejím problémem, může sociální pracovník psychoterapii nebo její prvky v rámci práce s klientem využít.

I když se nemíním a ani nemohu z omezených rozsahových a také tematických možností mé diplomové práce důkladně zabývat průběhem psychoterapie úzkostných poruch a potíží způsobených nadměrnou úzkostí u dětí, pro celkovou přehlednost a systematickosti považuji za důležité věnovat se i tomuto tématu. Vždyť sociální práce a psychoterapie jsou obory pomáhajících profesí, které nelze od sebe oddělit, právě naopak, oba obory mají mnoho společných znaků, prvků a metod práce.

V následující kapitole se budu věnovat zvláštnostem psychoterapie u dětí a stručně nastíním metody psychoterapeutické práce s dětmi. V případě, že sociální pracovník v azylovém domě chce při práci s dítětem trpícím úzkostí a nadměrným strachem využít prvky psychoterapie, musí si být vědom, že dítě může kdykoliv azylový dům pro matky s dětmi opustit, a proto nelze práci založit na předpokladu dlouhodobé spolupráce. Každé sezení s dítětem může být poslední, což přináší veliké nebezpečí ve formě otevřených a nezodpovězených otázek, se kterými si dítě

po odchodu z azylového domu nemusí umět samo poradit. Aby mohl sociální pracovník pracovat s psychoterapeutickými prvky, musí vědět, jak psychoterapie u dětí probíhá, čím se odlišuje od terapie s dospělými osobami, jaké terapeutické metody může využít.

4.4.1 Zvláštnosti psychoterapie u dětí

Psychoterapií rozumíme užívání psychologických prostředků k terapii, jde o proces, kterým se navozují změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu dítěte. Psychoterapeut cíleně navozuje takové události, které vyvolávají zamýšlené změny i přímo ve vnitřním světě dítěte.

„Při pomoci dítěti překonávat jeho úzkostné stavy a nadměrný strach musí pomáhající pracovník vycházet z vývojové úrovně dítěte, která zpravidla koresponduje s kalendářním věkem (VYMĚTAL, 2004, s.159)“. Projevy emocí a základní psychosociální potřeby se s věkem dítěte mění. Je třeba přihlížet k osobnosti dítěte a jeho poznávacím procesům, zejména k úrovni vnímání a myšlení. Dítě je oproti dospělému člověku jinak mentálně vyspělé, má užší interpersonální vztahy zejména k rodičům, liší se i jeho obrazotvornost, fantazijní představy a emocionalita.

Léčit dítě psychoterapeuticky, tedy pomocí psychologických prostředků, je možné až zhruba od tří let věku dítěte, od tohoto věku je běžně nadané dítě již schopno kvalitně komunikovat. BALCAR (In BALCAR aj., 2007) píše, že u dítěte do tří let pracuje terapeut s dítětem většinou jen prostřednictvím rodičů. Terapeutické intervence se mohou týkat usměrnění výchovy, životosprávy dítěte, odvádění pozornosti nebo nácviku potřebných návyků. U dítěte mezi 3. - 6. rokem je sice spolupráce rodičů potřebná, ale většinu zásadních kroků si terapeut uskutečňuje sám. Nejen při léčbě úzkostí využívá terapeut různé techniky založené na podmiňování a učení. U dětí starších šesti let a adolescentů se už častěji využívá skupinová psychoterapie. Terapeutický vztah však vzniká pomalu a je křehký, adolescenti mají tendenci terapii znehodnocovat.

BALCAR (In ŘÍČAN aj., 2006, 495-497) popisuje, jak se liší psychoterapie u dospělých a u dětí. Týká se to dle něj všech tří psychologicky závažných oblastí - tělesné, duševní i společenské. Za významné činitele, které odlišují terapii s dítětem od terapie s dospělým člověkem, považuje *věk*, *duševní vyspělost*, *povahu*, *tělesný stav* a *integrace* v terapeutických přístupech. Hlavním, ne však jediným ukazatelem pro psychoterapii s dítětem je jeho *věk*. S věkem v zásadě souvisí stupeň rozvoje, způsob integrace a funkční zdatnost dětského organismu a dětské osobnosti. V průběhu zrání a socializace však nastávají jednak různé individuální odchylky a typové zvláštnosti, jednak vývojové proměny kvalitativní povahy.

Aby mohla být dítěti vybrána vhodná psychoterapie, je důležitá *duševní vyspělost* dítěte. Úroveň duševní vyspělosti je určována stupněm poznávacích, rozumových a řečových schopností, motivací, citovou vybaveností, frustrační tolerancí. Tyto vnitřní stránky osobnosti dítěte ukazují, o co se lze v psychoterapii opřít. Určující jsou také *povahové vlastnosti* dítěte, zvláště jsou-li výrazné. Mohou pomoci rozhodnout o tom, zda bude vhodnější jen individuální kontakt s terapeutem, skupinová terapie s vrstevníky nebo terapie rodinná.

Psychoterapie je závislá i na *tělesném stavu*. Zhoršené smyslové funkce ztěžují dorozumění a kontakt s okolím, brání získávání terapeuticky účinných zkušeností. Poškození pohybového ústrojí zmenšuje uplatnění dítěte v praktických terapeutických činnostech či začlenění do skupin tělesně zdravých lidí.

Důležitým specifikem při práci s dětmi je i úzká spolupráce s rodiči dítěte, často také s dalšími blízkými osobami. Do terapie zahrnujeme kromě nejbližších příbuzných i kamarády, spolužáky a učitele. Tyto osoby zapojujeme přímo i nepřímo, většinou se tyto osoby terapeutických sezení neúčastní, vždy na ně ale myslíme, pracujeme na postupu s ohledem na ně (VYMĚTAL, 2004, s.175). Významný rozdíl mezi terapií s dětmi a terapií s dospělými je také v tom, že terapeut u dítěte málokdy zachová jen jeden určitý přístup či metodu (u terapie dospělých k tomu dochází také, není to však podmínka). Je nutné umět kombinovat jednotlivé terapeutické přístupy, podle situace střídat terapii slovem s činnostní terapií či terapií hrou. Samotný průběh dětské psychoterapie už ale probíhá podobně. Začíná

navázáním dobrého terapeutického vztahu, pokračuje přes vlastní psychoterapeutickou práci, integraci dosažených terapeutických změn do běžného života a končí odpoutáním a osamostatněním dítěte (popř. i jeho rodiny) od terapeuta.

4.4.2 Základní metody psychoterapie u úzkostných dětí

Léčba úzkostí a úzkostných poruch se různí podle povahy příznaků a příčin zjištěných u konkrétního dítěte. Jak píše BAKER (2007, s.77) psychoterapie zahrnuje individuální práci s dítětem, poradenství s rodiči nebo terapii celého rodinného systému (rodinná setkání). Účinná je jak terapie individuální, tak terapie skupinová. Jednotlivé formy psychoterapie se mohou kombinovat. Tradičním prostředkem pro individuální i skupinovou terapii s dětmi je *rozhovor*. Hojně využívané prostředky v terapii s dětmi, jsou *expresivní postupy*, mezi které řadíme terapii hrou, činnostní terapii, arteterapii, muzikoterapii, relaxace, nácvik dovedností a přecvičování nežádoucího chování.

Expresivní metody pomáhají dětem své emoce a pocity ventilovat, externalizovat, kontrolovat a redukovat. Postupem času by měly děti začít rozumět svým strachům, získají náhled na příčiny úzkostných pocitů, uvolní se v nich napětí a konečně zredukují úzkostné pocity. Obecně hlavním cílem při léčbě úzkostí je odstranění vyhýbavého chování a snížení úzkosti v situacích, kterých se klient (respektive dítě) obává.

4.4.3 Externalizace

Pro práci s dítětem pobývajícím v azylovém domě, které zažilo mnoho nepříjemných okamžiků a konfliktů v rodině, žilo a bohužel i často bude žít v nevyhovujících sociálních a ekonomických podmínkách, mi přijde zvláště užitečné využití metody externalizace. Podmínkou pro práci s externalizací je spolupráce

nejen dítěte, ale i jeho matky. S pojmem externalizace pracuje systemická rodinná terapie, která věnuje svou pozornost tomu, jak členové rodiny připisují význam různým životním událostem. V rámci terapie terapeut spolu s rodinou objevuje, jaké v rodině existují vzorce vztahů mezi chováním a významy. Cílem systemické terapie je vytvářet podmínky k tomu, aby mohlo dojít ke změně. Řešení problému nebo vymezení symptomu může nastat ale jinak, než jak členové rodiny a terapeut očekávají. Nejde tedy určit, jakou bude mít terapeutická změna podobu, jestli se bude týkat více roviny chování, anebo významů.

VYMĚTAL (2007) podotýká, že externalizaci rozpracoval australský terapeut Michael White, který vycházel z toho, že člověk sám není problémem, problémem je problém. Říkal, že pokud bude terapeut externalizaci používat jen jako techniku, povede to často ke zklamání terapeuta. Externalizace je totiž způsob vedení rozhovoru, kterým terapeut verbalizuje své přesvědčení o tom, že člověk a problém nejsou totéž. Terapeut rodině zprostředkovává pohled, že nositel příznaku (př. úzkost, deprese, krádeží, pomočování atd.) není totéž, co příznak sám. Díky tomu lze jako osobu od příznaku oddělovat, klient již problém nelokalizuje ve svém těle, ale mimo něj. Např. pokud o sobě člověk mluví jako o ustrašeném člověku, není to stejné, jako když konstatuje, že se ho někdy zmocní strach.

Tím, že rodina s terapeutem pojmenuje problém a předefinuje ho, umožní nemocnému vidět se jako oběť symptomu (př. strach ze zkoušení vede dítě k záškoláctví) a současně vede jedince k trvalé zodpovědnosti za pokroky v léčbě, za úspěchy v boji proti symptomu. Boj je o to účinnější, čím lépe se daří vedle bojujícího nositele symptomu (nemocného) stavět proti symptomu také ostatní členy rodiny. Pojmenování a předefinování problému se děje skrze dotazování terapeuta, což umožňuje klientům zkoumat vlastní verze problémů z odlišných perspektiv (VYMĚTAL, 2007). Klient či celá rodina si tak společně s terapeutem zažijí problém externalizujícím způsobem.

Externalizace umožňuje pracovníkovi a rodině společně objevovat, jaké významy členové rodiny projevům např. již zmíněné úzkosti přiřkládají. Objevením různých hypotéz o původním symptomu se rodina osvobozuje od přesvědčení, že

problémem je konkrétní člen rodiny (rodina celá), tím je samotný klient vyvázan ze sevření symptomů.

Jestliže vedeme externalizační rozhovor s dětmi a jejich rodiči, je výhodné v souvislosti s fantazií dětí a jejich slovníkem problém personifikovat, tedy společně s dítětem za problém označit zápornou osobu. Pokud dítě personifikovanou metaforu přijme, dalším krokem je spolupráce na vykreslení záporných vlastností postavy jako vychytralého nepřítele, který chce dítěti škodit. Aby dítě s pomáhajícím pracovníkem spolupracovalo, je třeba ho k práci motivovat, což předpokládá terapeutovu znalost vývojových úrovní dítěte.

Pro externalizační rozhovor je nezbytné navázat s klientem (rodinou) důvěrný vztah, kterého se dosáhne aktivním nasloucháním klientovi, seznámením se s jeho prožitky. Po navázání důvěrnějšího vztahu je pak možné klást více otázek a pomáhat tak klientovi a jeho rodině zažít problém externalizačním způsobem, tedy vyvázat klienta se sevření symptomů.

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE DÍTĚTE S ÚZKOSTÍ (KTERÉ S MATKOU POBÝVÁ V AZYLOVÉM DOMĚ)

Pro svou případovou studii jsem si vybrala dítě trpící úzkostí, které se svojí matkou bydlí v azylovém domě pro matky s dětmi v tísní. Chlapec, Davidovi, jsou 4 roky, jeho matce, Marii, je 21 let a azylový dům je pro ně jediné možné řešení v jejich tíživé sociální a ekonomické situaci. Z důvodu ochrany osobních údajů jsem zvolila pro dítě i matku fiktivní jména.

5.1 Základní údaje o klientech

Matka:

- Marie, věk 21 let, v současnosti na mateřské dovolené, zdravotní stav dobrý, léky trvale neužívá
- dosažené vzdělání: základní, nedokončila střední školu podnikatelskou
- na trvalém bydlišti se nevyskytuje více než půl roku, po tuto dobu i s dítětem bydlí střídavě u sestry a svých známých

Dítě:

- David, 4 roky, navštěvuje mateřskou školu

5.2 První kontakt s klientkou

Klientka a její dítě do azylového domu (dále jen AD) přicházejí na základě doporučení mateřské školy, konkrétně na základě rady a doporučení jedné z učitelek MŠ, která se sama rozhodla matce pomoci řešit její celkově složitou situaci. Učitelka MŠ si opakovaně všímala špatného psychického stavu u matky, u Davida častých změn nálad a chování, během dne se u dítěte střídala apatie i agresivita, úzkostné stavy, majetnický způsob k hračkám, i toho, že matka dokonce někdy neplatí v termínu nebo vůbec za pobyt dítěte.

Při prvním kontaktu klientky a sociální pracovnice, který byl celý věnován seznámení s ubytovacím a provozním řádem, a vyústil podpisem smlouvy o poskytování služeb, klientka na dotaz sociální pracovnice, jaké jsou důvody její žádosti o pobyt v AD uvedla, že ona a dítě nemají kde bydlet, otec Davida jí teď už na syna neplatí a posledního půl roku bydlí střídavě u sestry a u kamarádky.

5.3. Sociální diagnostika

Sociální pracovnice do rodinné, sociální a osobní anamnézy od matky získala následující údaje:

5.3.1 Osobní anamnéza klientky

Zdravotní stav klientky je dobrý, dosud se neléčila somaticky ani psychicky, žádné léky trvale neužívá. Klientka se momentálně cítí psychicky i fyzicky unavená až vyčerpaná, bezradná, a azylový dům dle jejího vyjádření pro ni znamená dočasné uvolnění i úlevu. Začíná litovat konfliktu a následného rozchodu s vlastní rodinou, protože si uvědomuje, že bez její pomoci svoji situaci už těžko zvládá. Na otázku, co ji momentálně nejvíce trápí, bez váhání se slzami v očích odpověděla, že syn nevidí tátu... že ho vláčí po světě... že nemají domov... a že jim nestačí peníze.

5.3.2 Osobní anamnéza dítěte

Zdravotní stav dítěte je dobrý, pravidelně neužívá žádné léky, podle posudku praktického lékaře celkový vývoj odpovídá věku dítěte, mírně jsou opožděny pouze řečové schopnosti.

Dítě se jeví na první dojem neklidné, nesoustředěné, ustrašené, často se u něj střídají nálady, neodpovídá na položené otázky, choulí se ke své matce, je odmítavé ke snahám zabavit ho, kouše si nehty. Nemá zájem si hrát s jinými dětmi, chová se až agresivně, např. dětem zničil hrad z kostek a autíčky úmyslně najížděl do

ostatních stavebnic se zřejmým úmyslem zničit je. Uklidnil se až tehdy, když děti odešly s matkami pryč. Hračky ostatních dětí si ihned nanosil do kouta a začal si s nimi v klidu hrát. Dle matky se dítě v noci často budí a nařká, kde je tatínek.

5.3.3 Sociální anamnéza klientů

Matka klientky:

- 45 let, vzdělání: středoškolské, zaměstnána jako účetní ve firmě manžela

Otec klientky:

- 45 let, vzdělání: středoškolské, podnikatel

Sourozenci:

- *sestra:* 25 let, vdaná, 2 děti, vzdělání: středoškolské, v současné době s dětmi na mateřské dovolené (4 a 2 roky).
- *bratr:* 23 let, vzdělání: středoškolské, stav: svobodný

Klientka uvádí, že je v kontaktu pouze se svojí sestrou, s matkou jen zřídka. V 17-ti letech otěhotněla. Otec trval na tom, aby dokončila střední školu. Klientka studovala na soukromé škole, kterou jí otec 2 roky platil a přál si, aby poté studovala VŠ. Dle klientky ji z tohoto důvodu nutil k potratu, a navíc nikdy nesouhlasil se vztahem, který měla s přítelem (otcem dítěte). Klientčin otec pohrdal celou rodinou otce dítěte, neboť matka nepracuje, otec je alkoholik a mají pouze základní vzdělání. Po opakovaných rodinných hádkách těhotnou klientku, tedy svoji dceru, otec vyhodil z domu. Klientka odešla do rodiny svého přítele, od té doby se s otcem neviděla, neboť otec po jejím odchodu z domu začal pohrdat i jí, dcerou. Klientka uvádí, že střední školu chtěla pouze dočasně přerušit, po narození syna se do ní však už nevrátila. Rodiče malého Davida nejsou manželé.

Otec Davida:

- jméno David, 21 let, vyučen automechanikem, pracuje jako automechanik, bydlí s rodiči v jejich rodinném domě

Matka klientčina přítele:

- 40 let, vyučená, od 30-ti let v invalidním důchodu (diagnostikovaná epilepsie).

Otec klientčina přítele:

- 53 let, vyučen, pracuje jako svářeč, alkoholik.

Situace v rodině, kde klientka bydlela po odchodu od rodičů: Dle klientky už brzy po narození syna začala být situace složitá. S přítelem se hádali, protože její přítel často odcházel z domu za kamarády, anebo do dílny, kde se věnoval svému koníčku – motocykl. Stávalo se, že nepřišel domů ani na noc. K tomu se přidaly i konflikty s jeho rodiči. Dle klientky otec přítele hodně pil, v opilosti často napadal svoji manželku, která je těžce nemocná, byla u ní diagnostikována epilepsie. Aby se záchvaty nestupňovaly, matka potřebovala klid. Klientka uvedla, že velmi těžce nesla agresivitu ze strany otce, matku si oblíbila a i matka měla Marii a vnouče ráda. Klientka uvádí, že vztah mezi nimi byl velmi dobrý, v péči o dítě jí přítelova matka hodně pomáhala. Situace v rodině se vyhrotila cca před půl rokem, když otec přítele opakovaně napadl i Marii, která se matky zastala. Klientčin přítel tyto vyhrocené situace řešil tak, že pokaždé odešel z domu a klientku, matku i své dítě nechal samotné doma jen s agresivním otcem. Klientka uvádí, že z otce svého přítele už začala mít velký strach, bála se hlavně o své dítě. Po jedné hádce a dalším fyzickém napadení klientka i s dítětem utekla ke své sestře, bylo jí však jasné, že je to jen dočasné řešení.

Manžel sestry pracuje jako řidič kamionu, často je mimo domov. Po jeho návratu z cest však začaly vznikat konflikty i v této rodině. Nějakou dobu tedy klientka bydlela i u své svobodné kamarádky, která jí poskytla dočasný azyl. Díky pomoci učitelky MŠ se klientka dozvěděla o možnosti pobytu v azylovém domě a využila ji.

Klientka je na mateřské dovolené, pobírá příspěvek na dítě, otec dítěte po jejím odchodu na syna nepřispívá. Na dotaz sociální pracovnice, proč klientka ve své situaci neuvažovala o návratu domů, a o pomoci od svých rodičů, klientka uvedla, že ji otec vyhodil z domu a vyčetl jí vyhozené peníze za školu. Na další dotaz sociální

pracovnice, zda klientku nekontaktovala její matka, klientka odpověděla, že se s matkou se tajně schází u své sestry. A že jí matka tajně dává i nějaké peníze.

5.4 Hodnocení anamnestických informací získaných od klientky

Zásadní problém klientky je *otázka bydlení*, po odchodu z původní rodiny v 17-ti letech klientka bydlela přibližně tři roky v rodině svého přítele, kterou také opustila. Posledních 6 měsíců střídavě bydlela u své vdané sestry a svobodné kamarádky. Klientka je vzhledem k věku dítěte (4 roky) stále na mateřské dovolené, její současné příjmy plynou tedy jen z rodičovského příspěvku, přídatku na dítě a občasné finanční výpomoci vlastní matky. Otec na dítě půl roku nepřispívá po odchodu klientky z rodiny, otec odmítá kontakt s dítětem, a to i přes opakované výzvy a pokusy o setkání ze strany klientky.

Dítě jeví známky úzkosti, možnými důvody může být absence otce i babičky (dítě na ni bylo fixováno, pečovala o něj), dále časté stěhování, absence trvalého zázemí a konflikty i zážitky s agresivním otcem (otec otce). Z těchto důvodů i klientka jeví známky psychické nevyrovnanosti, strachu, obav, úzkosti, bezradnosti a lítosti – opakované slzy, pláč atd.

Klientka má i přesto vcelku reálný náhled na svoji situaci: dokázala opustit rodinu svého přítele a chránit sebe i syna před agresivitou. Dále je si vědoma i toho, že s výchovou syna už začíná mít problémy a reálně vnímá i reakce okolí na chování svého syna. Chápe i to, že potřebuje pomoc, viz. např. rada učitelky mateřské školy, a vnímá i konfliktní chování syna v kolektivu dětí. Ráda by svoji situaci změnila.

Kromě bytové situace klientka potřebuje pomoc v oblasti finanční (zajistit, aby otec přispíval na dítě) a pomoc i radu při hledání zaměstnání. Klientka si uvědomuje, že má pouze základní vzdělání a tím i velmi omezené možnosti práci najít, aby finančně zabezpečila sebe i syna. Byla jí dále nabídnuta varianta ucházet se o tzv. sociální byt (kontakty). A vzhledem k tomu, že jeví zájem o zaměstnání, byla jí nabídnuta i pomoc s vyřizováním formalit při registraci na úřadu práce. Varianta úřadu práce jí dosud ani nenapadla.

Posouzení psychického stavu dítěte:

Dle klientky se chování dítěte začalo výrazně měnit a zhoršovat po odchodu klientky s dítětem od otce. Syn klientky je průměrně inteligentní, ale vzhledem k prožité situaci, častým stresům, absenci otce a babičky, a v neposlední řadě labilnímu stavu matky, vykazuje známky nervozity, špatného soustředění, neschopnosti zapojit se do kolektivu dětí, často je na děti agresivní. Jindy naopak vyhledává samotu a dětskému kolektivu se straní. Evidentní jsou majetnické sklony k hračkám, chce je mít jen pro sebe. Tyto projevy úzkosti mohou být důsledkem neuspořádaného života jeho matky, častým stěhování, cestování z místa na místo, absencí klidného domova a zázemí, zejména v posledním půl roce. Psychický stav dítěte není dobrý, dítě potřebuje poznat své obavy a začít se jim umět jim bránit a ze strany matky dítě potřebuje cítit bezpečí a lásku, trávit s ní více času.

5.5 Socioterapeutický plán pomoci pro dítě a jeho matku

Krátkodobá urychlená pomoc pro klientku a její dítě spočívá v poskytnutí ubytování.

Plán dlouhodobé pomoci klientce a jejímu dítěti byl sestaven s klientkou na základě jejich potřeb a je shrnut do pěti základních bodů:

- 1) Řešení dlouhodobého ubytování klientky s dítětem po odchodu z azylového domu
- 2) Orientace na trhu práce v závislosti na dosaženém vzdělání klientky
- 3) Orientace a následné vyřizování v oblasti všech dávek státní sociální podpory, na které má matka nárok.
- 4) Snaha o navázání kontaktu dítěte s otcem, stejně jako obnovení kontaktů a vztahů s původní rodinou, zejména klientky s vlastním otcem.
- 5) Pomoc dítěti zvládat jeho úzkost a nadměrné obavy

5.6 Analýza případové studie

V případové studii jsem detailně popsala případ klientky a jejího dítěte, kteří byli ubytováni v azylovém domě v Kojetíně. V následující kapitole bych chtěla případovou studii analyzovat, a to z pohledu teoretických poznatků, které byly v diplomové práci uvedeny.

Dítě, které se dostalo do azylového domu, evidentně trpělo úzkostnými stavy. Původ těchto úzkostí pochází z jeho vlastní rodiny, neboť dítě vyrůstalo v prostředí, ve kterém se objevovala agresivita rodinného příslušníka i konzumace alkoholu. Matka dítěte byla milující a pečlivá, často však na dítě přenášela negativní pocity, emoce, nervozitu, bezradnost, smutek, lítost i zlost. V posledním roce dítě také zažívalo časté stěhování z místa na místo, tudíž nemělo trvalé zázemí a domov. Pro nedostatek peněz matka nemohla dítěti dopřávat radosti a zážitky v podobě nových hraček nebo výletů, jak by si přála a představovala si. Stav dítěte se velmi zhoršil po jejich odchodu z rodiny od otce dítěte. I když otec se svým dítětem netrávil mnoho času, k dítěti se choval vždy hezky, měl ho rád a dítě ho tedy po odchodu z domu postrádalo. Dítě za čtyři roky svého života zažilo mnoho nepříjemných zážitků, žilo v nezdravě fungující rodině a z důvodu odloučení od svého otce trpělo, pravděpodobně i pocitem, že ho otec nemá rád. Všechny tyto aspekty se podepsaly na jeho psychickém stavu, jeho chování vůči své matce a okolí.

Dítě po příchodu do azylového domu vykazovalo typické stavy úzkosti a nadměrného strachu, tedy časté střídání nálad, buzení se ze spaní, sebelítost a lítost, že s nimi otec nebydlí. Dalšími projevy dítěte bylo odmítání matce, neposlušnost, stranění se dětskému kolektivu či konflikty v něm - agresivita vůči ostatním dětem, ničení stavebnic, v případě že děti odešly, hračky si ihned dítě nanosilo do kouta a začalo si s nimi v klidu hrát. Dítě tím hledalo a vytvářelo si svůj vlastní kout, svoje vlastní zázemí, neboť ho už dlouho nemělo a postrádalo.

Azylový dům pro matky s dětmi není zařízení, ve kterém se běžně psychoterapeutická pomoc poskytuje, spíše se jedná o výjimky. V tomto konkrétním případě by bylo prospěšné pracovat terapeuticky s dítětem, které jak již bylo zmíněno, vykazuje známky úzkosti a nadměrného strachu, proto mu bylo

doporučeno odborné vyšetření psychologem. V průběhu pobytu v azylovém domě s dítětem i s matkou pracovaly sociální a pedagogická pracovníce.

Psychický stav dítěte potřebuje péči, dítě by mělo poznat své obavy a začít se jim umět bránit, a ze strany matky dítě potřebuje cítit bezpečí, lásku a pozornost. Pomoc sociální pracovníce dítěti spočívala hlavně v tom, že vystupovala jako sociální opora, kterou za normálních okolností mají představovat rodiče. Z tohoto důvodu sociální pracovníce vedla s dítětem empatické rozhovory a poskytovala přiměřený fyzický kontakt. Opora od sociální pracovníce dítěti znamenala i to, že se mu věnovala v běžných denních situacích, naslouchala mu, nekritizovala ho, získala si jeho důvěru. Do této práce s úzkostným dítětem byla zapojena i matka, neboť ona je ta, která dítě zná nejlépe, tráví s ním nejvíce času, ví, jaké zážitky má dítě za sebou.

V případě práce s matkou nebyla prioritní pomoc psychologa či jiného odborníka, neboť řešení jejích prvotních problémů spočívaly ve stanovení a následném naplňování plánu pomoci. Spíše než o terapeutickou práci s matkou se tedy jednalo o sociální poradenství, poskytnutí informací a kontaktů. Rozhovory s matkou probíhaly formou řízených direktivních i nedirektivních rozhovorů. Direktivní rozhovor ji měl navést hlavně na to, aby si uvědomila, že pobyt v azylovém domě pro ni znamená nejen určitou dočasnou výhodu, ale i nutnost dodržovat jistá pravidla a řád azylového domu. Direktivní rozhovory dále měly za cíl klientku navádět na využití služeb a pomoci, kterou klientka potřebovala (návštěva úřadu práce, vyřízení sociálních dávek, uplatnění žádosti o sociální byt atd.). Zatímco nedirektivní otevřený rozhovor byl směřován k tomu, aby se klientka svěřila, lépe se orientovala ve své osobní situaci, uklidnila se, a na druhé straně také sociální pracovníci poskytla více informací o sobě a o dítěti.

Sociální pracovníce s klientkou nemusela pracovat v oblasti praktické, jako je např. starost o domácnost, vaření, hygiena na rozdíl od většiny klientek v azylovém domě. Pracovala s ní v oblasti výchovy syna, v orientaci v psychických problémech syna a v orientaci ve vztazích ve vlastní rodině. V případě, že by klientka obnovila kontakty a vztahy s vlastní rodinou (otec, matka), byla by to pro ni i dítě možnost,

jak trvale vyřešit svoji bytovou situaci, protože její rodiče bydlí sami ve velkém rodinném domě. V případě že by klientka obnovila kontakt s otcem dítěte, je velmi pravděpodobné, že by právě tato změna byla významnou součástí terapie úzkostných stavů syna.

5.7 Diskuse

Položila jsem si otázku, jaká je budoucnost matek a jejich dětí, které se ocitli v azylovém domě? Bohužel, praxe je taková, že pro málokterou matku je azylový dům prvním a zároveň i posledním útočištěm v její tíživé situaci. Tři měsíce je příliš krátká doba na to, aby si matka s dítětem dokázala svoji situaci vyřešit natrvalo. Po několika měsících (jen ve výjimečných případech je pobyt prodloužen) je matka nucena azylový dům opustit a v mnoha případech, i přes veškeré úsilí pracovníků azylového domu, se jen přestěhuje do jiného azylového domu. Stěhování z jednoho azylového domu do druhého pramení ze dvou hlavních důvodů: v první řadě je opravdu málo reálné během tak krátké doby zvládnout a vyřešit celý komplex tak zásadních a existenčních problémů, jako je bydlení, práce a finance. A k tomu musíme vzít v úvahu i závažný fakt jako je inteligence, schopnosti a zájem matek tuto situaci řešit. Případ, kdy matka jeví alespoň standardní zájem o to, jak situaci vyřešit je, řekla bych, bohužel spíše výjimečná.

A v neposlední řadě musíme vzít v úvahu i fakt, že možnosti azylových domů nejsou neomezené, každý azylový dům má limitované finanční prostředky, a tomu odpovídá i omezený počet pracovníků a odborníků. Ideální situace pro každý azylový dům by bezesporu byla následující - pravidelný kontakt s psychologem či psychoterapeutem a pro praktické řešení záležitostí klientek i kontakt s právníkem.

Současně si však také uvědomuji, že moje zkušenosti a závěry ze dvou azylových domů nemohou být reprezentativním vzorkem pro zevšeobecnění problémů v azylových domech, zejména co se úzkosti a nadměrného strachu u dětí týče, což bylo hlavním záměrem méj diplomové práce.

6 POTVRZENÍ ČI VYVRÁCENÍ HYPOTÉZY. ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK POLOŽENÝCH V PRVNÍ KAPITOLE

Hypotézu, kterou jsem si v úvodu položila, nyní potvrdím nebo vyvrátím a pokusím se odpovědět na položené otázky. Teoretické odpovědi v některých případech doložím i úryvky z případové studie (PS: případová studie, text kurzívou).

Můj hypotetický úsudek, že nadměrná úzkost u dítěte vzniká po dlouhodobém a intenzivním působení podnětů a situací, byl správný. *PS: Dítě vyrůstalo v prostředí, ve kterém se objevovala agresivita rodinného příslušníka i konzumace alkoholu... Projevy úzkosti mohou být důsledkem neuspořádaného života matky, častým stěhováním, cestováním z místa na místo, absencí klidného domova a zázemí.*

Každé dítě však představuje individualitu, dítě se v průběhu života učí, na co si dát pozor a čemu se vyhnout, co ho může ohrožovat, co je pro něj nebezpečné. Na vzniku úzkosti se bezesporu také podílí dědičnost a prostředí.

Na otázky, co je to úzkost a strach, jaké jsou jejich příčiny, a mají-li na dítě nejen negativní ale i pozitivní význam, není stručná odpověď. Úzkost i strach jsou lidské emoce podílející se na formování a rozvoji osobnosti. Strach představuje nepříjemný pocit, který se váže na konkrétní podnět či situaci. Naopak úzkost nemá jasný zdroj a jde o pocit intenzivní stísněnosti. *PS: Matka dítěte byla milující a pečlivá, často však na dítě přenášela negativní pocity, emoce, nervozitu, bezradnost, smutek, lítost i zlost.*

Jestliže tyto emoce nepůsobí v nadměrné míře, člověk jim dokáže naslouchat a zvládne je překonat, mohou mít i pozitivní význam. Vystupují totiž jako varovné signály před nebezpečím a díky tomu člověk aktivuje své obranné síly.

Vznik úzkosti a strachu musíme vždy chápat v souvislosti s rodinným systémem, vztahy a situacemi uvnitř rodiny. I když se dítě jeví jako zdroj obtíží, zajímáme se o rodinný kontext, který je jedním z určujících hledisek pro vývoj dítěte, a tedy i úzkosti. *PS: Syn klientky je průměrně inteligentní, ale vzhledem*

k prožití situaci, častým stresům, absenci otce a babičky, a v neposlední řadě labilnímu stavu matky, vykazuje známky nervozity, špatného soustředění, neschopnosti zapojit se do kolektivu dětí, často je na děti agresivní. Jindy naopak vyhledává samotu a dětskému kolektivu se straní. Evidentní jsou majetnické sklony k hračkám, chce je mít jen pro sebe. Dalšími důležitými faktory při utváření úzkosti u dítěte jsou vztahy mezi spolužáky a vrstevníky, podmiňovací procesy (fixace, úlekové reakce...), traumatické události a zážitky, genetické a rodinné vlivy a vztahy mezi rodiči, jejich chování mezi sebou a chování vůči dítěti.

Na otázku, zda jsou rodiče schopni rozpoznat nadměrnou úzkost u svého dítěte, není lehká odpověď. Tak jako je každé dítě individualitou, jsou i jejich rodiče rozdílní. Různí se tedy i jejich schopnosti vnímat své dítě a naslouchat jeho „volání o pomoc“. PS: *Klientka dokázala opustit rodinu svého přítele a chránit sebe i syna před agresivitou. Dále si je vědoma i toho, že s výchovou syna už začíná mít problémy a reálně vnímá i reakce okolí na chování svého syna. Chápe i to, že potřebuje pomoc (např. rada učitelky mateřské školy), a je si vědoma i konfliktního chování syna v kolektivu dětí.*

Na otázku, jak je to s odbornou pomocí u úzkostného dítěte, a jaké jsou možnosti a kompetence sociálního pracovníka pracujícího v azylovém domě, opět není stručná odpověď. Je-li dítě nadměrně úzkostné a rodiče s ním vyhledají odbornou pomoc, účinnost léčení závisí na zvolené terapeutické metodě a na postupu, který terapeut pro dítě zvolí. V případě, že se dítě s úzkostí a nadměrným strachem ocitne v azylovém domě, kvalitní a komplexní péči může dítěti i jeho matce poskytnout i sociální pracovník. Sociální pracovník musí nejdříve posoudit, zda dítě potřebuje odborné vyšetření u psychologa. Pokud dítě takové vyšetření a diagnostiku absolvuje, je třeba, aby sociální pracovník s psychologem navázali kontakt, a v pomoci dítěti v rámci možností spolupracovali. Ať už dítě odborné vyšetření potřebuje (absolvuje) nebo ne, sociální pracovník v azylovém domě pro úzkostné dítě bezesporu představuje sociální oporu, pomáhá mu uvolnit napětí, které mu znehodnocuje život, napomáhá dítěti orientovat se v jeho obavách. Sociální

pracovník s dítětem (i s jeho matkou) může vést empatický rozhovor, naslouchá mu a může představovat pro dítě oporu i v běžných denních situacích. Úspěšnost pomoci dítěti závisí na spolupráci s matkou, ona je ta, která dítě zná nejlépe, a ví, jaké potřeby dítě má a zážitky má dítě za sebou.

ZÁVĚR

Úzkost a nadměrný strach jsou emoce, které člověka formují, které ho provázejí celým životem. Působí-li tyto emoce v přijatelné míře a jsou-li pro člověka srozumitelné a zvládnutelné, mají pro člověka pozitivní význam. Jestliže však úzkost a nadměrný strach působí dlouhodobě a v nadměrné míře, psychika člověka je těmito emocemi zatěžována, emoce mohou působit až patogenně. Rozpoznat hranici mezi pozitivními a negativními vlivy úzkosti a nadměrného strachu a snaha rozumět těmto emocím, je úloha pro pracovníky pracující v pomáhajících profesích.

K případu, kterým jsem se zabývala ve své případové studii, považuji za důležité uvést, že klientka a její syn nejsou typickým příkladem klientely, který se v azylových domech objevuje. Dle mých zkušeností se dvěma azylovými domy je běžnější, že do azylového domu se dostávají matky, které jsou inteligenčně spíše podprůměrné, pocházejí ze sociálně slabších rodin, nemají vůbec žádné rodinné vazby, nezvládají základní péči o domácnost, dokonce ani o dítě. Práce sociálních pracovníků v těchto případech spočívá zejména v tom, že je vedou a učí právě této základní péči o domácnost i o dítě, stejně jako zodpovědnosti k sobě, k dětem, k okolí, k práci, k povinnostem vůbec.

Přesto se domnívám, že i na tomto ne zcela typickém případě matky s dítětem v azylovém domě lze ukázat typické příčiny, z jakých matky azylové domy vyhledávají, a lze ukázat i práci sociálních pracovníků v azylových domech s dětmi i matkami. Stejně tak lze ukázat prožitky dětí s úzkostí a nadměrným strachem a hlavní vlivy, které způsobují tyto problémy u dětí, což je nepříznivé rodinné zázemí.

Moje pocity a zkušenosti z praxe v azylovém domě nemohu označit jinak než ambivalentní. Na jedné straně jsem si uvědomila, jak důležitou roli azylové domy mají, jak nezastupitelné jsou pro určitou sociální skupinu lidí, kteří se v určité fázi svého života ocitnou v problémech, v krizi, na dně. Na druhé straně jsem však měla možnost poznat, uvědomit si, že sebelepší právní a sociální systém matce a jejímu dítěti nenahradí funkční rodinné zázemí, city, lásku. Ani ten nejdokonalejší demokratický a právní systém nikomu na světě nenahradí rodinu.

Pro důkladnější prozkoumání tak složité problematiky, jako je úzkost a nadměrný strach u dětí, které se svoji matkou bydlí v azylovém domě, by bylo třeba provést zkoumání ve více azylových domech tohoto typu, v tomto prostředí. A až poté, na základě zkoumání reprezentativního vzorku získaného z více azylových domů, by bylo možné sestavit vypovídající kvantitativní výzkum.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BEIDEL, D.C., ALFRANO, C.A. Child anxiety disorders. A guide to research and treatment. 2nd ed. New York: Roudledge - Taylor&Francis Group LLC, 2011. 524 s. ISBN 978-415-87373-4

BAKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Přel. J. Lorenc. Praha: Triton, 2007. 252 s. ISBN 078-80-7254-955-9.

ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. Přel. J. Kubátová, J. Štěpo. Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. Praha: SPN, 1978.

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-548-2.

MARKHAMOVÁ, U. *Pomáháme dětem zvládnout stres*. Praha: Talpress, 1996. 143 s. ISBN 80-7197-020-4.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina*. Praha: SPN, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, O., aj. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003a. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., aj. *Pedagogický slovník*. 4.vyd. Praha: Portál, 2003. 328s. ISBN 80-7178-772-8.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

TOMEŠ, I., aj. *Vzdělávací standardy v sociální práci*. Praha: Socioklub, 1997. 334 s. ISBN 80-902260-3-5.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. 197 s. ISBN 80-7178-503-2.

VOKURKA, M., HUGO, J., aj. *Velký lékařský slovník*. 4. rozš.vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 182 s. ISBN 80-7178-830-9.

VYMĚTAL, J., aj. *Speciální psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

WEIST, J.R., KARDIN, A.E. *Evidence – Based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York: The Guilford press, 2010. 602 s. ISBN 978-1-59385-974-9

Internetové citace

HARVARD MEDICAL SCHOOL. *Children`s fears and anxieties/online/*. c2004,last revision 2011. <http://www.health.harvard.edu/mental>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: **Daniela Procházková**

Studijní program: **Sociální politika a sociální práce**

Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Úzkost a nadměrný strach u dítěte, které bydlí se svou matkou v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni**

Počet stran (bez příloh): **76**

Celkový počet stran příloh: **2**

Počet titulů české literatury a pramenů: **21**

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: **3**

Počet internetových odkazů: **1**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Prokeš**

Rok dokončení práce: **2011**

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.
V Praze, dne: 24.8.2011

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Daniela Procházková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Úzkost a nadměrný strach u dítěte, které bydlí se svou matkou v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni

Vedoucí práce: Mgr. Martin Prokeš

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 75

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 25

Výběr tématu

Závažnost tématu

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

x				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V práci často zmiňujete systemický přístup k rodině, můžete popsat v tkví jeho podstata a jak se liší například od Vámi také zmiňované, KBT?

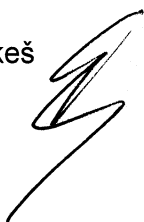
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část je zpracována výborně, u části praktické mi připadá vhodná zvolená metoda, ale problematická je velikost vzorku. Myslím, že větší počet kasuistik by byl přínosem. Práci přesto doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: Mgr. Martin Prokeš



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Daniela Procházková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Úzkost a nadměrný strach u dítěte, které bydlí s matkou v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni

Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 25

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Ve své práci zmiňujete systemický přístup k rodině a techniku externalizace, jaké další techniky používá systemická rodinná terapie?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka se ve své práci věnuje aktuálnímu tématu úzkost a nadměrný strach u dítěte, které bydlí s matkou v azylovém domě.

Teoretická část diplomové práce je čtivá, dobře srozumitelná a obsahově plná. Autorka prokázala, že umí dobře pracovat s odbornou literaturou a v dané problematice se plně orientuje.

Praktickou část tvoří pouze jedna nepříliš rozsáhlá kasuistika. Škoda, že si studentka nedala více práce s praktickou částí, domnívám se, že více kasuistik z několika azylových domů by práci prospělo.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 18.9.2011



Mgr. Eva Petráková