



SEŠIT SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce a krizová intervence



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Informace o projektu

Tento Sešit je vydán a financován prostřednictvím projektu „Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“, registrační číslo projektu je CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003751. Projekt je součástí Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu a plynule navazuje na svého předchůdce stejného názvu.

Období realizace projektu: 2016 – 2020

Více o projektu **Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II**

Hlavním cílem projektu je profesionalizace výkonu sociální práce v České republice, a to prostřednictvím zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků. Dalšími cíli jsou posílení profesní identity a zlepšení mediálního obrazu sociální práce ve společnosti, stejně jako zvýšení povědomí o možnostech sociální práce ve prospěch klientů (i potencionálních).

Aktivity projektu jsou primárně směřovány k sociálním pracovníkům aktivně vykonávajícím činnosti sociální práce na území ČR v souladu s ustanovením §109 a §110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a nepřímo široké veřejnosti.

Přehled již realizovaných akcí v rámci projektu:

- Konference pořádaná u příležitosti Světového dne sociální práce 2017
– 21. března 2017
- Podzimní škola sociální práce 2017
– 11. 9. - 15. 9. 2017
- 1. Odborné seminář v Olomouci
– 23. listopadu 2017
- Konference pořádaná u příležitosti Světového dne sociální práce 2018
– 20. března 2018
- Proběhlo historicky první předání ocenění Gratias určené sociálním pracovníkům
- Jarní škola sociální práce 2018
– 14. – 18. 5. 2018
- Zahraniční studijní cesty na Slovensko
– Košice – 17. 6. - 23. 6. 2018
– Nitra – 8. 7. - 14. 7. 2018
- Kurz mediálních dovedností
– říjen 2018
- 2. Odborný seminář v Českých Budějovicích 29. 11. 2018
- Konference pořádaná u příležitosti Světového dne sociální práce 2019
– 20. a 21. března 2019 v Praze

Cílová skupina: sociální pracovníci, nepřímo široká veřejnost

Hlavní cíle: podpora profesionalizace výkonu sociální práce v ČR a pozitivní propagace profese

Plánované akce v rámci projektu:

- 1. Workshop – 4. - 5. června 2019
- 2. Workshop – září 2019
- 3. Odborný seminář – konec listopadu 2019
- Konference pořádaná u příležitosti Světového dne sociální práce - 17. března 2020
- Závěrečná konference – červen 2020

Další aktivitou v projektu je databáze sociálních pracovníků

Cílem je vytvoření pilotního modelu aplikace databáze určené k registraci sociálních pracovníků, ke zveřejňování novinek, doporučených postupů, inzerce apod.

V rámci projektu jsou a budou realizovány níže uvedené **klíčové aktivity**:

Posílení kompetencí sociálních pracovníků

- Aktivita je zaměřena primárně na zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků pořádáním vzdělávacích aktivit jako jsou konference pořádané u příležitosti Světového dne sociální práce, odborné semináře, workshopy, Jarní/Podzimní škola sociální práce, vzdělávací program v oblasti mediálních dovedností, odborné články a odborné publikace a zahraniční studijní cesty (Slovensko).
- Zřízením odborné knihovny a studovny s možností zapůjčení mnoha tuzemských i zahraničních odborných titulů.

Pilotní nastavení a ověření *v oblasti profesního růstu sociálních pracovníků, v oblasti kvality a efektivity výkonu sociální práce a vytvoření databáze sociálních pracovníků*

- V rámci této aktivity budou navrženy podmínky pro získání profesních stupňů specialista a všeobecně uznávaný odborník, a to na úrovni klientské a neklientské.

Osvěta / Mediální obraz sociální práce

- Cílem této aktivity je pozitivní propagace sociální práce za účelem rozšíření povědomí o jejích možnostech, tj. o podpoře a pomoci, kterou sociální pracovník může a umí nabídnout klientovi (i potenciálnímu), a zároveň tím podpořit osvětu sociální práce.
- V pravidelných intervalech jsou vydávány články a publikace, které odrážejí činnosti tohoto projektu a zaměřují se na aktuální témata v oblasti výkonu sociální práce.
- Články:
 - na www.socialninovinky.cz
 - v elektronickém časopise Sociální práce/Socialná práca
 - v Listech sociální práce
- Sešity sociální práce
- Sborníky z konferencí
- Publikace ze zahraničních studijních cest

- Plakáty sociální práce a odbornou veřejností nominovaných sociálních pracovníků
- Televizní a radiové spoty
- Videospoty

Evaluace projektu

- V rámci aktivit projektu bude zhotovena evaluační studie s cílem zhodnotit dosažené výsledky a krátkodobé dopady. Evaluační aktivity a zpracování studie probíhají průběžně po celou dobu realizace projektu.

O akcích projektu vás budeme pravidelně informovat na stránkách www.budmeprofi.cz a na facebookovém profilu Budme profi.

Projekt je financován z prostředků Operačního programu Zaměstnanost a ze státního rozpočtu.



Věříme, že pro Vás byl Sešit sociální práce užitečný a pokud o něj máte zájem i v tištěné podobě, můžete si pro něj zajít do naší **Odborné knihovny projektu**, kde je to možnost zapůjčení odborných publikací. Knihovna sídlí na adrese Na Maninách 876/7, Praha 7 - Holešovice, 4. Patro, kancelář 20 B – na recepci Vás nasměrují. V knihovně naleznete spoustu zajímavých, jinak těžko dostupných titulů, týkající se sociální práce. V minulém roce byla knihovna rozšířena o 42 odborných titulů! Seznam všech knih naleznete na webové stránce <http://www.budmeprofi.cz/knihovna/>. Prosíme Vás – čtenáře, abyste se před návštěvou ohlásili a oznámili přibližný čas, kdy Vás můžeme očekávat. Součástí odborné knihovny je nově také studovna, kterou můžete využít k prostudování publikací, zejména těch, které jsou určeny pouze k prezenčnímu zapůjčení.



Kontakt:

Mgr. Lucie Mičínová
(lucie.micinova@mpsv.cz, 770 147 943)

*Děkujeme
Váš tým Profiků II*

Úvodní slovo



Vážení čtenáři, představuji Vám další vydání publikace Sešit sociální práce (dále jen „SSP“), který je jedním z výstupů projektu „Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“. Předkládaný SSP se zaměřuje na důležité téma „Sociální práce a krizová intervence“. Publikace, kterou držíte v rukou, prezentuje příklady dobré praxe zkušených odborníků – sociálních pracovníků/pracovnic poskytujících pomoc klientům v krizové situaci. Prezentuje témata, která doposud nejsou dostatečně zpracovaná, přitom jsou však v praxi sociální práce relativně častá.

V průběhu našeho života zažíváme různé životní situace, ke kterým patří i životní krize. Tyto krize se objevují v rozličných formách a v různé míře intenzity. Z různého důvodu vznikají a lidé je různými způsoby řeší. Důležitým mechanismem pro vyrovnávání se s krizí v případech, že naše osobní obranné mechanismy selžou, je svépomoc nebo pomoc okolí, rodiny, přátel, kolegů, které jsou velmi důležité. Když ale tato možnost není k dispozici, otevírá se prostor pro odbornou pomoc. Znovu se upevnit v pocitu, že na život nejsem sám. Krizová intervence představuje záměrný a cílený zásah do krizové situace, kterou osoba nedokáže řešit sama za pomoci vlastních sil a ověřených copingových strategií. V krizi klient cítí ohrožení své identity a kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat život pro nás má vysokou hodnotu, která je v krizi ohrožena.

Krizová intervence má v sociální práci a v sociálních službách své nenahraditelné místo. V kontextu sociálních služeb tuto pomoc nazýváme krizovou pomocí a řadíme ji mezi služby sociální prevence. Sociální pracovník/pracovnice má v rámci svých kompetencí odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty své profese.

Předkládané příspěvky sociálních pracovníků/pracovnic s letitou zkušeností s klienty v krizi reflektují náročnou práci s touto cílovou skupinou na konkrétních příkladech dobré praxe. Můžete se také dočíst více o konceptu krizové intervence v kontextu sociální práce, o krizové události velkého rozsahu, o krizové intervenci u osob se závislostí či u osob ohrožených domácím násilím. Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující.

Sociální pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů.

Pevně věřím, že předkládaný text bude inspirativní pro Vaši vlastní každodenní praxi v práci s klientem. Jakkoliv krize nebývá stavem příjemným, je nutno poznamenat, že je stavem k životu patřícím, a že je často nezbytnou vývojovou fází řady dějů, které nelze obejít. Se svým velkým dynamickým nábojem někdy dokonce tvoří uzlové momenty našeho života.

Mgr. Bc. David Pospíšil, DiS.

ředitel Odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení

OBSAH

Obsah	6
Představení odborné garantky publikace	8
Úvod	9
KAPITOLA 1 / KRIZOVÁ INTERVENCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	13
Anotace	15
Krizová intervence v jednotlivých sociálních službách	15
Intervenční centrum	16
Krizová pomoc	17
Telefonická krizová pomoc (linka důvěry)	17
Ostatní sociální služby	19
KAPITOLA 2 / KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	21
Anotace	23
Připravenost sociálních pracovníků	24
Proces krizové intervence	24
Podpora osob se zdravotním postižením v krizových situacích	26
KAPITOLA 3 / KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZÁVISLOSTÍ	29
Anotace	31
Specifika krizové intervence u osob závislých	31
Adiktologické služby	32
KAPITOLA 4 / DOMÁCÍ NÁSILÍ	37
Anotace	39
Definice a znaky domácího násilí	39
Intervence u osob ohrožených domácím násilím	40
Navázání kontaktu s osobou ohroženou	40
Identifikace problému	41
Poskytování podpory	41
Řešení situace	42
Služby intervenčních center	43

KAPITOLA 5 / SYNDROM CAN	47
Anotace	49
Týrání dítěte	49
Fyzické týrání	49
Psychické a emocionální týrání	50
Zanedbávání dítěte	51
Zneužívání	51
Úkoly sociálního pracovníka	52
<u>Závěr</u>	<u>57</u>
<u>Bibliografie</u>	<u>62</u>

PŘEDSTAVENÍ ODBORNÉ GARANTKY PUBLIKACE



PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA už prakticky dvacet let vzdělává a superviduje sociální pracovníky. Vystudovala sociologii a andragogiku v profilaci na sociální práci, jednooborovou psychologii a manažerské studium personalistiky. Působila jako sociální pracovnice v rodinné poradně, krizový intervent, odborný garant a supervizor na linkách důvěry. Absolvovala výcviky v krizové intervenci a v PCA poradenství a terapii. V současné době působí na Katedře sociologie, andragogiky a kulturní antropologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého

v Olomouci a v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské v Bílé Vodě, spolupracuje i s dalšími institucemi. Specializuje se především na problematiku zvládání náročných životních situací, gerontologii a thanatologii. Je průkopníkem poradenství pro pozůstalé v České republice a první autorizovanou osobou v této oblasti. Naděžda Špatenková je autorkou a spoluautorkou řady odborných publikací, např. Krize a krizová intervence, Poradenství pro pozůstalé, KRIZE jako psychologický a sociologický fenomén, Domácí násilí, O posledních věcech člověka, Hřbitov jako veřejný prostor, Reminiscenční terapie, Edukace seniorů, Sexualita a intimita v závěru života apod.

Úvod

Krise je (nejen) v sociální práci velmi frekventovaný termín, který je skloňován ve všech pádech a jsou mu připisována nejrůznější adjektiva. Krize je obvykle vnímána jako nějaká extrémní záležitost, něco, co jedince zcela vykolejí z běžného fungování. Jedná se o situaci, která je prožívána jako zátěžová, nepříznivá, ohrožující. Nicméně krizové situace byly, jsou a budou nedílnou a přirozenou součástí našeho života i života ostatních. Krize se nevyhýbají nikomu, zažívají je děti, dospělí, senioři, osoby se zdravotním postižením, může postihnout nejen jedince, ale i páry, rodiny, komunity, společnosti.¹ Krize by ale neměla být automaticky považována za něco nenormálního, natož patologického, krizi je totiž možné pojímat také jako vývoj, změnu – a nezřídka i změnu k lepšímu. Krize tak současně představuje nejen hrozbu, ale i příležitost.²

Specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi, bývá vymezována jako krizová intervence. S ohledem na to, koho krize postihla, se může jednat nejen o individuální intervenci, ale také o zásah na úrovni rodiny nebo komunity.

Lidé v krizové situaci se obvykle snaží nejprve pomoci si sami, teprve potom kontaktují ostatní (např. příbuzné, přátele, známé), aby jim pomohli. Jestliže svépomoc i vzájemná pomoc selhávají nebo nejsou dostatečně účinné a krizová situace se dále prohlubuje, otevírá se prostor pro odbornou pomoc. V kontextu sociálních služeb tuto pomoc nazýváme krizovou pomocí a řadíme ji mezi služby 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 (§ 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů; dále jen „zákon o sociálních službách“). Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Do této skupiny sociálních služeb patří telefonická krizová pomoc, noclehárny, azylové domy, sociální rehabilitace, terapeutické komunity, raná péče, domy na půli cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Sociální služby jsou poskytovány v ambulantních, pobytových nebo terénních formách. Dané služby jsou poskytovány vždy bezplatně (§ 72 zákona o sociálních službách).

1. Špatenková et al. (2004)

2. Špatenková et al. (2017)

Mezi základní úkony sociální služby krizová pomoc patří:

- 1) poskytnutí ubytování,
- 2) poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění,
- 3) sociálně terapeutické činnosti,
- 4) pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon také vymezuje všem výše uvedeným sociálním službám základní úkony, které musí daná služba poskytovat (§ 54–70 zákona o sociálních službách).

Dle zákona o sociálních službách patří mezi cílovou skupinu klientů krizové pomoci:

- 1) osoby, které jsou ohroženy krizovou sociální situací,
- 2) osoby, které mají životní návyky a způsob života, který vede ke konfliktu se společností,
- 3) osoby, které žijí v sociálně znevýhodňujícím prostředí,
- 4) osoby, jejichž práva a oprávněné zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné fyzické osoby.

Krizová intervence má tedy v praxi sociálních služeb své neoddiskutovatelné místo, a to nejen ve službách, kde je poskytována krizová pomoc, ale také ve službách, které takto vymezeny nejsou, protože i tam může být krizová intervence užitečná. Z daného důvodu jsme pro sociální pracovníky připravili tento Sešit sociální práce. Zaměřili jsme se především na témata, která doposud nejsou dostatečně zpracovaná, přitom jsou však v praxi sociální práce relativně častá.

V prvním příspěvku je reflektován koncept krizové intervence v kontextu sociální práce. Simona Dohnalová je zkušená krizová interventka, která dlouhodobě působí v sociálních službách a v posledních letech se věnuje také vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti krizové intervence a psychosociální pomoci.

Vzhledem k tomu, že krizové události velkého rozsahu a dopadu (např. povodně, výbuch, teroristický útok apod.) mohou zasáhnout i rezidenční sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, a taková situace pak představuje skutečně náročnou situaci pro všechny zainteresované, zařadili jsme i příspěvek věnovaný této problematice. Text zpracovala Bianka Hudcová, která je mimo jiné členkou Komunitního intervenčního psychosociálního týmu Jihomoravského kraje.

Spouštěčem, resp. příčinou, ale také následkem krizových situací je v našem sociokulturním prostředí velmi často alkohol („dáme pár panáků, hned nám bude líp, utopíme tu chandru v alkoholu“), případně nealkoholové drogy („zahulíme, uklidníme“). Odborná literatura se v názorech na poskytování intervence osobám pod vlivem návykové lát-

ky poněkud rozchází. V důsledku omamné a psychotropní látky se totiž mění prožívání a chování jedince, práce s takovou osobou je pak nejen náročná, ale někdy i kontraproduktivní. Jak tedy intervenovat v případech, kdy se jedná přímo o osoby závislé? I tito lidé mohou zažívat krizové situace a v důsledku své závislosti je řeší velmi neefektivně. Snadno tak mohou dostat do krize nejen sebe, ale i jiné osoby – své partnery, rodiny, děti. Krizovou intervencí u osob se závislostí popisuje vedoucí terapeutické komunity pro drogově závislé Gabriela Mahrová.

Častým tématem krizové intervence je násilí, domácí násilí nevyjímaje. Tuto problematiku představuje ve svém příspěvku Drahomír Ševčík, který se danému tématu věnuje dlouhodobě a intenzivně. Sociální pracovníci by se měli naučit správně identifikovat a detekovat problém domácího násilí, pochopit jeho kontext a dynamiku a osvojit si efektivní intervence. Měli by se naučit citlivě komunikovat s osobami ohroženými domácím násilím a ukázat jim cestu ke službám specializovaných pracovišť – intervenčních center pro pomoc osobám ohroženým domácím násilím.

I v rodinách, ve kterých dochází k násilí, často vyrůstají nezletilé děti. Děti mohou být nejen svědky takového jednání, ale mohou být i přímými oběťmi násilí. K nejzávažnějším formám pak patří tzv. syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (tzv. syndrom CAN). Zpracování tohoto tématu se ujala Eva Klimentová, odbornice na danou problematiku.

Uvědomujeme si, že výčet témat ani nabízených doporučení pro krizovou intervenci není komplexní. Přesto doufáme, že se jedná o prakticky využitelný a užitečný počín.



KAPITOLA 1

KRIZOVÁ INTERVENČE V SOCIÁLNIČH SLUŽBÁCH

KRIZOVÁ INTERVENCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH



Mgr. Simona Dohnalová

Mgr. Simona Dohnalová vystudovala Právnickou fakultu Masarykovy univerzity v Brně a řadu let pracovala jako právník. Po absolvování kurzů Psychologické první pomoci a Komplexní krizové intervence začala působit v Intervenčním centru Olomouc, kde poskytovala právní poradenství a krizovou intervenci osobám ohroženým domácím násilím. Působila jako krizový intervent a posléze i jako vedoucí Linky důvěry Olomouc. V současné době pracuje jako ředitelka Střediska sociální prevence Olomouc, p. o. Přestože aktuálně působí v managementu sociálních služeb, věnuje se i nadále krizové intervenci a vzdělávací činnosti v této oblasti. Je spoluautorkou publikace Krize a krizová intervence.

Anotace

Krizová intervence má zcela jistě v praxi sociálních služeb své místo. Často se mě lidé poskytující sociální službu ptají, jak zakomponovat, nebo-li „zapsat a vykázat“, krizovou intervenci v rámci příslušné konkrétní sociální služby. V průběhu výcviku v krizové intervenci účastníci získávají znalosti a dovednosti. Učí se strukturu krizové intervence, ať už podle „ABC modelu“ nebo podle struktury „Úvod, stať a závěr“. Pro krizovou intervenci je zásadní nalezení zakázky klienta, tj. téma intervence. Sociální pracovníci poskytující sociální služby někdy váhají, jak strukturu krizové intervence uchopit. Zákon o sociálních službách požaduje dodržovat následující fáze: jednání se zájemcem; uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby; individuální plánování služby. Setkala jsem se i s názorem, že lze kvalitně dělat buďto jedno (tj. jít podle struktury krizové intervence) nebo druhé (tj. dodržet fáze poskytování sociální služby), ale skloubit oba procesy nelze. Ze zkušenosti s poskytováním sociálních služeb v rámci intervenčního centra a telefonické krizové pomoci, mohu říci, že obojí je možné.

V článku se pokusím vysvětlit svůj pohled na implementaci krizové intervence do sociální práce v procesu poskytování sociálních služeb. A to jak služeb, kde je poskytování krizové intervence zákonem dané, tedy pro službu povinné, tak služeb, kde konkrétně krizová intervence požadována není, nicméně je užitečná.

Dále se v článku pokusím upozornit na to, jak důležité je, aby krizová intervence byla pojímána jako soubor znalostí a dovedností se strukturovaným přístupem k situaci klienta, které lze získat pouze speciálně koncipovaným vzděláním. Znalosti jsou zde chápány jako teoretické informace o jednotlivých tématech či specifických cílových skupinách. Dovednosti jsou zde chápány jako kompetence získané opakovaným praktickým nácvikem modelových situací se zpětnou vazbou pro intervenanta. Z uvedeného vyplývá, že si nevystačíme pouze s šesti až šestnáctihodinovou teoretickou přednáškou na téma krize a krizová intervence, ba dokonce ani s přednáškami a ukázkami krizové intervence v rámci jednoho semestru výuky jedenkrát týdně ve skupině 30 studentů.

Krizová intervence v jednotlivých sociálních službách

Pojem krizová intervence nalezneme ve výše uvedeném zákoně a ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „prováděcí vyhláška“), u tří sociálních služeb: krizová pomoc, intervenční centra a telefonická krizová pomoc.

Intervenční centrum

Příklad č. 1

Na dveře intervenčního centra se ozve slabé zaťukání. Za dveřmi stojí jedna z klientek. Starší žena, vdaná, matka dvacetiletého syna. Žije v domácím násilí ze strany manžela i syna. Jeden z těch případů, kdy domácí násilí trvá desítky let, nikdy nebylo řešeno Policií ČR, oběť se nikomu nesvěřila. Až nyní. Přišla poslední kapka, poslední incident, kdy jí syn vyhrožoval s nožem v ruce zabitím. Proto asi před dvěma týdny přišla, nový termín si ale nedomluvila. Prý se ozve, když bude potřebovat. Nyní přichází bez objednání. Stojí ve dveřích, prsty nervózně žmoulá olivku na flísové vestě. Pohled upírá do koutu místnosti a tiše, ale rozhodně, říká: „Já už dál nemůžu, já se chci zabít.“

Možné řešení:

Práce s touto klientkou nebyla o poradenství v oblasti domácího násilí. Klasický poradenský přístup zde nestačí. Člověk nacházející se v tunelu myšlenek na smrt neslyší praktické rady, plány, nechce přijímat informace. Není toho schopen. Jeho myšlení funguje jinak, potřebuje zaměřit pozornost na tady a teď, rozšířit tunelové vidění, jehož jediným cílem je smrt. Rozhovor s klientem není o přesvědčování, vyloučování, moralizování, zabraňování dokonání sebevraždy bez jeho vlastního rozhodnutí. Sociální pracovník by se neměl takového rozhovoru zaleknout, nechat se zahltit vlastní bezmocí a přijímat odpovědnost za život klienta. Měl by zůstat klidný, otevřeně s klientem hovořit, a to i o tématu sebevraždy, zajistit klientovo aktuální bezpečí, postupně mapovat situaci a podněcovat k rozšíření úhlu pohledu. Aby sociální pracovník intervenci úspěšně zvládl, potřebuje jednak teoretické znalosti a jednak dovednosti krizové intervence u sebevražedných klientů. Ve výcvicích je téma sebevražd zařazováno jako samostatné téma a věnuje se mu náležitá pozornost. Bez takové specializované průpravy by intervence u dané klientky nebyla úspěšná. Myšlenky na sebevraždu vyvolala celková situace v jejím životě. Domácí násilí bylo jen jedním z důvodů. Do intervenčního centra přišla z banky, kde neúspěšně řešila nesplacené dluhy svého manžela a syna. Banka se rozhodla podat návrh na exekuci. Ona táhla domácnost jen ze svého ne příliš vysokého platu, ani syn, ani manžel nepracovali. Tehdy ji dostihla bezmoc a bezvýchodnost situace...

Sociální služba intervenčního centra je upravena v § 60a zákona o sociálních službách a základní činnosti intervenčních center jsou rozvedeny v § 25a prováděcí vyhlášky. Z popisu služby ve vyhlášce vybírám úvodní část: „*Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v intervenčních centrech se poskytují v rozsahu sociálně terapeutických činností: krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu.*“ Z uvedeného vyplývá, že klientka, která zaťukala na dveře intervenčního centra, přišla na správné místo a snad i ve správný čas. Přítomní pracovníci měli výcvik v krizové intervenci, a i když tento typ intervence neočekávali, díky výcviku si s touto situací poradili. Klientka krizi zvládla a odcházela stabi-

lizovaná s plánem prvního kroku. Zároveň si s pracovníky intervenčního centra dohodla další setkání.

Podle prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách je zajištění poskytnutí krizové intervence v rámci sociálně terapeutických činností povinností poskytovatele této sociální služby. Adekvátní vzdělání sociálních pracovníků v krizové intervenci je proto nezbytné. Nepříznivou sociální situací je v rámci této služby domácí násilí. Obecným cílem poskytování sociální služby intervenčního centra sjednaným ve smlouvě o poskytování sociální služby bývá velmi často ukončení domácího násilí v životě klienta. Dílčími cíli pak jsou jednotlivé kroky, které k tomuto obecnému cíli vedou, např. podání návrhu k soudu (žaloba na vyklizení bytu násilnou osobou, návrh na rozvod manželství apod.). Nežřídka zde v rámci individuálního plánování klient formuluje dílčí cíl jako emocionální podporu v řešení domácího násilí, pomoc s překonáním akutních stavů. V intervenčním centru mohou tento dílčí cíl pomoci naplňovat jak psycholog v rámci dlouhodobější spolupráce, tak sociální pracovník či právník právě v kontextu krizové intervence.

Krizová pomoc

Obdobně jako u intervenčního centra bude krizová intervence implementována do procesu poskytování sociální služby jako krizová pomoc. Prováděcí vyhláška totiž definuje povinný úkon sociálně terapeutické činnosti shodně s intervenčním centrem: "krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu". Poskytovatel krizové pomoci vymezuje v souladu s okruhem osob, kterým službu poskytuje, nepříznivé sociální situace, které pomáhá klientům překonat. Krizová intervence zde může být poskytována jednorázově nebo kontinuálně (nicméně krizová intervence je časově limitovaná, odborná literatura uvádí max. 6 až 8 setkání klienta s krizovým interventem). Cílem poskytování služby pak může být např. překonání definované nepříznivé sociální situace a jednotlivými kroky k naplnění cíle, např. emocionální podpora, vytvoření plánu překonání krize. Ani v tomto případě není nutné individuálnímu plánování služby přizpůsobovat strukturu krizové intervence.

Telefonická krizová pomoc (linka důvěry)

Příklad č. 2

Kolem půl desáté večer zazvoní v pracovně Linky důvěry XY telefon. Pracovník: „*Linka důvěry, dobrý den.*“ Na druhé straně se nikdo neozývá. Za pár okamžiků pozdraví pracovník ještě jednou a tentokrát lehce v závěru věty pozvedne hlas, jako by chtěl vyzvat volajícího, aby se osmělil a promluvil. Opět ticho. Nastupuje dovednost práce s tichem

v telefonickém hovoru. Ozývá se pravděpodobně žena – pláčem. Jemný pláč, posmrkávání. Pracovník se snaží klientce vytvořit bezpečné prostředí a podpořit ji v uvolnění tenze. Dovednost práce s pláčem po telefonu. Po několika minutách pláč pomalu ustává. V telefonu se ozývá polykání, odkašlávání, klientka se chystá promluvit. Není do ničeho tlačena, je ujišťována, že nemusí spěchat, až bude připravena, může říct, co bude chtít a co bude moci. Pracovník vybízí klientku k vysmrkání, napítí se. V tuto chvíli je důležité překonat vlastní netrpělivost a respektovat tempo a potřeby volajícího. Po úvodní ventilaci a zklidnění se klientka pomalu rozhovoří o příčině svého stavu a volání na linku důvěry. Právě zjistila manželovu nevěru, neví, co má dělat, cítí se podvedená, zrazená, má na něj vztek a zároveň ho miluje. Neví, co si počít.

Možné řešení:

I o tom jsou hovory na lince důvěry, kde je poskytována sociální služba telefonická krizová pomoc. Cílem poskytování sociální služby je překonání obtížné životní situace, kterou klient přechodně nemůže řešit vlastními silami – zprvu emocí, které klienta zavalí a neví si s nimi rady, poté situace, která emoce vyvolala a kterou není volající schopen sám svými silami zvládnout. Telefonická krizová pomoc je definovaná v § 55 zákona o sociálních službách a v § 20 prováděcí vyhlášky. Jednou ze základních činností, kterou je služba povinna klientovi poskytnout, je telefonická krizová pomoc, kterou vyhláška popisuje jako krizovou práci s osobou spočívající v jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu osoby s pracovištěm telefonické krizové intervence. I z ustanovení prováděcí vyhlášky vyplývá, že tuto základní činnost služby by měly poskytovat pouze osoby mající znalosti a dovednosti krizové intervence, speciálně telefonické krizové intervence.

Jak ale v případě telefonické krizové intervence vymezit jednání se zájemcem o službu a uzavření smlouvy o poskytování sociální služby? Pracoviště telefonické krizové intervence ve standardech kvality definuje nepříznivé sociální situace, které se v rámci sociální služby telefonická krizová pomoc mohou vyskytnout a které je služba schopna řešit. Mohou to být např. emoce klienta (smutek, pláč, hněv, strach, úzkost), dále také projevy chování klienta jako je mlčení, pláč, panika. Následně to mohou být konkrétní životní situace, které není klient schopen sám svými silami zvládnout, např. domácí násilí, partnerské a rodinné problémy, psychopatologie, problémy dětí a dospívajících, různé druhy ztrát, nemoc, umírání, smrt či sebevražedné myšlenky. To je důležité pro vymezení okamžiku, kdy pracovník uzavírá s klientem smlouvu o poskytování sociální služby. U první skupiny nepříznivých sociálních situací (emoce, projevy chování) je to v okamžiku, kdy pracovník vyhodnotí, že se o tyto situace jedná. Je logické, že není možné do ticha v telefonu nebo přes pláč klientovi vysvětlovat podmínky poskytování sociální služby a informovat ho o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. Proto je vhodné informace o podmínkách poskytování služby zveřejnit tak, aby se s nimi klient mohl kdykoliv seznámit, např. na webových stránkách poskytovatele, propagačních materiálech (letáky, brožurky), obecně všude tam, kde se číslo linky důvěry vyskytuje. Krizovou intervenci

tedy poskytujeme tak, jak jsme se ve výcviku naučili, ale do záznamů o hovoru uvedeme nepříznivou sociální situaci (např. ticho, pláč) a cíl klienta (ventilace emocí). U druhé skupiny nepříznivých sociálních situací je prostor vyjednat cíl poskytování služby, a tudíž je možné okamžik uzavření smlouvy jasně označit. Terminologií krizové intervence je to ověření zakázky klienta, např.: *„Jestli tomu dobře rozumím, voláte, protože své situaci nerozumíte a potřebujete se v ní vyznat. Pak byste se potřebovala rozhodnout, co dáť.“* Jakmile klient přitaká, je to okamžik, kdy je uzavřena smlouva o poskytování sociální služby a je také vymezený i cíl jejího poskytování. Pokud klient volá se zakázkou (cílem), kterou služba není schopna naplnit, např. klient chce mluvit s pracovnící linky důvěry za účelem sexuálního uspokojení, nejedná se o nepříznivou sociální situaci, kterou tato služba pomáhá řešit, a pracovník rozhodne o odmítnutí zájemce o sociální službu. V praxi to vypadá tak, že pracovník klientovi sdělí, že linka důvěry takové služby neposkytuje a odkáže ho v rámci základního sociálního poradenství na erotické linky. Na lince důvěry je také možné se potkat s klienty, kteří vlastně nechtějí překonávat svou nepříznivou sociální situaci, kterou bývá velmi často osamění a minimální sociální kontakty tváří v tvář. Linku důvěry opakovaně vyhledávají, aby si mohli povídat bez konkrétního cíle rozhovoru. I v těchto případech se jedná o poskytování sociální služby, pokud je nepříznivá sociální situace službou takto definovaná. Nicméně je důležité klientovi v rámci jednání se zájemcem vysvětlit, že služba je primárně službou krizovou a dále vést klienta k tomu, aby definoval svou zakázku (cíle poskytování služby), tj. o čem by měl rozhovor být, aby mu pomohl. Teprve pak může být smlouva uzavřena. Takové hovory je také vhodné časově ohraničit, a to jak v rámci jednoho hovoru (např. na 20 minut), tak v rámci četnosti hovorů za den.

Ostatní sociální služby

Obecně lze říci, že krizová intervence je nedílnou součástí poskytování každé sociální služby, velmi často jsou díky použití technik krizové intervence naplňovány cíle klientů definované v jejich individuálních plánech: *„chtěla jsem se někomu svěřit, vyplakat se, potřebovala jsem, aby mě někdo vyslechl...“* Individuální plánování sociální služby je prostor, kam může sociální pracovník krizovou intervencí zakomponovat do poskytování sociální služby. Krizová intervence jako metoda práce s klientem je využitelná nejenom ve výše uvedených službách. Krizovou intervencí je tedy možné poskytovat i v rámci ostatních služeb, přestože v nich není zákonem jako úkon služby konkrétně požadovaná, a to zejména v rámci služeb, kde zákon o sociálních službách či prováděcí vyhláška požadují jako základní činnost zajišťování úkonu sociálně terapeutické činnosti. Ty jsou poté prováděcí vyhláškou definovány jako *„socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.“*³ Zde poskytovatelé záznamem o krizové intervenci u klienta zcela jistě prokáží jejich naplnění. U sociálních služeb, kde nejsou úkony sociálně terapeutické

3. Viz např. Kontaktní centra § 24 písm. a) odst. 1 nebo Domovy pro seniory § 15 odst. 1., písm. f)

činnosti jako základní činnost vyjmenovány, by mohla být krizová intervence jako metoda práce součástí ostatních úkonů, např. jako prostředek k naplnění individuálního cíle klienta. Např. u sociální služby azylové domy nejsou sociálně terapeutické činnosti jako základní činnost požadovány. V rámci procesu individuálního plánování proběhne konzultace s klientem azylového domu pro sjednání či vyhodnocení naplňování cílů služby. V průběhu rozhovoru se ukáže, že klient potřebuje poskytnout krizovou intervenci, aby byl schopen dobrat se cíle, kterého chce v rámci služby dosáhnout. Dle mého názoru nic nebrání tomu, aby mu byla krizová intervence v rámci výkonu sociální práce individuálně poskytnuta. Praxe ukazuje, že bez krizové intervence někdy nelze zahájit ani první kroky vyjednávání poskytování sociální služby a krizová intervence tak bývá už součástí jednání se zájemcem o sociální službu.

Stejně jako u výše uvedených služeb si dovolím připomenout, že krizovou intervencí i v tomto případě může poskytnout pouze sociální pracovník s příslušnými odbornými kompetencemi (viz anotace).



KAPITOLA 2

KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM



Mgr. Bianka Hudcová

Mgr. Bianka Hudcová je studentkou doktorského studijního programu Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Vystudovala bakalářský studijní program Speciálněpedagogická andragogika se zaměřením na psychopedii a etopedii, dále pak navazující magisterský program Speciální pedagogika se zaměřením na somatopedii. Od roku 2012 se ve své dobrovolnické činnosti profiluje v oblasti intervence u osob s psychopedicky a somatopedicky akceptovatelnou příčinou zdravotního postižení. V rámci vědecko-výzkumné činnosti se zabývá problematikou připravenosti pracovníků v rezidenčních službách na poskytování první psychosociální pomoci osobám se zdravotním postižením v krizových situacích. Absolvovala výcviky první psychosociální pomoci a komplexní krizové intervence. Je členkou Komunitního intervenčního psychosociálního týmu Jihomoravského kraje. V neposlední řadě se věnuje také problematice intimity a sexuality v oblastech hospicové péče a v rezidenčních sociálních službách v České republice, dále pak problematice jinakosti u cílové skupiny dětí, žáků a studentů s cystickou fibrózou.

Anotace

Krizové situace se nevyskytují pouze u intaktní populace, dějí se i osobám se zdravotním postižením. Poskytování krizové intervence osobám se zdravotním postižením ovšem vyžaduje určitou modifikaci s ohledem na specifické potřeby a požadavky těchto osob, které by měly být při poskytování krizové intervence respektovány. Krizová intervence u osob se zdravotním postižením klade také zvýšené nároky na připravenost sociálního pracovníka v roli intervenanta. Cílem tohoto textu je popsat proces a specifika poskytování krizové intervence u osob se zdravotním postižením a předložit doporučení pro efektivní zvládnání krizové události.

Tematika krizové intervence u osob se zdravotním postižením je nejen v rámci praxe, ale i v oblasti vědecko-výzkumné činnosti často opomíjena nebo řešena pouze okrajově. Přitom se jedná o velmi zranitelnou, specifickou a poměrně početnou klientelu sociální práce. Pro ilustraci si uvedme příklad takových krizových situací, které vyžadují evakuaci osob se zdravotním postižením, např. pokud rezidenční zařízení sociální služby zasáhne požár, povodeň, výbuch apod. Přes stávající tendenci transformace sociálních služeb, existuje na území České republiky mnoho velkokapacitních pobytových služeb, pro které by případný výskyt takové krizové situace mohl mít fatální následky. V zahraničních databázích byly vyhledány studie týkající se těchto událostí. Zjištěné studie⁴ popisují především evakuaci osob se zdravotním postižením, poskytují přehled informací o celkovém průběhu evakuace, evakuačních plánech, technickém zabezpečení evakuace, architektonických překážkách budov, evakuačních strategiích, rozdílech a specifických v evakuaci osob se zdravotním postižením a osob intaktních.⁵ Problematika je ovšem řešena pouze z hlediska „přesunu“ osob se zdravotním postižením na bezpečnější místo, případně je reflektována vlastní připraveností osob se zdravotním postižením na evakuaci. Jsou popsána specifika prožívání a chování těchto osob v krizových situacích a je zdůrazněna potřeba rozvoje a uzpůsobení evakuačních plánů včetně modifikací strategií směrem k osobám se zdravotním postižením. Avšak publikované studie nikterak neřeší práci s psychikou „zasaženého“ jedince se zdravotním postižením. Každá krizová událost má ovšem dopad na osobnost přímo „zasaženého“ jedince, stejně jako ostatních osob v blízkosti krizové situace. Dopady krizových situací mohou být spatřovány na úrovni materiální, vztahové, psychosociální (hovoříme o ztrátách materiálních, funkcionálních, vztahových, intrapsychických, rolových a systémových), avšak v akutní krizi vyžaduje primární pozornost psychika a potřeby „zasažené“ osoby. Dopad na psychiku je možné mírnit poskytnutím krizové intervence.

4. Kombinace klíčových slov psychosocial first aid, psychosocial support, crisis, crisis situation, crisis intervention, disaster, evacuation AND disability or disabilities or disabled.

5. Boyce (2017); Butler (2017); Koo et al. (2012, 2014); Kuligowski (2013); Loy (2006); Manley, Kim (2012).

Připravenost sociálních pracovníků

Efektivní poskytování krizové intervence osobám se zdravotním postižením vyžaduje určitou připravenost i ze strany sociálních pracovníků. Sociální pracovník by (z povahy své profese) měl znát specifika přístupu a individuálních potřeb osob s různými kategoriemi zdravotního postižení. Možný přínos sociálního pracovníka v roli krizového intervenanta lze spatřovat v usnadnění komunikace s jednotlivými skupinami osob se zdravotním postižením, což odpovídá jeho profesním kompetencím. Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka (část osmá, hlava I) definuje § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů – mimo metodické, analytické, koncepční, depistážní a jiné činnosti je připraven poskytnout také krizovou pomoc. Krizová sociální situace je současně považována za nepříznivou sociální situaci a atributy krizové pomoci jsou zastoupeny v obsahu také několika sociálních služeb – je komponentou tísňové péče a služeb sociální prevence, je realizována v podobě distanční (telefonická krizová pomoc) i přímé (zařízení pro krizovou pomoc). Krizová pomoc (§ 60)⁶ navíc může být poskytována formou terénní, ambulantní i pobytovou. Specifika krizové pomoci jsou současně odvislé od formy poskytované péče – v rezidenčních sociálních službách jde o požadavek přistupovat současně k více uživatelům, jedná se často o osoby na lůžku, o těžké zdravotní stavy osob nebo také o složitost budov a architektonické a další bariéry. Krizová situace je navíc komplikována svou nepřehledností. Sociální pracovník může být v krizových situacích konfrontován se svými vlastními obavami plynoucími z nedostatečné připravenosti (osobní či profesní) nebo až s pocitem ohrožení či selhání v situacích vyžadujících poskytnutí krizové intervence osobám se zdravotním postižením. Daným obavám lze předcházet dalším rozvojem a vzděláváním sociálních pracovníků. Každý pracovník v pomáhajících profesích (tedy i sociální pracovník) by měl ovládat základy krizové intervence.⁷

Proces krizové intervence

Proces krizové intervence lze rozčlenit do tří fází, které na sebe navazují:

- **Fáze 1 – zahájení krizové intervence („Úvod“):** za klíčové lze považovat navázání bezpečného a důvěryhodného kontaktu intervenanta s osobou v krizové situaci. Toho lze dosáhnout např. bezpodmínečnou akceptací „zasazené“ osoby, respektováním projevů chování osoby a také facilitací prožívání krizové situace. Pro vytvoření vzájemného vztahu mezi intervenantem a osobou v krizi je nezbytné zajistit pocit bezpečí, který se stává velmi důležitým prvkem v krizové situaci. Pocit bezpečí může být za-

6. Odst. 1 § 60 definuje krizovou pomoc jako „*terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami*“.

7. Špatenková et al. (2017)

jištěn několika kroky – jmenujme např. vymezení jasných pravidel průběhu intervence, strukturu času, saturaci základních fyziologických potřeb (nabídnutí tekutin, deky nebo naopak vyvětrání místnosti apod.) nebo uspořádání nábytku v místnosti (např. vhodná vzdálenost a umístění židlí v prostoru), odhlučnění místnosti apod. V této fázi může být pro navázání kontaktu a vytvoření vztahu využito také technik práce s tělem „zasažen“ osoby v krizových situacích (práce s třesem, ztuhnutím, dýcháním apod.). Pokud dojde k vytvoření bezpečného prostředí a navázání kontaktu se „zasaženou“ osobou, lze přejít k dalšímu kroku – zjištění zakázky (potřeby, přání, požadavky osoby) a následně vstoupit do další fáze krizové intervence.

- **Fáze 2 – realizace krizové intervence („Stat“):** krizový intervent zjišťuje informace o (možném) spouštěči krizové situace, o aktuálním psychickém stavu osoby v krizi, o předchozích zkušenostech s krizovými situacemi a použitých dys/funkčních copingových strategiích, o ochotě přijmout pomoc a podporu, o běžné sociální síti „zasaženého“ (tj. jeho rodina, přátelé, kolegové z práce a další pro ni významné osoby). Na základě posouzení těchto informací dochází k vytvoření plánu dalšího postupu. Pokud je to možné a okolnosti krizové situace to dovolí, je nezbytné, aby do přípravy postupu byla aktivně zapojena také samotná „zasažená“ osoba.
- **Fáze 3 – ukončení krizové intervence („Závěr“):** poslední fází je shrnutí plánu (kroků a postupů) řešení krizové situace a vhodné ukončení krizové intervence, příp. je zakončena domluvou dalšího setkání. „Zasažená“ osoba by měla vždy odcházet s konkrétním plánem postupu či řešením nastalé situace a uvědoměním si svých copingových strategií a možností.⁸

Přes jasně danou strukturu krizové intervence je třeba v tomto procesu zohlednit specifika osob se zdravotním postižením, např. osob s mentálním či duševním postižením (včetně autismu), osob s omezením hybnosti, osob s narušenou komunikační schopností, osob se souběžným postižením více vadami a v neposlední řadě osob se zrakovým či sluchovým postižením apod. Konkrétní způsob poskytování krizové intervence osobám se zdravotním postižením vychází z okolnosti krizové situace, individuálních, specifických potřeb a možností osob se zdravotním postižením (které jsou dány samotným zdravotním postižením, zhoršením zdravotního stavu, nepředvídatelností emočních reakcí, potřebou rituálů, odmítáním fyzického nebo zrakového kontaktu, deficity ve smyslovém vnímání, omezením hybnosti, zhoršenou orientací v prostoru či v nastalé situaci, nutností užívání prostředků zdravotní techniky, kompenzačních pomůcek, využíváním alternativních a augmentativních způsobů komunikace a dalšími).⁹ Osoby se zdravotním postižením se „zotavují“ z krizové situace delší dobu než osoby intaktní a vyžadují kvalitativně odlišné řízení intervence (průběhu a postupu). Rozdíl je spatřován především v intenzitě, délce a frekvenci intervencí (vyšší intenzita, časová náročnost a frekvence

8. Špatenková et al. (2017)

9. World Health Organization (2011)

na straně osob se zdravotním postižením).¹⁰ Důvodem může být např. nedostatek zdrojů podpory, přítomnost bariér v prostředí (např. přílišná byrokracie za účelem získání sociálních dávek), nedostatek informací u osob se zdravotním postižením o krizové situaci, o možnostech další podpory a přístupu k návazným službám.

Podpora osob se zdravotním postižením v krizových situacích

Podpora osob se zdravotním postižením v krizových situacích může spočívat v pomoci s jejich dopravou na bezpečné místo, v zajištění neodkladné/základní zdravotnické péče či psychické podpory, pomoci při saturaci základních potřeb (jídlo, pití, hygiena, teplo, postavení provizorního ochranného přístřešku) nebo v poskytnutí potřebných informací týkajících se krizové situace a v dalších způsobech podpory osoby v krizi.

Krizová situace může vyvolat u některých osob se zdravotním postižením nebo onemocněním zhoršení zdravotního stavu (kardiovaskulární onemocnění, astma bronchiale, epilepsie apod.). Osoby s mentálním postižením disponují alteracemi v emočním prožívání a v časoprostorové orientaci. Jejich emoční prožívání je často kolísavé a nepředvídatelné. Pokud se osoba s mentálním či duševním postižením ocitne ve stresové nebo neznámé situaci, může se projevat agresivně, zmateně anebo naopak zcela utlumeně nebo úzkostně. Osoby se značně omezenou hybností, které jsou zasaženy krizovou událostí, mohou mít problémy se samostatným přesunem na bezpečnější místo, popř. s přesunem užívaných kompenzačních pomůcek. Osoby se zrakovým nebo sluchovým postižením mohou být v důsledku deficitů ve smyslovém vnímání často zmatené. Všechny tyto aspekty mohou vést k prohloubení „krize zasaženého jedince“, proto je důležité zahájit krizovou intervenci včas.¹¹

Krizové situace vyžadující evakuaci osob se zdravotním postižením mají dopad také na jejich sociální vztahy. Osoba se zdravotním postižením může být např. evakuována na jiné vzdálenější území či do jiného zařízení sociálních služeb. Dochází tak ke ztrátě původního sociálního zázemí – omezení kontaktu s rodinou, přáteli či známými, a v důsledku toho i k omezení sociální opory osoby v krizi. Na danou skutečnost by mělo být v praxi pamatováno již při vytváření plánu evakuace.¹²

Příklad č. 1

Při řešení krizových situací u osob se zdravotním postižením je v současné době využíváno především postupů upřednostňujících fyzický kontakt. Osoba se zdravotním postižením je „odvlečena“ z místa krizové události bez jakékoliv další psychické podpory

10. Strough et al. (2016)

11. World Health Organization (2011)

12. Strough et al. (2016)

(např. v podobě podání informací či dodatečného vysvětlení situace, které by mohlo u těchto osob vést k navození pocitu bezpečí). Danou skutečnost potvrzuje i příklad z praxe XY¹³, který představuje velkokapacitní zařízení pro 150 uživatelů (z toho 69 osob na lůžku). Cílovou skupinou poskytované služby jsou např. osoby s vícenásobným (kombinovaným) postižením, osoby s omezením hybnosti, osoby s mentální retardací, osoby s poruchami autistického spektra a další. V přízemí zmíněné instituce došlo k výbuchu plynového kotle, v důsledku kterého bylo nutné některé uživatele služby neprodleně evakuovat ven před budovu. Po výbuchu se u osob se zdravotním postižením objevily různé reakce – např. panika, strach, ztuhlost, agrese, pobíhání, pláč apod. Evakuace osob se zdravotním postižením proběhla bezodkladně, především za použití fyzického kontaktu a bez dalšího pokusu o vysvětlení okolností nastalé situace. Zmíněná krizová situace měla u některých uživatelů služby dlouhodobý dopad na jejich osobnost, prožívání a chování. U některých „zasazených“ osob se zdravotním postižením se objevily častější výkyvy nálad, sebepoškozování, vyšší míra agrese proti ostatním, pomočování, noční děsy, deprese apod.

Možné řešení

Ke zlepšení situace by mohla v rámci prevence přispět průběžná edukace osob se zdravotním postižením, pravidelný nácvik zvládání krizových situací, protože poučený klient zvládá krizovou situaci lépe, příprava návrhu metodiky pro poskytnutí krizové intervence osobám se zdravotním postižením určené pro pracovníky v sociální oblasti, dále vytvoření návrhu obsahu vzdělávacího kurzu, který by reflektoval individuální specifické potřeby osob se zdravotním postižením nacházejících se v krizových situacích. Jako východiska pro vytvoření metodiky a vzdělávacího kurzu lze využít např. poznatků z projektů EUNAD¹⁴ a EUNAD IP¹⁵ nebo složkami Integrovaný záchranný systém (dále jen „IZS“)¹⁶ běžně uplatňované vybrané postupy.¹⁷ Pravidla pro poskytování intervence osobám se zdravotním postižením uvedené v tomto dokumentu je možné aplikovat také v rámci poskytování krizové intervence. Můžeme se také inspirovat v doporučení Australian Red Cross:¹⁸

- Intervent by měl komunikovat přímo s osobou se zdravotním postižením, nikoli s jeho průvodcem (pečovatelem).

13. Označení XY je užito z důvodu anonymizace, ochrany práv a zájmů dané organizace a jejích uživatelů.

14. Projekt EUNAD byl dokončen v roce 2015 a byl zaměřen na identifikaci, následnou saturaci potřeb a komunikaci s osobami se sluchovým či zrakovým postižením.

15. Projekt EUNAD IP navazuje na projekt předchozí. Jeho cílovou skupinu však představují osoby s mentálním či duševním postižením anebo osoby s omezením hybnosti.

16. Pro usnadnění komunikace profesionálních jednotek hasičů s osobami se zdravotním postižením v krizové situaci byl vytvořen „Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu“. V daném řádu jsou popsány způsoby komunikace s osobami s jednotlivými kategoriemi postižení.

17. Vymětal (2016)

18. Australian Red Cross (2013)

- Intervent by nikdy neměl osobu se zdravotním postižením přehlížet a mluvit o ní tak, že se v krizové situaci ani nevyskytuje.
- Dále je nezbytné přizpůsobit způsob komunikace individuálním potřebám „zasaženého“ jedince – zvolit jej vhodně (např. metodami alternativní a augmentativní komunikace), s jasnou strukturou (jednoduché věty, ověřené informace, využití aktivní slovní zásoby „zasaženého apod.) a přiměřeným tempem (dostatek času na přijetí, zpracování informací). Za pomoci zpětné vazby je vhodné neustále ověřovat vzájemné porozumění si a pochopení instrukcí.
- V krizové intervenci mohou být za účelem psychické stabilizace „zasažené“ osoby využívány i techniky práce s tělem v krizových situacích. Aplikaci technik je však důležité předem důkladně zvážit (např. u osob s autismem, s omezením hybnosti či s deformacemi).

Poskytnutí krizové intervence osobám se zdravotním postižením klade na sociálního pracovníka zvýšené nároky. Řešení krizové situace vyžaduje modifikaci postupů krizové intervence a požadavky na osobní připravenost interventa. Sociální pracovník se často setkává s krizovými situacemi, které vyžadují aktivní a neodkladná řešení, proto je třeba apelovat na rozvoj odborných kompetencí pracovníků. Sociální pracovník by měl disponovat znalostí základů poskytování postupů krizové intervence osobám se zdravotním postižením a měl by být schopný zkoordinovat svou přítomnost a činnosti s profesionály složek IZS. Na problematiku prožívání osob se zdravotním postižením a zvládání krizových situací lze pohlížet jako na aktuální téma zasluhující patřičnou pozornost pro aplikované přístupy, stejně jako pro základní výzkumné činnosti a v tomto kontextu především pro praxi sociální práce.



KAPITOLA 3

KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZÁVISLOSTÍ

KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOB SE ZÁVISLOSTÍ



Mgr. Gabriela Mahrová

Mgr. Gabriela Mahrová vystudovala sociologii a andragogiku se specializací na sociální práci na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, získala kvalifikaci adiktologa. Absolvovala psychodynamický psychoterapeutický výcvik a výcvik v integrované supervizi ČIS. Pracuje v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské jako metodická vedoucí Terapeutické komunity pro drogově závislé Fides, v ambulanci následné péče Darmoděj z.ú. v Jeseníku, externě vyučuje na Ostravské univerzitě a na Univerzitě Palackého v Olomouci, je certifikátorka Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, supervizorka a lektorka. Je členkou výkonného výboru České asociace adiktologů, pracuje v etické komisi Českého institutu pro supervizi a předsedá etické komisi Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské.

Anotace

Krizová intervence s uživatelem na návykových látkách má svá specifika. Už samotné užívání návykových látek je možné vnímat jako krizi, kterou uživatel řeší sebedestruktivním způsobem. Pokud se jedná o osoby závislé, probíhá nezářídka krizová intervence s klientem pod přímým vlivem návykové látky nebo s klientem prožívajícím krizi v době abstinence. Pokud se na krizi díváme jako na ztrátu, musíme v tomto kontextu přihlídnout také ke ztrátě kontroly nad užíváním nebo ke ztrátě abstinence. Krizová intervence pak v sobě nese i prvky motivačních rozhovorů a prevence nebo zpracování relapsu. Sociální pracovník je v takovém případě v interakci s klientem se specifickými osobnostními rysy, které zahrnují především nízkou integraci sebepojetí, interpersonální senzitivitu (pocit ohrožení ve vztazích, nízkou frustrační toleranci), nižší úroveň defenzivní organizace (časté popření, projekce, štěpení apod.), emoční labilitu a nepřiměřenost reakcí.¹⁹ Poskytnutí krizové intervence je v těchto případech velmi náročné, limitované především velkou nejistotou a nedůvěrou klienta se závislostí. Počáteční navázání kontaktu tak bývá nejtěžší. Výhodou je většinou předešlá zkušenost klienta s odbornou péčí a mnohdy důvěra v poskytované služby.

Pro krizovou intervenci s uživatelem návykových látek platí všechny zásady krizové intervence tak, jak je známe. Pomoc má být okamžitá a zaměřená na redukci ohrožení. Má být tedy poskytnuta především bez ohledu na to, jestli je či není klient pod vlivem látky, nebo jestli je právě ve fázi relapsu. Efektivně poskytovat krizovou intervenci tak mohou těmto osobám pouze sociální pracovníci, kteří netrpí předsudky a mají zkušenost s komunikací a motivační prací s aktivními uživateli návykových látek. Klienti se závislostí mnohdy řeší krizové situace patologickou automedikací, ke které využijí své znalosti a zkušenosti s návykovými látkami a procesy. Práce s relapsem je tak přímou součástí krizové intervence.

Specifika krizové intervence u osob závislých

Pokud je klient bez ztráty abstinence, tak v případě krize je velmi ohrožena. Mimo krize, kterou přinesla ztráta, je zde aktuální krize závislostní. Schopnost sociálního pracovníka citlivě pracovat s konceptem prevence relapsu je nezbytností. Zároveň je důležité dávat pozor na to, aby obava z relapsu nepřekryla podstatu krize. Ne vždycky je abstinence to nejdůležitější, i když její ztráta krizi významně prohlubuje. Nabízí se zde vždy otázka priorit a nutnost pomoci klientovi identifikovat zásadní problémy od zástupných. Koncentrace na problém „tady a teď“ tak nabývá specifického významu, analýza minulosti je

19. Jeřábek (2007)

často potřebná. Doporučovaný intenzivní kontakt bývá často nutností a není výjimkou ani každodenní forma. V krizové intervenci je považován za vhodný strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup.²⁰ Při práci se závislími klienty může být ale direktivita někdy kontraproduktivní, lépe je umět tzv. „koulet s odporem“, tak jak to doporučuje technika motivačních rozhovorů.²¹ Vysoká míra empatie a schopnost pracovat se silnými pocity viny a beznaděje a práce s obranami je součástí každé krizové intervence. U klienta se závislostí musíme počítat s vyšší mírou výskytu rizika a nízkou mírou snášenlivosti. Také mobilizace vlastních zdrojů bývá obtížná, protože tito klienti si nesou velkou zátěž své závislostní kariéry. Pokud má klient kladné zkušenosti se sociálními a zdravotnickými službami, je to velkou výhodou. Je pravděpodobné, že je bude umět využít jak v rámci krizové intervence, tak po ní.

Adiktologické služby

Častým kladným výsledkem krizové intervence bývá pokračování v adiktologické terapii, a to buď v ambulantní a mnohdy i v rezidenční formě. Pokud se klient může obrátit na službu, ke které má důvěru, je velmi pravděpodobné, že bude prosperovat. Velkou výhodou adiktologie je její síť služeb. Není určitě dokonalá, ale má zařízení pro aktivní uživatele (včetně terénních služeb) i pro abstinující (včetně možnosti krátkodobé hospitalizace). Pokud má klient možnost využít vlastní zdroje, je dobré důkladně prozkoumat jeho schopnost říct si o pomoc. Rodinné vztahy bývají užíváním do značné míry narušené a nesmíme zapomínat na fenomén kodependence²² v rodinách závislých. Rizikem je např. i možnost, že klient sám má závislé rodiče nebo partnera.

Příklad č. 1

Klient byl uživatelem a výrobcem pervitinu. Jeho aktivní kariéra trvala šest let. Absolvoval léčbu v terapeutické komunitě a následnou péči v doléčovací centru s chráněným bydlením. Abstinenční režim zvládal, osamostatnil se. Našel si práci, pronajal si malý byt. Podařilo se mu zvládnout pozdní rozvod svých rodičů, naučil se komunikovat s každým zvlášť. Obtížný byl vztah především s otcem, postupně se naučili spolu vycházet. Časem si našel přítelkyni, která neměla nic společného s drogovou scénou. Splatil své dluhy. Narodila se jim dcera. Dá se říct, že dodržoval všechna doporučení vedoucí k abstinenci, z terapie měl zpracovaná osobní témata. Byl sociálně úspěšný. Tato situace trvala 7 let. O krizovou intervenci požádal v situaci, kdy ho jeho přítelkyně a matka dítěte opustila. Byla hodně mladá, měla pocit, že o něco v životě přichází. Začala kouřit THC a následně

20. Špatenková et al. (2017)

21. Miller, Rollnik (2003)

22. Kodependence = patologický vztah blízkého člověka (např. partnera, rodiče, dítěte) k osobě závislé na návykové látce. Kodependentní osoba se soustředí na pomoc závislému do té míry, že ztrácí vlastní identitu. Zároveň svým chováním (podpora závislého, odstraňování negativních následků závislosti, pomoc při utajování závislosti před okolím) paradoxně umožňuje závislému setrvat v závislostním schématu.

i užívat nelegální návykové látky. Přestala chodit domů, o dceru se nestarala. Děti byly v té době dva roky.

Klient ztratil během několika týdnů zázemí, jistotu, vztah. Dostal se do situace, kdy hrozilo, že nebude moci chodit do práce a bude se muset starat o dítě. Jeho abstinence byla ohrožena pocitem krivdy a životní nespravedlnosti. Jeho sebevědomí pokleslo a sebehodnota značně utrpěla. Silný craving²³ podporovaly i drogové sny. Zažíval stavy úzkosti a beznaděje. Abstinenci držel silou, prošel krizí motivace.

Možné řešení:

Po počáteční intervenci, která obsahovala především empatické naslouchání, následovala část zaměřená na identifikaci problému a stanovení si priorit. Klient jednoznačně zvolil dítě a řekl si o pomoc s otcovskou rolí. Krizovou intervencí bylo potřeba nakombinovat s prevencí relapsu se zaměřením na zvládání silného cravingu. Objevil se i sekundární závislostní problém, a to vzpomínka na výrobu drog. Přepadala ho až obsedantní myšlenka na řešení ekonomické situace touto nelegální cestou. U tzv. „vaříčů“ velmi častý cravingový jev. Naštěstí se uměl vrátit k abstinenci strategiím, které se naučil v komunitní léčbě. Bylo potřeba podpořit i racionální uvažování ke zvládání těžkých emocionálních stavů. Funkční se ukázalo především domýšlení následků svých činů, stanovení jasné struktury činností, aktivace schopnosti říci si o pomoc – většinou telefonem. Měl vyzkoušené i vnějškové možnosti zvládání bažení – studenou sprchu, vyčištění zubů, pití studených nápojů. Jakmile si je připomenul, uměl je používat. V těchto chvílích neměl jasnou vnitřní motivaci, držel se jen nutnosti přežít. Po celou dobu krizové intervence craving prožíval a zároveň zvládal. Pomohla nabídka možnosti telefonovat v případě silných chutí na drogy, které klient využíval. Už samotný telefonát znamenal změnu činnosti vedoucí k řešení a prosté vyslechnutí a podpora v jeho volbě řešení pomohla. Klient abstinenci neporušil během celého procesu a drží se dodnes. V další fázi se dle stanovených priorit hledalo řešení krizové situace v péči o dítě. Klient si nejprve vyřídil v práci dovolenou, aby se mohl zastavit a zvážit všechny možnosti. Zaměstnavatel ho podpořil a dovolenou umožnil na dva týdny. Péči o dceru zvládal, uměl se o ni plnohodnotně postarat. Domácnost a dítě ho zaměstnávalo, i tento fakt mu pomáhal zvládnout emocionální rozpady i bažení. Soustředili jsme se na mobilizaci vlastních zdrojů. Klient si chtěl udržet práci a finanční nezávislost. Po zralém zvážení situace se rozhodl změnit bydliště, byt by finančně neudržel. Podpořil ho otec, který mu nabídl možnost vrátit se do rodného domu. Znamenalo to řadu ústupků v rámci společného soužití, ale klientovi to dalo jistotu bytovou i finanční. Jako funkční se ukázala i matka přítelkyně, tedy babička dítěte. Pomohla s praním a žehlením, brala si vnučku na hlídání. Rodina se stmelila a začala samostatně hledat řešení. Situace se uklidnila. Klient byl ve fázi smutku a vyčerpání. Říkal o sobě, že se cítí jako robot. Krizová intervence klienta stabilizovala, nicméně bylo potřeba zajistit další navazující péči. Klient přijal nabídku pokračovat v terapii v ambulantní formě. Podpora trvala ještě dalších 7 měsíců. Klient se psychicky stabilizoval, přijal nové rodinné uspořádání, začal pozitivně vnímat realitu. Podařilo se mu zajistit školku, která brala děti

23. Craving = bažení, dychtění, velmi silná touha po návykové látce.

od 2 let, paní na hlídání si nechal pro případ nemoci, prázdnin apod. S otcem je vztah stále problematický, ale funkční. Přítelkyně – matka dítěte žije na ulici a užívá návykové látky. S dítětem nemá žádný kontakt. Klient další partnerku nehledá, snaží se dceři co nejvíce zajistit stabilitu. V poslední době už si dokázal udělat i čas sám na sebe a na své zájmy. Je v kontaktu s terapeutickou komunitou, kde se původně léčil, využívá program pro abstinující absolventy. Nejčastěji ho ještě trápí myšlenky na výrobu – napadá ho, že by uměl vyřešit svou situaci, vydělal by na byt, měl by finanční rezervu. Nakonec to sám sobě vždycky zakáže – „ví, jak by to dopadlo“. Krizová intervence splnila svůj účel. Nezbytností byla kombinace řešení krize v oblasti ztráty a krize abstinence. V těchto situacích je velmi těžké rozlišit, čemu dát přednost, protože obojí se vzájemně prolíná. Následná dlouhodobá terapie byla nezbytností, předešlá dlouhodobá léčba byla velkou výhodou.

Příklad č. 2

Klient se smíšenou závislostí, uživatel pervitinu, heroinu, THC, alkoholu, hráč. Návykové látky užíval od 13 let. Pocházel z rodiny uživatelů, první dávku pervitinu dostal od své sestry, jeden čas bral drogy i společně s matkou. Do první léčby se dostal v 18 letech. Pak jich absolvoval ještě devět. Poslední léčbu absolvoval ve 45 letech po výkonu trestu za násilný trestný čin. Pod vlivem návykové látky bývá agresivní. V současnosti je v podmínce. Navštěvuje doléčovací centrum. Našel si podnájem, pracoval jako tovární dělník. Žil společně s přítelkyní, také bývalou užívatelkou. Abstinuje rok. Krizovou intervenci poptvává po bouřlivé hádce s přítelkyní. Trpí patologickou žárlivostí, která je patrně součástí obrazu závislosti. Problémy ve vztahové oblasti jsou dlouhodobé. Dělá opatření proti možným sokům až bizarního rázu – natírá parapety olejem, aby vetřelec uklouzl apod. Přítelkyně se rozhodla ho vystěhovat ze společné domácnosti. Chce vztah udržet, ale navrhla, aby každý bydlel jinde. Klient neumí situaci řešit. Rozzužil se, strhla se hádka, ze které odešel do první hospody, kterou potkal. Vypil celou láhev vodky, prohrál všechny peníze v automatech. Rozkopal popelnice, rozbil dveře a tak bouchal do zdi, až si zlomil zápěstí. Nelegální drogy neužil. Jakmile vystřízlivěl, uvědomil si, že mu hrozí naprostá ztráta vztahu, recidiva v užívání návykových látek i kriminální činnost.

Možné řešení:

Klient oceňuje empatické naslouchání, nezaviňování, neodsuzování a možnost se uklidnit. Jako prioritní se ukazuje nutnost vyřešit saturaci základních potřeb. Klient nemůže domů, nemá své věci, je úplně bez peněz. Jeho rodina není zdrojem pomoci. Nakonec mu nezbyvá nic jiného, než s podporou zavolat své přítelkyni a požádat o své osobní věci a alespoň minimum peněz. Ta mu je dala před dům. Zařídili jsme možnost přespání v azylovém domě. Podařilo se mu jít i druhý den do práce a požádat o zálohu. Zaměstnavatel ocenil jeho předešlou dobrou pracovní výkonnost a umožnil mu bydlení na ubytovně s tím, že nájem si strhne z výplaty. Klient si všechno zařídil sám, ale s přímou podporou. Při další práci byly řešeny příčiny krize, ve střízlivém stavu měl klient jen malý náhled na své chování. Cítil velkou křivdu a sebelítost. Byl plačtivý a úzkostný. Během

spolupráce ještě 2x relapsoval na THC. Byl to pro něj způsob automedikace, uklidnilo ho to a odvedlo od myšlenek na alkohol a násilnou trestnou činnost. Byl plný obran, nejčastější byly bagatelizace a popření. Stav se v krátkodobé formě krizové intervence nedal zvládnout. První návrh hospitalizace klient razantně odmítl, ale brzy změnil názor. Slyšel na možnost zbavit se starostí s bydlením a ubytováním. Uznal, že tak bude mít dostatek času sám na sebe a bez starostí o živobytí bude moci lépe řešit svá osobní témata. Potřeboval pomoc se zařízením léčby a odborného doporučení. Klient do léčby nastoupil, komunita mu jako svému absolventovi umožnila zkrácený krizový pobyt. Přítelkyni se omluvil, s rodinou má přerušené styky. Vrátil se k abstinenčnímu životnímu stylu. Nastoupil znovu do doléčovacího centra s chráněným bydlením, kde tentokrát léčbu dokončil. Udržel si práci, našel si podnájem. Žije sám, dochází do ambulantní terapie, stále řeší problémy ve vztazích. Nemá přátele mimo adiktologické služby, ale snaží se naplnit volný čas sportem, chodí do knihovny. Pomáhá mu dobrovolnická činnost v psím útulku.

Krizová intervence ve prospěch osob závislých je v mnoha ohledech specifická. Sociální pracovník, který přichází do kontaktu s touto cílovou skupinou, by tak měl disponovat nejen znalostmi a dovednostmi krizové intervence, ale také z oblasti adiktologie, které mohou být velmi užitečné při posouzení stavu klienta, při práci s cravingem nebo při volbě priorit v oblasti sestavování krizového plánu. V praxi se ukazuje, že klienti se závislostí, kteří se ocitnou z jakéhokoliv důvodu v krizi, se obracejí na služby, se kterými mají dobrou předchozí zkušenost. Osoba se závislostí tak bude v krizové situaci kontaktovat „svého“ sociálního pracovníka, streetworkera, adiktologa nebo se obrátí na doléčovací centrum či terapeutickou komunitu, ve které se dříve léčil. Na sociální pracovníky pracující s danou klientelou jsou tak kladeny vysoké nároky, musí umět efektivně kombinovat nejrůznější metody a techniky. Znalosti a dovednosti (nejen) krizové intervence jim rozhodně mohou napomoci zvládat tyto situace v praxi.



KAPITOLA 4

DOMÁCÍ NÁSÍLÍ

DOMÁCÍ NÁSILÍ



Mgr. et Mgr. Drahomír Ševčík

Mgr. et Mgr. Drahomír Ševčík vystudoval speciální pedagogiku a jednooborovou psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Absolvoval dlouhodobý psychoterapeutický výcvik v komunitě SUR²⁴. Od roku 1994 se pohyboval v oblasti sociální práce, pracoval jako kurátor pro mládež, probační a mediační úředník, vedoucí DONA Centra Bílého kruhu bezpečí v Ostravě – specializované poradny pro oběti domácího násilí. Působil jako koordinátor pro problematiku domácího násilí Olomouckého kraje a psycholog intervenčního centra. Byl dlouhodobým jednatelem a poradcem regionální pobočky Bílého kruhu bezpečí v Olomouci, jež poskytuje pomoc obětem a svědkům trestné činnosti. V současné době pracuje jako psycholog ve zdravotnictví v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Působí také jako psycholog v mobilním hospici NEJSTE SAMI v Olomouci a v Ordinaci klinické psychologie v Olomouci. Je autorem a spoluautorem řady publikací, například Domácí násilí, O posledních věcech člověka, Krize a krizová intervence.

24. Systém výcviku v psychoterapii založený doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, PhDr. Eduardem Urbanem a MUDr. Jaromírem Rubešem (iniciály jejich jmen mu daly jméno). Jeho originalita spočívá především ve spojení výcviku ve skupinové psychoterapii s širším a hlubším rozměrem velké skupiny, výcvikového společenství (komunity).

Anotace

Při výkonu svého povolání je mnohdy sociální pracovník konfrontován se složitými lidskými příběhy – svých klientů, někdy také svých kolegů, případně také i sebe sama. K nejnáročnějším situacím pak patří ty, kdy je ohrožována důstojnost, zdraví nebo dokonce i život druhých osob – jako je tomu např. u domácího násilí. Taková situace přináší nejistotu ohledně toho, zda vůbec a pokud ano, pak jakým způsobem zasáhnout. Nežřídkou ovšem problematika domácího násilí podléhá hluboce zakořeněným mýtům a předsudkům, že i sociální pracovníci mohou pochybovat o skutečnosti či závažnosti dané situace, mohou proto pak situaci špatně vyhodnotit a nezasáhnout vůbec nebo zasáhnout neadekvátně. Z tohoto důvodu je důležité, aby sociální pracovníci disponovali základními informacemi o domácím násilí, jeho projevech a možnostech intervence.

Definice a znaky domácího násilí

Domácí násilí lze charakterizovat jako poruchu vztahu mezi blízkými osobami. Poruchy vztahů mezi blízkými osobami mohou být rozmanité, zdaleka ne každá vztahová porucha obsahující násilné incidenty představuje domácí násilí (viz např. stalking). Domácí násilí je definováno jako *opakující se, jednostranné násilí fyzické, psychické, sexuální či sociální a ekonomické, které se ve vztahu mezi blízkými osobami bydlicími ve společném obydlí vyskytuje dlouhodobě*.

Domácí násilí je vymezeno následujícími znaky:

- výskyt *incidentů*, tj. přítomnost násilí (fyzického, psychického, sexuálního, sociálního, ekonomického...) mezi blízkými osobami ve společném obydlí,
- v incidentech existuje *trvalá a neměnná diference rolí* na ohroženou osobu (oběť) a násilnou osobu (pachatele), tj. vztahová asymetrie,
- opakování incidentů v podobě *typického cyklu domácího násilí*,
- a eventuálně eskalace (ve frekvenci a intenzitě násilí).

Domácí násilí je nutno odlišit od:

- vzájemného násilí ve vztahu (ani u jednoho z aktérů nevzniká tzv. percepce role oběti či agresora, tzv. *common couple violence*),
- vyprovokovaného násilí (startérem násilí jsou provokace jednoho z partnerů, typické např. pro soužití osob s extrémně odlišnými názory, pohledy na svět nebo odlišnými povahami či poruchou osobnosti),
- patologické vztahy podmíněné obvykle poruchou osobnosti jednoho či obou partnerů (vybočují z obecně sdílených norem ohledně partnerského soužití, obsahují prvky

či incidenty s násilím, ale partneři nevykazují příznaky typické pro oběti ani pachatele domácího násilí).

Intervence u osob ohrožených domácím násilím

Intervence u osob ohrožených domácím násilím by měla sledovat naplnění těchto základních cílů:

- navázání kontaktu
- identifikace problému
- podpora osoby ohrožené domácím násilím
- řešení situace

Navázání kontaktu s osobou ohroženou

Navázání kontaktu s osobou ohroženou domácím násilím může být náročné. Pro sociální pracovníky to může představovat velkou prověrku jejich osobnostních i profesních kompetencí. Samotné osoby ohrožené totiž někdy komplikují navázání vztahu svým chováním – reagují laxně, nebo dokonce vůbec ne, odmítají nabízenou pomoc, minimalizují dopady domácího násilí, popírají jeho projevy či důsledky, jsou extrémně submisivní a pasivní. Jakékoliv vyhledávání a přijímání pomoci obvykle také silně komplikují tři nejčastější pocity osob ohrožených, a to – stud, vina a strach.²⁵

Doporučení do praxe:

Pro vytvoření dobrého vztahu s osobami ohroženými lze doporučit především citlivý, empatický přístup, respekt, vytvoření bezpečného (neohrožujícího) prostředí (např. komunikace s osobou ohroženou domácím násilím bez jejího násilného partnera) založeného na vzájemné důvěře a s využitím technik aktivního naslouchání:

- povzbuzení („Řekněte mi o tom něco víc...“ „Co mi o tom ještě můžete říct?“);
- objasnění („Jak často vás manžel bije?“ „Kdy násilí začalo?“ „Jak to začalo?“ „Kdy vás napadnul naposledy?“ „Jsou ohroženy také děti? Jak děti reagují na to, co se u vás doma děje?“ „Jak teď směrem do budoucna vidíte váš vztah?“ „Co je pro vás na znásilnění nejhorší?“ „Už vás prohlédl lékař?“);
- zrcadlení („Vidím, že vás to velmi trápí.“ „Vnímám, že jste...“ „Nejspíš to pro vás není jednoduché...“);
- parafrázování („Jestli tomu dobře rozumím, tak vy...“ „Tak vy si myslíte, že...“);
- sumarizace („Takže váš manžel vás poprvé udeřil minulou noc a tentokrát udeřil i vašeho malého syna. Jste vyděšená a nevíte, co dělat a kam se obrátit.“);

25. Čírtková (2005)

- reflexe („Zní to, jako byste byl na svou ženu pořádně naštvaný.“ „Ačkoliv říkáte, že svého manžela nenávidíte, zdá se mi, že ho také litujete.“);
- ocenění („Děkuji vám za vaši důvěru...“ „Jsem ráda, že jste mi to řekla.“ „Oceňuji vaši snahu situaci řešit.“).²⁶

Identifikace problému

Pokud osoba ohrožená vyhledá služby specificky zaměřených institucí (např. intervenčního centra), dá se předpokládat, že pracovníci těchto institucí jsou adekvátně vyškoleni v řešení domácího násilí. Nicméně všichni sociální pracovníci by měli umět navázat kontakt s těmito klienty. Při **identifikaci problému** je nezbytné se ptát na důležité věci.²⁷ Klíčové jsou zejména otázky na to, co se děje – na první, poslední a nejhorší incident domácího násilí, jak se projevuje násilí partnera/ky, jak se chovala osoba ohrožená při prvním a posledním incidentu, co bezprostředně útoku předcházelo, jaké měla po útoku potíže, bolesti, problémy, zranění, zda vyhledala lékařské ošetření nebo jinou pomoc. Například:

- „Co vás přimělo domluvit si tuto schůzku?“
- „Jak vám můžeme pomoci? Co od nás očekáváte?“
- „Proč jste přišla právě dnes? Co se vlastně stalo?“
- „Jste momentálně v bezpečí nebo vám akutně hrozí riziko napadení?“

Uvědomte si, že osoba může mít také další problémy, které vyžadují okamžitou intervenci, např. nemá kam jít, nemá kde bydlet, není schopná se postarat o své děti nebo o sebe sama, je ve vážném ohrožení života, protože jí opuštěný partner/ka vyhrožuje zabitím. Může být také zraněná. Pokud ano, měla by navštívit lékaře a vše zadokumentovat. Tyto záznamy mohou být použity jako důkaz.

Poskytování podpory

Krizová intervence by měla být samozřejmě zaměřena i na **poskytování podpory osobám ohroženým**, tato podpora by měla být podstatnou a nedílnou součástí intervence. Potřeba pomoci je může zahanbovat a zbavovat důvěry ve své vlastní síly („jsem opravdu neschopná“, „nedokážu se o sebe postarat“). Pociťují intenzivní bezmocnost, ztrácejí kontrolu nad svým životem, nad svým rozhodováním.

26. Ševčík, Špatenková (2011)

27. Čírtková (2005)

Doporučení do praxe:

- Na zkušenost osoby ohrožené domácím násilím reagujte podporujícím způsobem. („*Chápu, že teď máte pocit, že se vám zhroutil celý svět... Je ale mnoho žen, které prožily podobnou situaci jako vy, a nakonec ji dokázaly zvládnout. Věřím, že i vy máte všechny předpoklady pro to, abyste to zvládla.*“)
- Nechte ji vyjádřit své pocity. Má právo být naštvaná/ý, vystrašená/ý, může se cítit trapně nebo poníženo.
- Neposkytujte plané útěchy. („*Všechno bude zase dobré.*“, „*Nedělejte si starosti*“, „*Jste pořád ještě mladá, můžete si najít nového partnera.*“)
- Neslibujte nemožné. („*Určitě se to po terapii zlepší!*“)
- Buďte autentičtí. („*Mám o vás starost.*“)
- Respektujte právo osoby ohrožené na vlastní rozhodnutí. Poslední věcí, kterou osoba ohrožená domácím násilím potřebuje, je, aby za ni zase rozhodoval někdo jiný, aby jí zase někdo říkal, co má a nemá dělat. Jakékoliv rozhodnutí za ni doposud dělala osoba násilná – osoba ohrožená potřebuje zažít a zvnitřnit jinou zkušenost.
- Povzbuzujte osobu ohroženou k tomu, aby našla sílu a odvahu pro adekvátní volbu. Užitečnou strategií je vést ji k tomu, že si může vybrat i jinak (a předložit např. repertoár jiných přijatelných možností, z nichž může volit), případně zdůraznit, že některé druhy chování není nutné volit vůbec (např. sebevražda nebo vražda násilného manžela).²⁸

Jistá část prostoru intervence by měla být věnována také poskytování informací (informace o tom, že pomoc je dosažitelná) a rad (konkrétní informace o dostupných zdrojích a možnostech).

Doporučení do praxe:

Poskytování faktických informací o domácím násilí a možnostech jeho řešení je pro osoby ohrožené velmi důležité. Často totiž trpí jenom proto, že nedisponují dostatečnými nebo správnými informacemi. Ukažte, že pomoc je dosažitelná. Mějte k dispozici informace (letáčky, brožurky aj.) o intervenčním centru, linkách důvěry, azylových domech, poradenských službách a dalších zdrojích. („*Mám informace, které vám mohou pomoci.*“) Vysvětlete dostupné možnosti a obvyklé postupy. Nezapomínejte, že většina osob ohrožených podléhá některým mýtům o domácím násilí, věří, že „je to jejich vina, že si to zaslouží“. Je důležité jim pomoci získat náhled. („*Nikdo si nezaslouží být týraný.*“)

Řešení situace

Řešení situace domácího násilí není snadné a rozhodně ne rychlé. Nicméně i situace domácího násilí je řešitelná. Komplexní pomoc obětem (osobám ohroženým) domácího násilí spočívající v právní, sociálně-právní, psychologické, emoční podpoře a organi-

28. Ševčík, Špatenková (2010)

zační pomoci prostřednictvím specializovaných pracovišť – intervenčních center. K 1. 1. 2007 nabyt účinnosti zákon na ochranu před domácím násilím (zákon č. 135/2006 Sb.). Je postaven na třech pilířích, které tvoří oprávnění Policie ČR v odůvodněných případech násilné osoby vykázat ze společného obydlí, následné další právní možnosti řešení situace osob ohrožených domácím násilím prostřednictvím soudů a poskytování odborných služeb osobám ohroženým domácím násilím, které nabízejí specializovaná pracoviště – intervenční centra. Činnost intervenčních center je zakotvena v zákonech č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“) (§ 60a): Na základě vykázání ze společného obydlí vydaného dle zvláštního právního předpisu, kterým je zákon č. 273/2008 Sb., o Policii ČR, ve znění pozdějších předpisů, je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení úředního záznamu vykázání intervenčnímu centru. Dále je činnost intervenčních center zakotvena v zákoně č. 135/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jímž se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím. Na policejní vykázání ze zákona navazuje sociálně-právní a psychologická pomoc osobám ohroženým domácím násilím poskytovaná pracovníky intervenčních center. Pomoc je poskytována minimálně po dobu trvání policejního vykázání, tedy po dobu deseti dní. Kromě přímé práce s uživateli sociální služby intervenčního centra – osobami ohroženými domácím násilím, zákon o sociálních službách dává za povinnost intervenčním centrům, aby organizovaly mezioborovou spolupráci při řešení případů domácího násilí. Jedná se o spolupráci a vzájemnou informovanost mezi jednotlivými intervenčními centry, Policií ČR, orgány sociálně-právní ochrany dětí, místně příslušnými soudy, poskytovateli sociálních služeb a ostatními spolupracujícími institucemi státními i nestátními.

Služby intervenčních center

Zákon o sociálních službách (§ 60a) přesně definuje, komu je sociální služba intervenčního centra určena.

Na základě dosavadní praxe lze konstatovat, že sociální službu intervenčního centra využívají tyto tři okruhy uživatelů:

1. Osoby ohrožené domácím násilím po vykázání násilné osoby ze společného obydlí.
2. Klienti, kteří se cítí být domácím násilím ohroženi, ale nevyhledali pomoc Policie ČR nebo Policie ČR v jejich případě neprovedla vykázání, přijala jiné opatření, nebo jen předala kontakt na intervenční centrum. Většina těchto klientů vyhledá intervenční centrum z vlastní iniciativy.
3. Tzv. zachránci, kteří jsou konfrontováni s případy domácího násilí např. v rodině, zaměstnání apod., a přicházejí do intervenčního centra pro informace, praktické rady a instrukce týkající se pomoci ohrožené osobě z jejich okolí.

Sociální služba intervenčního centra obsahuje tyto základní činnosti:

- sociálně terapeutické činnosti
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Sociálně terapeutické činnosti jsou realizované prostřednictvím poradenství, krizové intervence, psychologické a emocionální podpory. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí znamená, že osobám ohroženým domácím násilím jsou poskytovány právní, sociálně-právní informace, je jim poskytována pomoc při sepisování a podávání právních návrhů, pomoc při jednání s úřady, s poskytovateli navazujících sociálních služeb a ostatními institucemi a organizacemi, včetně zprostředkování kontaktu, doprovodu, praktické a organizační podpory.

Dle zákona o sociálních službách jsou možné tři formy poskytování sociální služby intervenčního centra:

- **Ambulantní forma** je poskytována uživatelům přímo v intervenčních centrech.
- **Terénní forma** je poskytována v odůvodněných a závažných případech v místě bydliště, případně ve zdravotnickém zařízení. Je určena především lidem, kteří nemohou osobně navštívit intervenční centrum, např. osoby, které byly v důsledku domácího násilí zraněny, rodiče, kteří pečují o malé děti, osoby se zdravotním handicapem, lidé seniorského věku nebo klienti v tzv. hmotné nouzi. V praxi je využívána zejména v souvislosti s vykázáním násilné osoby ze společného obydlí.
- **Pobytová forma** je poskytována výjimečně, zejména pokud to umožňují technické a prostorové možnosti konkrétního intervenčního centra. Zahrnuje pomoc při zajištění ubytování a pomoc při zajištění stravy. V praxi je obvyklé, že intervenční centra mají pro případ potřeby sjednáno krizové lůžko s některým z poskytovatelů sociálních služeb v blízkém okolí. Jedná se zejména o poskytovatele sociálních služeb krizová pomoc a azylové domy.

Sociální službu intervenčního centra zajišťují odborní pracovníci z oblasti sociální práce, práva a psychologie. Jejich kompetence, aktivity a snahy směřují především k tomu, aby účelně pomohli uživatelům sociální služby vyřešit jejich složitou životní situaci způsobenou dlouhotrvajícím domácím násilím. Mezi jejich povinnosti patří také jednat v zájmu uživatelů tak, aby nedošlo k jejich závislosti na sociální službě nebo k jejímu zneužívání. Je nanejvýš žádoucí klienty aktivizovat a vést k odpovědnosti při řešení svých problémů, naučit je využívat možností svého přirozeného sociálního prostředí, případně využívat dalších nabízených veřejných služeb.

Situace osob ohrožených domácím násilím je skutečně obtížná a pro mnohé z nás naprosto nepředstavitelná. Realita domácího násilí je nezdárka mnohem horší, než jakákoli naše fantazie. Lidé zasaženi domácím násilím mají jen malou, resp. téměř žádnou šanci vyřešit problém sami – pouze vlastními silami. Potřebují zpravidla pomoc, a to nejen in-

strumentální (praktickou) pomoc, ale i psychickou podporu, tak, jak je např. popsána v tomto příspěvku a jak ji určuje zákon o sociálních službách. V rámci objektivitu je třeba připomenout, že kromě specializovaných pracovišť intervenčních center nabízí služby obětem domácího násilí celá řada především neziskových organizací v rámci poskytování služby odborné sociální poradenství.



KAPITOLA 5

SYNDROM CAN

SYNDROM CAN



PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

PhDr. Eva Klimentová, Ph.D. absolvovala studijní obory sociologie a andragogika v profilaci na sociální práci na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, v rámci doktorského studia se věnovala historickému vývoji teorií a metod sociální práce. V současné době pracuje jako odborná asistentka na Katedře sociologie, andragogiky a kulturní antropologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Profesně se věnuje zejména vzdělávání budoucích i stávajících sociálních pracovníků. Její výzkumné aktivity směřují do oblasti osob sociálně vyloučených a ohrožených sociálním vyloučením, v posledních letech se jedná zejména o osoby bez domova, rodiny slyšících dětí neslyšících rodičů, Romy (zejména rodu Sinti), oběti a svědky domácího násilí. Poskytuje metodickou podporu organizacím poskytujícím sociální služby a sociálním pracovníkům obcí. Podílí se na organizaci charitativních akcí na podporu lidí bez domova.

Anotace

Setkání sociálního pracovníka s dítětem v krizi patří mezi nejnáročnější situace v praxi sociální práce. Děti vnímáme jako mimořádně křehké a zranitelné klienty, probouzejí v nás přirozenou potřebu je chránit. Pokud však má být jejich ochrana – a to zejména v krizové situaci – účinná, musí být postavena na pevných základech profesionálního přístupu. Následující text poukazuje na specifika krizové intervence u dětí, které jsou a/nebo byly obětmi syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte.

Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, tedy syndrom CAN (z anglického Child Abuse and Neglect) lze vymezit jako „*jakékoli nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt*“²⁹. Syndrom CAN zahrnuje pestrý výčet možných způsobů působení pachatele, jejichž společným výsledkem je ublížení dítěti. Je třeba rozlišovat mezi třemi okruhy problematického chování vůči dítěti. Těmi jsou:

- týrání dítěte
- zanedbávání dítěte
- a zneužívání dítěte

Vzájemně se od sebe liší nejen ve své formě, ale i ve svých příčinách a důsledcích. To však nevylučuje možnost, že se mohou u jednoho dítěte vyskytovat v různých kombinacích současně.

Týrání dítěte

Hlavní příčinou týrání je hostilita pachatele vůči dítěti, jeho nepřátelství, agresivita a nevládnuté afekty, jedná se o akci zaměřenou proti dítěti. Rozlišujeme týrání fyzické a týrání psychické.

Fyzické týrání

Fyzické týrání zahrnuje všechny akty fyzického násilí vůči dítěti. Otevřená nebo uzavřená poranění mohou být způsobena bitím, pálením, opařením, dušením, otrávením, sexuálním násilím a dalšími mechanismy. Patří sem ale také záměrné neposkytnutí nezbytné péče dítěti, které může zapříčinit jeho poranění (případně smrt).³⁰

29. Dunovský et al. (1995: 24)

30. Dunovský et al. (1995)

Příklad č. 1

Systém trestů otce desetileté Hany byl pečlivě promyšlený, tresty byly odstupňované podle závažnosti „prohřešků“. Visel v přehledné tabulce zavěšený na Hancině nástěnce v dětském pokoji. Pevně stanovený harmonogram dne bylo nezbytné pečlivě dodržovat, v případě selhání – ať už úmyslného nebo nechtěného – následoval trest podle stanovených pravidel. Hodnoceno bylo chování k rodičům a sourozencům a na veřejnosti, školní prospěch, plnění domácích povinností, dodržování časového rozvrhu. Mezi mírnější tresty patřilo běhání po schodech se zátěží v batohu, desítky dřepů, kliků, sklapovaček. Za větší prohřešky klečení v koutě na vařečky pod kolena, výprask páskem nebo starou šňůrou od žehličky. Za nařízené tresty a jejich splnění musela Hana otci poděkovat. Někdy se otec tak rozčílil, že uděloval tresty mimo seznam. Celý systém rodinné „výchovy“ byl odhalen poté, co Hanka byla hospitalizována se zápallem plic po trestu hodiny pobytu na terase jejich domu v mrazivém únoru. Svěřila se v nemocnici jedné ze zdravotních sester. Po odhalení otec dítěte argumentoval, že Hana jako jediná z jeho tří dětí je „zkažená“ a že by mu společnost měla poděkovat za to, že její výchově věnuje takovou péči.

Psychické a emocionální týrání

Vymezení psychického či emocionálního týrání je komplikovanější, protože nezanechává viditelné stopy či zřejmé důkazy a tedy se i hůře prokazuje. Psychické týrání může nabývat rozličných podob od nedostatečné emocionální opory dítěte, vyhrožování (terrorizování), nadávek, zesměšňování, výčitek, až po izolování, vyjadřování nedůvěry, opovrhování, vtahování dítěte do rodičovských koalicí, korumpování, přílišný tlak na výkon, odpírání emoční podpory.³¹ Radíme sem i prostou nelásku vůči dítěti. Míra psychického týrání je těžko určitelná, protože následky psychického týrání jsou ovlivněny i osobnostními charakteristikami dítěte, jeho možnostmi a strategiemi, jak se s psychickým tlakem vyrovnává. Platí pravidlo, že jakkoli se psychické týrání může vyskytovat samostatně, je vždy přítomno i u ostatních forem syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte. Tedy například sexuálně zneužívané dítě je vždy týráno (tedy poškozováno) i psychicky, ve svém zdravém, normálním psychickém vývoji.³²

Příklad č. 2

Domů šel Tomáš se strachem. I přesto, že se učil, dostal z vlastivědy zase trojku. Už věděl, co si bude muset vyslechnout od mámy. Že je k ničemu, že jsou s ním jen problémy, že nejzářnější kariéra, která ho čeká, je ve výkupu lahví, a to ještě „kdovijestli“. Že oni se s tátou mohou přetrhnout, aby z něho něco bylo, ale on na ně a na všechno kašle. S Jarkou, jeho starší sestrou, rodiče takové starosti neměli, ta je má alespoň ráda. On je nevděčník, lemra a debil a nezaslouží si, aby ho měli tak rádi, jako mají Jarušku. Až skončí na ulici jako smradlavá smažka, oni se divit nebudou a může si za to sám.

31. Kolektiv autorů (2007)

32. Dunovský et al. (1995)

Zanedbávání dítěte

V pozadí zanedbávání dítěte nacházíme oslabený vztah rodičů vůči dětem, jejich nezájem, lhostejnost. Nejsou z různých důvodů schopni zajistit dětem přiměřené podmínky pro jejich zdravý vývoj. Zanedbávání je především spojováno s dlouhodobým neuspokojováním základních biologických potřeb dítěte, s opomíjením zdravotní péče, nedostatkem stimulace, příležitostí k pohybu, k tělesnému kontaktu, s omezenou zkušeností s okolím. Jedná se tedy o následky nedostatku péče a stimulace, většinou v prostředí socioekonomicky nízké úrovně. Důsledky zanedbávání se odrážejí převážně ve vývojovém opoždění dítěte a jeho deprivaci, v extrémních případech může ústít až v úmrtí dítěte.³³

Příklad č. 3

„Terezku vodí matka vždy plačící a s křikem, hladovou, neumytou, zanedbanou, s prosáklou zapáchající plínkou. Uklízečka nebo učitelky ji denně musely umýt a převléct. Matka je žádala, aby ji v případě, že se počůrá, daly za trest klečct. Terezka je ve školce velice ráda a domů se jí nikdy nechce. Sousedé shodně uvádějí, že v denních i nočních hodinách je z bytu velmi často slyšet nárek malé holčičky, je to velmi intenzivní pláč. Matka na dceru stále křičí a nadává jí nevybíravými slovy. Když si myslí, že ji nikdo nevidí, je na holčičku velmi hrubá a sprostě jí nadává. Když se ale na ni někdo dívá, je na dceru milá. Dcerku si nechává hrát samotnou necelé dva metry od kolejí, kde jezdí rychlíky...“³⁴

Zneužívání dítěte

Termín zneužívání je používán v širším vymezení v souvislosti se zneužíváním dítěte k páčání trestné činnosti, k žebrotě či k námezdní nebo nepřiměřeně těžké práci. Za nejzávažnější formu zneužívání je však považováno sexuální zneužívání, které je definováno jako „*nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk, vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá*“.³⁵ Bývá rozlišována bezdotyková a dotyková forma sexuálního zneužívání. Při bezdotykové formě sexuálního zneužívání nedochází k fyzickému kontaktu mezi pachatelem a dítětem, představuje ji například zneklidňování dítěte informacemi sexuálního charakteru, pornografickým materiálem, sexualizovaným chováním pachatele (např. exhibicionismem). Dotyková forma sexuálního zneužívání zahrnuje různé závažné typy obtěžování (osahávání, dráždění pohlavních orgánů) přes sexuální útok až po znásilnění. Dále můžeme rozlišit podle vztahu dítěte k pachateli sexuální zneužívání intrafamiliární, realizované v rámci rodiny osobami, ke kterým má dítě silné emocionální pouto, a které by měly dítě primárně chránit, a extrafamiliární, kdy pacha-

33. Dunovský et al. (1995)

34. FOD (1999: 1)

35. Täubner (1996: 10)

telem je osoba, která stojí vně rodiny dítěte. Zde ještě můžeme rozlišovat mezi pachateli, které dítě zná (například učitel/ka, trenér/ka, soused/ka), a dítěti neznámými pachateli, kteří atakují dítě náhodně. Posledním důležitým kritériem pro poskytnutí účinné pomoci dítěti je, zda ke zneužití došlo jednorázově (ojedinělý incident), nebo opakovaně, a zda se jednalo o jednání dlouhodobé nebo krátkodobé.³⁶

Příklad č. 4

„Věděla jsem, že nesmím křičet. Už nikdy nesmím křičet. Žádný tatínek už nepřijde, aby mě ochránil, aby mě odnesl, aby ta hrůza už byla pryč. Byl to můj vlastní otec, kdo se mnou vyváděl tu odpornou věc. A když to se mnou dělal on, musí to tak být správné. A ode mne by bylo ošklivé, kdyby se mi to nelíbilo. Můj tatínek přece nedělá nic nesprávného. Vždyť jsem byla jeho andílek. Měl mě přece rád. „Moni, ‘supěl otec, ‘Moničko.‘ Dusila jsem se, protože to bílé mazlavé se mi hnusilo. Měla jsem olepený obličej, břicho, noční košili, postel. “Moni, teď máme společné tajemství“, řekl otec a zapnul si kalhoty. „Moje holčička a já. Jen my dva, jasné? „Ano“, zašeptala jsem, protože otci se muselo odpovídat. Když se mu neodpovědělo, byl zlý. A neposlušné děti musely zpátky k oslovi nebo do dětského domova.“³⁷

V rámci pomáhajících profesí je nezbytné vnímat syndrom CAN nikoli jako důsledek izolovaného aktu ze strany původce či pachatele, ale vždy komplexně a systémově jako událost, na které se účastní pachatel v interakci s obětí, v interakci s dalšími zúčastněnými osobami (například ne/všímavými sousedy, pozornou učitelkou), za konkrétních situačních podmínek (mikrosociální rozměr), a to vše pak v konkrétním společensko-kulturním prostředí (makrosociální rozměr). Nesmíme také zapomínat, že každý případ má své specifické příčiny a specifický vývoj v čase (není pouze tady a teď, ale syndrom se nějakým způsobem vyvíjel).

Úkoly sociálního pracovníka

Syndrom CAN je zdrojem psychických traumat ohrožujících dítě v krátkodobém i dlouhodobém horizontu, má vysoký traumatogenní potenciál. Dětem ohroženým týráním, zanedbáváním a zneužíváním je potřeba věnovat mimořádnou pozornost. Jedním z profesionálů, který nabízí ohroženým dětem komplexní a systematickou pomoc, je právě sociální pracovník, a to zejména sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Ten má ve vztahu k syndromu CAN tři důležité úkoly.

- Tím prvním je prevence syndromu CAN a jeho včasná detekce. K tomu sociální práce používá zejména nástroje osvěty, jednak mezi intaktní veřejností, ale zejména mezi

36. Vaničková et al. (1999); Akindolie (2013)

37. Jackelová (1995: 295)

pomáhajícími profesionály, kteří mohou s dítětem zasaženým syndromem CAN přijít do kontaktu. Jedná se především o pediatry a další zdravotnický personál, dále o učitele. Je zde kladen důraz na to, aby dokázali ve své profesní praxi rozeznat přímé a nepřímé (specifické a nespecifické) znaky syndromu CAN a včas sdělit (oznámit) své případné podezření orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

- Návazným úkolem sociálního pracovníka sociálně-právní ochrany dětí je takové oznámení kvalifikovaně prošetřit a v případě potřeby navrhnout a realizovat potřebná opatření. Coby case manager je následně odpovědný za to, aby komplexní pomoc dítěti ze strany zúčastněných pomáhajících profesionálů maximalizovala svůj efekt spočívající v co nejméně zatěžujícím procesu uzdravy dítěte.
- Posledním důležitým úkolem sociálního pracovníka je v rámci terciální prevence zabránit opakování týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte a podpořit jeho plnou úzdravu a integraci do běžného života. V rámci plnění těchto svých povinností se sociální pracovník může dostat do situací, kdy je potřeba psychicky traumatizovanému dítěti po odhalení syndromu CAN poskytnout krizovou intervenci.

Příklad č. 5

Oznámení o rušení nočního klidu přijala Policie ČR krátce před půlnocí. Sousedka rodiny se dvěma dětmi mladšího školního věku sdělila, že z bytu se ozývá křik plný vulgarismů, rány, hluk zápasu, pláč dětí. Vzhledem k přítomnosti dětí byl k zásahu bezodkladně povolán sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí, který držel pohotovostní službu. V bytě byly nalezeny děti potlučené, s mnohočetnými hematomy, odřeninami, drobným krvácením. Z lékařského hlediska postačovalo ošetření na místě. Matka však měla závažnější poranění, jak se snažila děti chránit, a musela být ošetřena na chirurgickém oddělení s výhledem několikátýdenní hospitalizace. Otec byl odvezen do cely předběžného zadržení s návrhem policie na uvalení vazby. Než děti převzala do péče babička, bylo potřeba, aby sociální pracovník traumatizované děti zklidnil a poskytl jim bezodkladnou krizovou intervenci.

Doporučení do praxe

Komunikace sociálního pracovníka s dítětem, které prožilo, resp. prožívá traumatickou krizi, by měla být nanejvýš citlivá. K dítěti by měl sociální pracovník vždy přistupovat s respektem, s nabídkou, nikoli příkazem či pokynem ke kontaktu. Doporučuje se:

- vytvořit vhodný prostor, a to jak fyzický, tak i časový, pro setkání a komunikaci s dítětem;
- přistupovat k dítěti s respektem, s nabídkou, nikoli příkazem či pokynem ke kontaktu;
- mluvit na dítě klidně a trpělivě, jednoduše a pomalu, civilně;
- naladit se na potřeby dítěte;
- vytvořit bezpečný prostor pro otázky dítěte a podpořit ho v dotazování;
- nestydět se a nebát se ani intimních otázek, což je důležité zejména u dětí vystavených sexuálnímu zneužívání;

- poskytnout dítěti fyzickou podporu, která zahrnuje odvedení dítěte z místa traumatu a opatrnou a citlivou nabídku taktilního kontaktu (zejména u menších dětí);
- zakotvit dítě v realitě, což znamená představit se dítěti, seznámit ho s rolí sociálního pracovníka v řešení jeho stávajících potíží, poskytnout dítěti informace o tom, kde se nachází, kdo a jak mu pomáhá, jak ono samo může do procesu pomáhání zasáhnout;
- ubezpečit dítě o tom, že jeho emoční prožívání traumatu je normální stejně tak, jako je normální chování, které je silnými emocemi nesené;
- ocenit vše, co dítě udělalo pro záchranu sebe i druhých, jak statečně se chovalo, co zvládlo, s čím si poradilo, jak se snaží s traumatem vyrovnat;
- ptát se na potřeby dítěte a zajistit mu zdánlivě úplně obyčejné věci – nápoj, jídlo, pokrývku, oblíbenou hračku, zeptat se, jestli dítě nepotřebuje na toaletu.

Jednotlivé kroky by měly být naplňovány souběžně, v organickém rámci soucitné péče a pozornosti věnované dítěti.

V žádném případě by sociální pracovník neměl:

- dávat najevo vlastní zděšení nebo údiv (např. *„Jak je tohle možné? To jsem ještě neviděl/a!“*).
- používat otřepané fráze a klišé (*„To se spraví“*, *„Jsou na světě horší věci“*);
- dítěti něco vyčítat nebo ho obviňovat (*„Proč jsi to neřekl/a dřív?“*, *„Zamysli se, jaký podíl viny na tom máš ty sám, na toto jsou potřeba dva“*);
- diagnostikovat na místě (*„Je to horší, než to vypadá“*, *„Následky budou velmi vážné“*);
- používat cizí slova a profesionální žargon (*„Musíme předejít viktimizaci“*, *„To je typický Münchhausenův syndrom by proxy“*);
- patologizovat projevy chování dítěte (*„Nebud' hysterický“*, *„Toto už není normální“*);
- dávat sliby, které není možné dodržet (*„Rodinu udržíme pohromadě, to se nemusíš bát“*, *„Máma se vyléčí, vše bude zase jako dřív“*).³⁸

Odhalení a zastavení násilí na dítěti či jeho zanedbávání a poskytnutí krizové intervence by mělo být následováno dalšími důležitými kroky sociálního pracovníka. Těmi jsou prevence sekundární viktimizace a zajištění toho, aby rodinný systém dítěte coby přirozený zdroj jeho podpory byl co nejméně narušen. Sekundární viktimizace představuje nadbytečné zraňování oběti. Prevence sekundární viktimizace by měla být systematicky a dlouhodobě rozvíjena až do okamžiku úspěšného zakončení spolupráce s dítětem, které již nevykazuje známky ohrožení. Její základy však musí sociální pracovník budovat již právě v průběhu poskytování krizové intervence. Zajištění toho, aby rodinný systém dítěte, coby přirozený zdroj jeho podpory, byl narušen co nejméně, je posledním, nikoli však nejméně důležitým úkolem sociálního pracovníka v reakci na odhalení syndromu CAN. Pro sociálního pracovníka je nezbytné v popsanych souvislostech vnímat dítě jako součást rodiny (případně širšího společenství) a na tuto rodinu nazírat systémově. Smyslem je uchránit dítě před dalším násilím, ale současně mobilizovat zdravou část rodinného systému.

38. Čírtková, Vitoušová et al. (2007)

Jednoduše můžeme s Pöthem říct, že konečným cílem pomoci traumatizovanému dítěti, podobně jako u léčby zlomené kosti, není pouze srůst, nýbrž i růst. Dobrý sociální pracovník, terapeut či autentický dospělý, se kterým má dítě bezpečný emoční vztah, může nalomenou psychiku traumatizovaného dítěte zabezpečit, ale také zahojit a nastartovat směrem k emoční a sociální zralosti a autonomii.³⁹

39. Pöthe (2015)



ZÁVĚR



Závěr

Naděžda Špatenková

Krizová intervence je obvykle chápána jako specializovaná pomoc poskytovaná kompetentními odborníky s příslušným výcvikem, lidem v náročné životní situaci ve speciálních institucích, např. krizových centrech. Krizovou intervencí ale můžeme také pojímat jako jednu z metod sociální práce. Nezřídka jsou to totiž právě krize, které jsou pro klienta impulsem k vyhledání pomoci ze strany sociálního pracovníka. Pak je poskytnutí krizové intervence nejen užitečné, ale i nutné, protože pokud není krize správně a primárně „ošetřena“, klient nemusí být schopen slyšet, vnímat a akceptovat jakoukoliv další pomoc. Krize je totiž situace, která jedince, rodinu či komunitu zcela paralyzuje. Cílem krizové intervence je zvýšení fungování klienta. O krizi se s největší pravděpodobností jedná, pokud:

- se jedná o intenzivní kritickou událost nebo dlouhotrvající stres;
- tato událost je prožívána jako náhlá, nečekaná, ohrožující a/nebo zraňující;
- daná situace je prožívána jako ztráta, ohrožení a/nebo výzva;
- dochází k prožívání intenzivních negativních emocí a zážitků;
- objevuje se pocit nejistoty z budoucnosti;
- dochází ke ztrátě (sebe)kontroly;
- obvyklé způsoby chování a fungování (denního rytmu a návyků) jsou narušeny;
- stav emočního napětí trvá určitou dobu (nejčastěji dva až šest týdnů, někdy i měsíců);
- objevuje se nutnost změny a přizpůsobení se nové skutečnosti.

Krizová intervence představuje záměrný a cílený zásah/zárok do krizové situace, kterou osoba nedokáže vyřešit sama za pomoci vlastních sil a ověřených copingových strategií. Záměrem krizové intervence není jen psychická stabilizace a podpora „zasazené“ osoby, ale i získání odstupu, náhledu a nalezení efektivního řešení vedoucího k překonání krize. Jedná se o pomoc, která by neměla být osobám v krizové situaci vnucována, ale měla by jim být pro případ potřeby dostupná nebo nabídnuta. Krizová intervence je prakticky zaměřená činnost, není to vhodná doba k rafinovaným psychologickým interpretacím, je to „čas jednat“. Krizová intervence by měla být:

- snadno dosažitelná a nízkoprahová,
- zaměřená na řešení problémů „tady a teď“,
- intenzivní, avšak časově limitovaná (max. 6–10 setkání s klientem, max. 6–10 dnů na krizovém lůžku),

- strukturovaná, aktivní a je-li to nutné, pak i direktivní,
- s cílem stabilizovat klienta v krizi, podpořit jeho kompetence krizi řešit a případně ho nasměrovat k dalším účinným zdrojům pomoci.

Krizová intervence spočívá v poskytnutí emocionální podpory a pocitu bezpečí, v pomoci s konkrétními záležitostmi, slouží k potlačení strachu díky péči v době, kdy jedinec není plně schopen vlastního jednání a rozhodování. Krizovou intervencí v praxi tvoří nejčastěji následující aktivity:

- poskytnutí emocionální podpory, která usnadní ventilaci emocí;
- konfrontace s realitou a působení proti tendencím k odmítání a zkeslování, aby bylo možno zformulovat v dané fázi nejdůležitější problém, který je nutno řešit;
- zhodnocení dosavadních způsobů vyrovnávání se s krizí;
- využití efektivních zvládacích strategií nebo vytvoření nových;
- vytvoření plánu pomoci.

Krizová intervence rozhodně nepředstavuje:

- plané utěšování, přesvědčování, dávání rad;
- tlumení emocionálních reakcí („Neplakej“ místo „Můžeš se u mě vyplakat“);
- vynucování rychlých rozhodnutí;
- bagatelizování intenzivních projevů krizové reakce, které se projevují nepřijímáním potravy, poruchami spánku, užíváním alkoholu a jiných látek;
- pouhou aplikaci represivních opatření.

Krizová intervence sama o sobě krizi ne(vy)řeší, ale může pozitivně ovlivnit její průběh a dopad. Smyslem krizové intervence např. není zlepšení mezilidských vztahů daného jedince, k tomu ovšem může následně dojít. Primárním posláním krizové intervence také není např. modifikace chování jedince, pokud taková změna chování není přímo prostředkem ke zvládnutí, řešení krize. Možnosti krizové intervence se mohou jevit jako limitované, ale zaměření na aktuální problém je ve svém důsledku velmi efektivní. Na krizovou intervenci pak navazují další formy pomoci, které mají širší dopad než samotná krizová intervence. Na základě bohatých praktických zkušeností s poskytováním sociálních služeb můžeme říci, že poskytování krizové intervence je v intencích sociální práce nejen možné, ale i nutné. Pokud totiž není krize klienta „ošetřena“, je velmi obtížné (ne-li téměř nemožné) implementovat navazující formy pomoci, např. doprovázení nebo poradenství.

Krizová intervence je speciální dovednost a k jejímu efektivnímu zvládnutí je nanejvýš vhodné, respektive nutné absolvovat příslušný výcvik.

Sociální pracovník by měl umět vytvořit klientům v krizi bezpečné prostředí, založené na důvěře, úctě a respektu. Jedině takový vztah umožňuje, aby se klient uklidnil, stabilizoval a cítil se navzdory okolnostem relativně „v pohodě“. Navázání takového vztahu

se může během krátké doby, kterou na to sociální pracovníci během krizové intervence mají, zdát jako obtížný úkol. Je to ale dovednost, lze se ji naučit. V průběhu výcviku získají sociální pracovníci nejen znalosti, ale především dovednosti, naučí se zvládat jednotlivé kroky a fáze krizové intervence, techniky krizové intervence, identifikovat zakázku klienta, tj. téma intervence a další.

Všichni se mohou naučit základy krizové intervence. Není na tom nic složitého. Umění efektivní komplexní krizové intervence ale vyžaduje mnohem víc – určité předchozí vědomosti, zkušenosti, dovednosti a vlastně celoživotní učení. I sociální pracovníci na sobě musejí neustále pracovat, aby jejich intervence byla nejen dobrá a dostatečná, ale stále lepší a lepší. Tato publikace představuje jednu z možností dalšího vzdělávání, resp. rozvoje profesních kompetencí sociálních pracovníků. Obsahuje nejen teoretické informace o tom, co je to krizová intervence a jak by měla probíhat, ale také řadu příkladů a doporučení, které mohou být pro sociální pracovníky v praxi užitečné.

Bibliografie

AKINDOLIE, Ch. 2013. *Child Sexual Abuse: A Silent Epidemic*. Bloomington: Xlibris Corporation.

AUSTRALIAN RED CROSS. 2013. *Psychological First Aid – An Australian guide to supporting people affected by disaster*.

BOYCE, Karen. 2017. Safe evacuation for all – Fact or Fantasy? Past experiences, current understanding and future challenges. *Fire Safety Journal*. 2017, s. 13.

BUTLER, Kathryn, et al. 2017. Perspectives of occupants with mobility impairments on evacuation methods for use during fire emergencies. *Fire Safety Journal*. 2017, s. 9.

ČÍRTKOVÁ, L. 2005. *Policejní psychologie*. Praha: Support.

ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. et al. (2007) Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese. Praha: Grada.

DUNOVSKÝ, J.; DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. et al. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada.

FOD. 1999. Zpravodaj Fondu ohrožených dětí. Zvláštní číslo 2/99.

JACKELOVÁ, K. 1995. *Už nejsem Vaše dcera*. Praha: Knižní klub.

JEŘÁBEK, P. 2008. Klientela TK, In: *Terapeutická komunita pro závislé II. – Česká praxe* (sborník). Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Kolektiv autorů. 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS, Institut pro strukturální politiku, o. p. s.

KOO, Jeongin, et al. 2014. *Estimating the effects of mental disorientation and physical fatigue in a semi-panic evacuation*. *Expert Systems With Applications*. 2014, 41(5), s. 2379–2390.

KOO, Jeongin, et al. 2012. Estimating the impact of residents with disabilities on the evacuation in a high-rise building: *A simulation study*. *Simulation Modelling Practice and Theory*. 2012, 24, s. 71–83.

KULIGOWSKI, Erica, et al. 2013. Stair evacuation of older adults and people with mobility impairments. *Fire Safety Journal*. 2013, 62(Part C), s. 230–237.

LOY, Beth, et al. 2006. Including employees with disabilities in emergency evacuation plans: 9/11's Effect on the demand for information. *Work. Journal of Prevention, Assessment*. 2006, 27(4), s. 407–411.

MANLEY, Matthew. KIM Yong Seog. 2012. Modeling emergency evacuation of individuals with disabilities (exitus): An agent-based public decision support system. *Expert Systems With Applications*. 2012, 39(9), s. 8300–8311.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. 2003. Motivační rozhovory. Tišnov: Scan.

MINISTERSTVO VNITRA – GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČESKÉ REPUBLIKY, *Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu. Zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením na místě zásahu*. [online] 2007, s. 5 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z WWW: <<http://metodika.caht.cz/bojovy%20rad/S.12%20Komunikace%20s%20postizenym.pdf>>

PÖTHE, P. 2015. Psychické trauma v dětství. Dostupné z: <http://www.dr-pothe.com/psychicke-trauma-v-detstvi/> ze dne 11. září 2015.

ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2011. *Domácí násilí. Kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2004. *KRIZE. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.

TĀUBNER, V. 1996. *Nejstřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí*. Praha: Trizonia.

VANÍČKOVÁ, E.; PROVAZNÍK, K.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z. & SPILKOVÁ, J. 1999. *Sexuální násilí na dětech*. Praha: Portál.

VYMĚTAL, Š. 2018. *Podpora lidí s disabilitou při katastrofách*. E-psychologie. [online] 2016, V. 10, Č. 2, s. 47-49, [cit. 2018-06-06]. Dostupné z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/vymetal_zp3.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2011. *Psychological first aid: guide for field workers*. WHO: Geneva, 2011.

www.bkb.cz

www.domaci-nasili.cz

www.stopnasili.cz

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Sešit sociální práce

5. číslo, 2019

Sociální práce a krizová intervence

Odborná garantka a editorka vydání:

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA

Autoři kapitol:

PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Mgr. Bianka Hudcová

Mgr. Drahomír Ševčík

Mgr. Simona Dohnalová

Mgr. Gabriela Mahrová

Recenzent:

Mgr. Andrea Faltysová, DiS., MBA

Odborný metodik MPSV:

Mgr. Katarína Sedlářová, Ph.D.

Fotografie:

archiv autorů/fotobanka

Vydává:

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2

Tel.: +420 221 921 111

www.mpsv.cz

Grafické zpracování a tisk:

GRAFEX-AGENCY s. r. o.

ISBN 978-80-7421-158-4

www.budmeprofi.cz

poznámky:



Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II

Sešit sociální práce byl vydán v rámci projektu MPSV – „Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003751, financováno z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.