

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Pražská psychoterapeutická fakulta

Praha

Závěrečná práce

Téma:

Dětská psychoterapie

2008

Mgr. Jitka Minářová

Obsah

Úvod	1
1 Dětská psychoterapie obecně.....	3
1.1 Pojem psychoterapie	3
1.2 Specifika dětské psychoterapie.....	3
1.3 Cíl dětské psychoterapie	4
1.4 Psychoterapie a výchova	4
1.5 Psychoterapeutický proces a přístup.....	5
1.6 Formy psychologické pomoci dětem.....	6
1.6.1 Klinické psychologické poradenství.....	6
1.6.2 Psychologické vedení	6
1.6.3 Vlastní psychoterapie	6
1.7 Vedení psychoterapie	8
1.8 Prostředky psychoterapeutické pomoci	8
1.8.1 Řízená stimulace jednotlivých funkcí.....	9
1.8.2 Hra	9
1.8.3 Cílená činnost	10
1.8.4 Rozhovor	10
1.8.5 Tvůrčí prostředky	10
1.8.6 Psychoterapeutický režim léčebného oddělení.....	11
1.8.7 Psychoterapeutické zásahy do prostředí dítěte	11
2 Specifické zvláštnosti ve vývojových obdobích dítěte školního věku.....	12
2.1 Mladší školní věk.....	13
2.1.1 Tělesný vývoj	14
2.1.2 Duševní vývoj.....	14
2.1.3 Kognitivně-intelektuální vývoj.....	15
2.1.4 Emoční vývoj a nástup volního jednání	15
2.2 Střední školní věk	16
2.3 Starší školní věk.....	16
2.3.1 Tělesný vývoj	17
2.3.2 Duševní vývoj.....	18
2.3.3 Kognitivně-intelektuální vývoj.....	18
2.3.4 Emoční vývoj.....	19
2.4 Vliv sociálního prostředí na dítě.....	19
3 Poruchy dětí školního věku.....	21
3.1 Působení duševních vlivů na zdraví dítěte	22
3.2 Děti zanedbané a deprivované.....	23
3.3 Děti týrané a zneužívané.....	24
3.4 Děti se somatickým onemocněním.....	25
3.5 Školní fobie.....	26
3.6 Vyrušování ve škole	27
3.7 ADHD – porucha pozornosti a hyperaktivita.....	28
3.8 Deprese u dětí	29
3.9 Dyslexie	30
3.10 Mentální retardace	32
3.11 Děti psychotické	32
3.12 Děti s psychosomatickými poruchami.....	33

3.12.1	Průduškové astma	34
3.12.2	Poruchy příjmu potravy	34
3.12.3	Obezita	36
3.12.4	Pomočování	36
3.12.5	Koktavost	37
3.12.6	Poruchy funkce zažívacího ústrojí	37
3.12.7	Psychogenní horečka	38
3.12.8	Neurodermatózy	38
3.13	Posttraumatické stresové poruchy	39
3.14	Děti trpící závislostmi	40
4	Základní možnosti psychoterapeutické pomoci dětem	41
4.1	Individuální psychoterapie	41
4.1.1	Sugestivní postupy	42
4.1.2	Racionálně-terapeutické postupy	42
4.1.2.1	Racionálně-emozivní terapie	43
4.1.2.2	Kognitivní sebeřízení u dětí	44
4.1.3	Emocionálně a motivačně-terapeutické postupy	45
4.1.4	Behaviorálně-terapeutické postupy	47
4.1.5	Psychofyziologické terapeutické postupy	48
4.2	Rodinná psychoterapie	49
4.2.1	Východiska rodinné terapie	49
4.2.2	Hlavní přístupy v rodinné psychoterapii:	52
4.3	Skupinová psychoterapie	53
4.4	Léčebné společenství	55
	Použitá literatura	57

Úvod

Pro svou práci jsem si vybrala téma „Dětská psychoterapie“. Tato oblast psychologie byla také jedním z důvodů, proč jsem se přihlásila ke studiu na PPF. Jsem učitelka a ve své praxi se denně setkávám s dětmi trpícími nejrůznějšími poruchami. V běžné základní škole přicházíme do styku s dětskými poruchami velmi často, i když se jedná většinou o poruchy a nemoci v mírnější formě, než na jaké jsou zvyklí pracovníci zdravotnických a psychologických zařízení. Bohužel jen nepatrná část rodičů je schopna přiznat, že jejich dítě něčím trpí a ještě menší procento z nich je ochotno obrátit se o pomoc k odborníkům. Tyto děti pak nastupují do školy, aniž by byl učitel předem informován o jejich potížích. Jako v každé sociální skupině, i ve školní třídě se problém jednoho člena dotýká všech ostatních. Postupně začínají na učitele a celý třídní kolektiv doléhat problémy související s poruchou a problematickým chováním dítěte. Učitel v dnešní době se tak často stává terapeutem postiženého žáka i celého třídního kolektivu. V každodenní práci jedná s dětmi zanedbanými, hyperaktivními, dyslektickými, depresivními, agresivními, trpícími různými emočními poruchami či psychosomatickými nemocemi. Většina učitelů má o děti opravdový zájem a snaží se vysledovat symptomy poruchy, kterou dítě trpí, hledá příčiny, zprostředkovává odbornou pomoc a uplatňuje individuální přístup respektující specifika každého postiženého dítěte. Protože sama pracuji s dětmi, které se projevují poruchovým chováním a také moji kolegové se zajímají o to, jak svým žákům lépe porozumět, rozhodla jsem se ve své práci podrobněji popsat nejčastěji se vyskytující poruchy, jejich symptomy, příčiny a možnosti psychoterapeutické léčby. Cílem práce je tedy zprostředkovat učitelům základní školy stručný přehled dětské psychoterapie se zaměřením na poruchy dětí školního věku a základní možnosti léčby.

Dětská psychoterapie může být vysoce smysluplná a účinná za předpokladu, že jsou do terapie zapojeni i ostatní členové rodiny, především oba rodiče, protože právě na nich je léčení dítěte bytostně závislé. Jeho vývoj je nesen sociálními vztahy, ve kterých žije a má-li nastat u dítěte pozitivní změna, musí k ní dojít nejprve v jeho rodině. Z tohoto důvodu se vlivem rodiny a východisky rodinné terapie ve své práci zabývám podrobněji.

Psychoterapeutická intervence musí vždy respektovat specifika jednotlivých vývojových stádií dítěte. Také mezi samotnými dětmi jsou velké rozdíly ve vývoji, proto před započítím samotné psychoterapie bývá potřebné psychologické vyšetření dítěte. Během léčby pak mohou být pozitivní změny porovnávány s výchozím stavem. Respektování vývojových zvláštností je pro léčbu samotnou zcela zásadní, proto věnuji 2. kapitolu právě těmto otázkám.

Uvedené poznatky z vývojové psychologie sice nejsou učitelům neznámé, ale mohou být opomenuty nebo přehlíženy. Jejich připomenutí může pomoci v konkrétních případech navést učitele k jádru problému nebo objasnit některé příčiny potíží dětí.

1 Dětská psychoterapie obecně

1.1 Pojem psychoterapie

Psychoterapií rozumíme záměrné užívání psychologických prostředků k léčbě psychických, fyzických, sociálních a noogenních poruch. Porucha zapříčiňuje vždy nějakou odchylku od normálního zdravého vývoje dítěte. Psychoterapie znamená léčbu psychologickými prostředky, zaměřenou na odstranění této nežádoucí odchylky a obnovu zdravé funkce a vývoje osobnosti dítěte. Psychoterapie tedy sice představuje léčebné působení, ale toto samotné neuzdravuje, vytváří pouze podmínky, ve kterých může uzdravení nastat.¹

1.2 Specifika dětské psychoterapie

Děti přicházejí k psychoterapeutovi poměrně častěji než dospělí a také jejich léčba má větší naději na úspěch. Základní školy dnes běžně posílají děti s problémy a poruchami k vyšetření do pedagogicko-psychologických poraden, a pokud jsou rodiče dítěte ochotni spolupracovat, je jim doporučeno psychoterapeutické vedení. V zásadě platí, že čím je lidská bytost mladší (stejně tak čím je určitá psychická funkce vývojově mladší), tím je zranitelnější, ale i snadněji měnitelná a léčitelná psychologickými prostředky. Tedy čím mladší dítě, tím je více tvárnější a prostředím ovlivnitelnější. Dalším specifikem dětské psychoterapie je nezbytnost informací o vývojové úrovni dítěte a o zátěžích, jimž je vystaveno a které mohou být pro konkrétní vývojové období zásadně důležité (např. předčasná separace od matky, krizové situace v rodině). Děti samotné většinou o psychologickou pomoc nežádají. Přivádí je jiné zúčastněné osoby, nejčastěji rodiče nebo učitelé. Mnohé léčebné postupy jsou však účinné pouze za předpokladu, že pacient je sám ochoten na změně spolupracovat. Děti, které jsou do terapie přinuceny, odpovídají neochotně a bez zájmu o věc. Zvláště děti v období dospívání je nutné nejprve pro léčbu vhodně motivovat a dát jim prostor pro svobodné rozhodnutí.

Do psychoterapeutického procesu je potřebné zahrnout i osoby, na nichž je dítě bytostně závislé (rodiče, sourozenci, prarodiče). Dítě je neseno sociálními vztahy a teprve v pubertě se z nich začíná vymaňovat. Před započatím samotné psychoterapie je důležité dítě

¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 51

zevrubně psychologicky vyšetřit. Toto vyšetření je základem pro další práci, neboť podle nálezů jsou voleny psychoterapeutické metody a postup.

V dětské psychoterapii je na rozdíl od psychoterapie dospělých kladen větší důraz na city a chování, protože poznávací a volní schopnosti nejsou u dětí ještě plně rozvinuty.²

1.3 Cíl dětské psychoterapie

Cíl dětské psychoterapie se kryje s obecným cílem výchovy. Vždy jde o všestranné a harmonické rozvíjení osobnosti dítěte. Psychoterapie se však uplatňuje právě tam, kde je toto harmonické působení nějakým způsobem narušeno, kde je výchova jednostranná a nepodporuje optimální vývoj. Cílem psychoterapie je tedy odstranění chorobných příznaků, kterými dítě trpí, a obnovení normálního vývoje a integrace pacientovy osobnosti do běžného života.³

Obecným cílem psychoterapie je obnova zdravé duševní funkce jedince. Zaměřuje se především na jeho správné poznávání a hodnocení skutečnosti, citovou vyrovnanost, výkonnost odpovídající jeho skutečným možnostem, společenskou přizpůsobivost.

Všechna opatření psychoterapie směřují k rozvoji osobnosti dítěte, které by se mělo ve svém vývoji dostat na vyšší úroveň. Psychoterapeutická péče má umožnit školákům lepší sebezpoznání a sebezpojetí, což vede k rozvoji zdravějšího sebevědomí. Pomáhá mu k pochopení sebe sama i vztahů s druhými lidmi.⁴ Odstraňuje, případně alespoň kompenzuje nedostatky, snaží se o dosažení větší vnitřní stability a schopnosti sebeřízení. Dalším významným cílem psychoterapeutické práce je nalezení vlastní role a postavení mezi vrstevníky, zlepšení úrovně vzájemné komunikace a schopnosti navazovat přátelství. Dítě se učí rozlišovat mezi tím, co chce mít a tím, co reálně může mít, učí se přijímat vlastní možnosti a případná omezení. U nejrůznějších poruch se terapie snaží o nápravu a regulaci psychických a psychofyzických stavů (úzkosti, tenze) a pokud je to možné, o návrat do normálního života.⁵

1.4 Psychoterapie a výchova

Moderní výchova jako záměrné, všestranné a cílevědomé působení zaměřené na formování osobnosti vychovávaného staví do středu pozornosti dítě. Ne však už jen jako pasivní objekt výchovy, jako tomu bylo dříve, ale jako aktivní spolupůsobící subjekt.

² J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 162

³ S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 17

⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 10, 31

⁵ J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 166

Orientuje se na jeho osobnostní a sociální rozvoj, jenž se snaží podporovat ne direktivní manipulací vychovatele, ale aktivizováním vlastních tvůrčích schopností jedince. Aby toto úsilí bylo efektivní, opírá se výchovné působení o poznatky z vývojové psychologie a ve svém přístupu zohledňuje individuální zvláštnosti jednotlivých věkových kategorií.

Dětská psychoterapie úzce souvisí s výchovou ve všech směrech. Terapeutické působení vždy výchovu dítěte doplňuje, provází, nebo napravuje, a musí tedy respektovat její zákonitosti. Dětský psychoterapeut je na rozdíl od psychoterapeuta dospělých především vychovatel. Podobně jako psychoterapie i výchova se potýká s nejrůznějšími dětskými problémy a potížemi. Dítě prochází rychlým tělesným i psychickým vývojem, který má svá úskalí a přirozeně s sebou nese mnohé komplikace. Ty většinou za pomoci rodičů a vychovatelů s dalším vývojem dítěte samy odeznívají. Psychoterapie se zaměřuje na již existující poruchy vyžadující léčebný zásah. Liší se od výchovy svým zaměřením a obsahem.⁶

1.5 Psychoterapeutický proces a přístup

Psychoterapeutický proces představuje záměrnou a plánovitou práci, která používá určitých uspořádaných postupů a je zaměřená na dosažení pozitivní změny v prožívání a chování jedince. Zaměřuje se na mimovědomé duševní děje (nezpracované úzkosti, hněv, traumatické zážitky), vědomé pochody (odkrývání a objasňování negativních způsobů vnímání sebe a druhých a nesprávných způsobů myšlení a hodnocení skutečností), vnější projevy jedince (rozpoznávání konkrétních patogenních reakcí a projevů, osvojování vhodných způsobů chování a dovedností), společenské vztahy a procesy (především zdravé začlenění dítěte do vlastního společenského prostředí – rodiny, vrstevnické skupiny) a tělesné funkce a jejich poruchy (obnova narušených tělesných soustav a orgánů).

Psychoterapeutický přístup znamená takový způsob jednání s pacientem, který vede k integraci a rozvíjení jeho osobnosti a vnitřní vyrovnanosti, umožňující léčivou změnu. Patří sem nejen konkrétní působení terapeuta, ale např. i chování zdravotní sestry v přípravě pacienta na důležitý zákrok, psychoterapeuticky vedený rozhovor s pacientem i jeho příbuznými, postupy krizové intervence, pomoc při zvládnutí zármutku, sdělování nepříznivých okolností o zdravotním stavu apod.⁷

⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 10

⁷ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str.30-33

1.6 Formy psychologické pomoci dětem

Forma psychoterapie znamená její základní uspořádání během terapeutického procesu, během něhož terapeut používá různé terapeutické prostředky, tj. konkrétní způsoby a postupy práce. Dětská psychoterapie používá formy běžné v terapii dospělých. S psychoterapií v užším smyslu souvisí i některé alternativní formy, ze kterých se může psychoterapie vyvinout nebo v ni mohou přejít.

1.6.1 Klinické psychologické poradenství

Tato forma představuje krátkou pomoc během několika intenzivních rozhovorů s dítětem a jeho rodiči. Většinou jde o běžný situační nebo vývojový problém, se kterým si rodina neví rady a neřeší ho vhodným způsobem. Terapeutova pomoc je podpůrná, pomáhá rodičům objasnit problém, podává chybějící informace, rady a racionální pohled na věc. Může se jednat např. o poruchy usínání, vyměšování, přijímání potravy, školní selhávání, přetížení, poruchy v chování apod. Nejedná se tedy o poruchy organismu nebo osobnosti, ale pouze o poruchové projevy dítěte a nepřiměřené reakce jeho blízkých osob, které tak daný problém umocňují.⁸

1.6.2 Psychologické vedení

V tomto případě jde o psychologickou pomoc v dlouhodobém osobním vztahu dítěte a jeho rodiny s odborníkem. Dítě, které vyrůstá v narušeném sociálním prostředí, si osvojuje během terapie zdravé způsoby chování, chápání a hodnocení. Podstatou péče je zprostředkování zdravého, intenzivního vztahu, který dítě postrádá u svých rodičů, jež jsou nějakým způsobem narušeni nebo postiženi. Vývoj vztahu terapeut cílevědomě řídí, pomáhá dítěti, aby se vyrovnalo se skutečností selhání rodičů a poskytuje dítěti citovou podporu, jistotu a identifikační vzor. Někdy jde pouze o pomoc při překonání krizového období v rodině nebo o podporu při zařazování tělesně postižených dětí do normálního života.⁹

1.6.3 Vlastní psychoterapie

Jedná se o psychoterapii v užším smyslu. Vlastní psychotherapeutický vztah a proces pomáhá napravit narušenou osobnost, organismus nebo vztahy dítěte. Po navázání osobního

⁸ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 43

⁹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 43-45

vztahu používá terapeut speciální psychoterapeutické postupy. Pro léčbu dětí školního věku se nejčastěji používá vzhledově zaměřená či na osobu soustředěná terapie, individuální nebo skupinová behaviorální terapie, systémová, behaviorální nebo eklektická rodinná terapie a pěstounská nebo institucionální péče. O jednotlivých psychoterapeutických přístupech pojednává podrobněji kapitola 4.

Individuální psychoterapie

V této formě pracuje jeden terapeut s jedním dítětem, rozvíjí s ním individuální osobitý vztah, na jehož kvalitě závisí úspěšnost práce. Terapeut nemá být direktivní, ale přesto musí situaci držet pevně v rukou. Individuální psychoterapie je tvořena interakcí – vzájemnou komunikační výměnou a ovlivňováním z obou stran, přičemž vedoucí úlohu a odpovědnost za výsledek má terapeut. Situace během psychoterapeutického procesu se vyvíjí především vlivem chování terapeuta, jeho osobnosti, teoretické orientace a způsobu práce.

Hromadná psychoterapie

Jde o určitý typ individuální psychoterapie, avšak terapeut ji provádí s více klienty zároveň (například nácvik psychofyzické relaxace). Osobní vztah s pacientem tak ustupuje do pozadí.

Skupinová psychoterapie

Psychoterapie je prováděna v uměle vytvořené skupině pacientů, kteří se vzájemně neznají. Význam individuálních vztahů pacientů k terapeutovi ustupuje do pozadí, uplatňují se zde především vztahy mezi pacienty navzájem, které se stávají hlavním zdrojem léčby. Všichni členové skupiny do terapeutického procesu svým způsobem vstupují, přispívají a těží z něj.

Rodinná terapie

Terapeutická práce je tady zaměřena na obnovu zdravých psychických a fyzických funkcí v přirozené rodinné skupině dítěte. Uplatňuje se především tehdy, považuje-li se právě rodina za příčinu a zdroj poruch a problémů dítěte. O indikaci rodinné terapie rozhoduje také věk dítěte. Čím je dítě mladší, tím více je nutno pracovat s jeho rodiči. V mladším školním věku je spolupráce s rodiči ještě nutná.

Terapeutická komunita

Jedná se o psychoterapii probíhající v léčebném zařízení. Účinnost výše uvedených forem psychoterapeutické léčby je zde umocněna jejich zasazením do reálného života pacientů na oddělení a vyšší intenzitou setkání.¹⁰

¹⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 34-35

1.7 Vedení psychoterapie

Průběh psychoterapie u dětí probíhá obvykle následujícím způsobem:

- Navázání dobrého psychoterapeutického vztahu. Terapeut dává dítěti pocítit své porozumění a účast na jeho problému. Musí být schopný pochopit pohled dítěte na věc, toto porozumění mu vhodným způsobem projevit a navázat s ním komunikaci, které by dítě rozumělo a která by zároveň nebyla dětinská. I malý pacient potřebuje pocítit, že si jej terapeut váží, že jej respektuje a přijímá takového, jaký je.
- Zásahy poskytující dítěti bezprostřední ulehčení v problémech.
- Vlastní psychoterapeutická práce. Zaměřuje se podle povahy potíží na citové odreagování a zkušenost v terapeutickém vztahu, vzhled do souvislostí problému, ovlivnění motivů, osvojení nových způsobů chování, obnovu zdravého průběhu fyziologických funkcí a další léčebné změny.
- Integrace dosažených změn do běžného života dítěte. Dítě se snaží pozitivní změny osvojené během terapeutického procesu aplikovat na zátěžové podmínky v mimoterapeutických situacích. V další fázi dochází ke zvyšování nároků, aby se docílené změny staly součástí běžného života.
- Postupné odpoutání a osamostatnění dítěte od terapeuta a jeho pomoci.¹¹ DP48-49

1.8 Prostředky psychoterapeutické pomoci

K psychoterapeutické léčbě dětí používá terapeut různé prostředky, které se v mnohém liší od prostředků běžných v terapii dospělých. Zatímco tam prioritní místo zastává rozhovor, u dětských pacientů, kde mluvené slovo, jeho smysl a porozumění ještě nemá takovou váhu, uplatňují se více jiné prostředky jako jsou hry, různé činnosti, cvičení a všechny běžné dětské aktivity. Samy o sobě však tyto ještě nejsou psychoterapií. Tou se stává teprve jejich záměrné uplatnění, které vytváří podmínky pro léčebný proces. Není tedy podstatný druh činnosti, ale prožitek, který v dítěti tato činnost vyvolává.

U dětí mladšího školního věku se s nejvyšším efektem používá volná nebo řízená hra, a to individuální nebo společná s druhými dětmi, dále společná činnost (činnostní terapie). Ve starším školním věku již hra jako terapeutický prostředek ztrácí na významu. Využívá se především individuální terapie rozhovorem nebo rozhovorová skupinová terapie.

Přehled hlavních druhů prostředků psychoterapeutické pomoci:¹²

¹¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 48-49

¹² J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 55

1.8.1 Řízená stimulace jednotlivých funkcí.

Podstatou léčby je rozvíjení a napravování narušené funkce její soustavnou aktivací. Jde o záměrné a intenzivní podněcování nedostatečně nebo nesprávně vyvíjejících se psychických, psychofyziologických a psychosociálních funkcí. Léčba je účinná například u dětí podnětově, citově či smyslově deprivovaných, trpících následky nedostatečné péče, dále u pacientů smyslově postižených nebo dlouhodobě izolovaných pro tělesné onemocnění apod. V raném dětství používá léčba stimulaci tělesným kontaktem, zvukem a zvukovými podněty, pohybem, mluveným slovem, ve školním věku se rozvíjí řečové porozumění a vyjadřování, podporují se rozumové, volní a psychofyziologické funkce, které probíhají v rámci různých nápravných činností.¹³

1.8.2 Hra

Hra je pro dítě nejoblíbenější a také nejpřirozenější činností a proto představuje jeden z nejsilnějších terapeutických prostředků a metod. Umožňuje dítěti (především v předškolním a mladším školním věku) sebevyjádření, odreagování a zmírnění citového napětí, porozumění vlastním prožitkům. Děti mladšího školního věku se ještě dokáží naplno zaujmout hrou, ve které zapomínají na realitu a odkrývají své vztahy a vnitřní světy, prožívají instinktivní radost a projevují své zdravé i poruchové prožívání a chování. Pomocí hry se tak pacient může vyrovnávat se svými minulými traumatizujícími prožitky a frustrujícími vztahy nebo se připravovat na budoucí praktické zvládání vnějších problémů.¹⁴

Hra také usnadňuje dětem přijetí sociálních rolí i prohlubování individuace. V procesu terapeutické léčby i v samotném procesu učení tedy ještě i v mladším školním věku zastává důležité místo. Dítě si dříve na někoho hraje, než se jím skutečně stane, což mu usnadňuje postupné začleňování do společnosti. Na základě pozorování vstupuje ve hře do role jiného člověka, proniká do jeho světa, prozkoumává fiktivní prostředí, a má tak možnost vyzkoušet si různé situace nejprve „nanečisto“. Takové hry umožňují dětem přenos sociální perspektivy, což znamená, že dítě vnímá někoho nebo něco z pohledu jiného člověka. Do této pozice se plně vkládá, stává se např. paní doktorkou a panenka představuje je samotné. Dítě zapomíná, že jde o hru, a zakouší pocity osoby, na kterou si hraje. Hry na role (tzv. námětové hry) stojí

¹³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 56-57

¹⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 57-58
J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 163

na principu identifikace, ale na rozdíl od předškolního věku školní děti již jasně rozlišují mezi hrou a skutečností. Tohoto procesu využívají mnohé psychoterapeutické metody.¹⁵

1.8.3 Cílená činnost

Cílená činnost má ve školním věku své největší uplatnění. Naplňuje totiž potřebu dětí po cílené činnosti, která za sebou zanechává viditelný výsledek. Znamená nějakou úkolovou (instrumentální) činnost s určitým vnějším cílem, která zprostředkovává dítěti zážitek zdaru a seberealizace. Prožitek úspěchu se umocňuje také tehdy, je-li činnost vykonávána a tedy sledována a hodnocena ve skupině vrstevníků. Příkladem takových činností může být výroba různých věcí, nácvik dovedností, společná příprava jídla a stolování, sportovní a zábavné hry a soutěže, táboření, putování v přírodě, hudební, výtvarné a dramatické činnosti apod.¹⁶

1.8.4 Rozhovor

Rozhovor představuje tradiční prostředek používaný v psychoterapii. Jeho účinnost závisí jednak na kvalitě vztahu pacienta s terapeutem a také na věku dítěte – především na schopnosti komunikace, vyjadřování a porozumění významu mluveného slova. Ve školním období se tedy s přibývajícím věkem individuální i skupinový rozhovor stále více uplatňuje. Plně efektivní se stává ale až u dětí kolem 14 let, kdy je už rozvinuto abstraktní myšlení. U mladších dětí rozhovor vždy doprovází ještě i další metody a prostředky léčby.¹⁷

1.8.5 Tvůrčí prostředky

Tyto prostředky léčby přesahují svým obsahem běžné činnosti. Využívají různé formy lidského umění k psychoterapeutickým účelům. Uplatňují se hlavně ve skupinové, ale i v individuální a rodinné terapii. U mladších školních dětí mohou být tyto aktivity ještě součástí hry, později je možné je užívat samostatně.

Výtvarné činnosti – umožňují dětem spontánní vyjádření svých citů, vztahů a vlastního vnímání světa. S úspěchem se uplatňují především v mladším školním věku. Starší děti se již často stydí a jejich výtvarný projev není spontánní.

¹⁵ V. Smékal, P. Macek: *Utváření a vývoj osobnosti*, str. 20
M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 159-160

¹⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 59

¹⁷ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 60-61

Pohybové činnosti – také pohybem lze vyjadřovat pocity, představy a vlastní prožitky. Opět se bezprostředně dokáží pohybem vyjadřovat nejmladší děti (ve školním věku pouze v nejnižších třídách), později už mívají zábrany, zvláště jedná-li se o děti méně pohybově obratné.

Hudba a rytmus – aktivní práce s hudbou a rytmem se uplatňuje ve skupinové terapii, umožňuje vyjadřování citů a neverbální sdělování, je vhodná pro všechny věkové kategorie. Úspěch závisí na schopnostech terapeuta tuto techniku využít a na nadšení pacientů.

Dramatizace – je oblíbeným prostředkem léčby ve skupinové terapii především u dětí mladšího školního věku, ale i u dětí starších do nástupu puberty, pokud jsou na takovou hru naladěni a v jejich kolektivu vládne důvěrná přátelská atmosféra. Méně náročnou a přitom efektivní formou je vytváření tzv. živých obrazů, kde se úspěšně zapojují i ostýchavější děti.

Práce s texty – mladší školní věk je věkem pohádek a příběhů, jejichž vyprávění je mimořádně citově účinné. Také u dospívajících má vyprávění a četba široké využití.¹⁸

1.8.6 Psychoterapeutický režim léčebného oddělení

Nemocniční zařízení nabízí mnohem intenzivnější psychoterapeutické působení, než jaké poskytuje běžná terapie např. během jednoho setkání týdně. Léčba na oddělení má i tu výhodu, že získané pozitivní změny v chování a prožívání si dítě může osvojovat a upevňovat během praktických vztahů a činností na oddělení, kde má možnost je uplatňovat a zobecňovat. Jejich uchování a přechod do běžného života je zde méně ohrožující.¹⁹

1.8.7 Psychoterapeutické zásahy do prostředí dítěte

Malé dítě je odrazem prostředí, ve kterém vyrůstá. Ještě během školní docházky není dítě schopno jednat diferencovaně, projevovat se jinak než se projevuje jeho nejbližší okolí, tj. rodina. V patologické rodině nemůže vyrůst zdravé dítě. V takovém případě psychoterapie pomáhá měnit vnější podmínky, ve kterých se dítě nachází (přestěhování, změna školy, odloučení rodičů...), nebo zlepšit rodičovskou péči.²⁰

¹⁸ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 62-64

¹⁹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 65

²⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 66

2 Specifické zvláštnosti ve vývojových obdobích dítěte školního věku

Školním věkem rozumíme období od 6 – 7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 15 – 16 let, kdy povinnou školní docházku ukončuje. Školní věk dále dělíme na mladší školní věk (přibližně od 6 do 11 až 12 let) a starší školní věk od 11-12 do 15- 16 let (podle Langmeiera). M. Vágnerová rozděluje první období ještě na dvě etapy: raný školní věk od 6 – 7 do 8 – 9 let (období je charakteristické změnou životní situace s nástupem do školy) a střední školní věk od 8 – 9 do 11 -12 let (sociálně a biologicky podmíněné změny v souvislosti s přípravou na dobu dospívání).²¹

Aby byla psychoterapeutická pomoc účinná, musí mít stále na paměti specifická úskalí jednotlivých vývojových fází života dítěte. Každý jedinec prochází jednotlivými stadii vývoje, které ho vybavují důležitými schopnostmi a dovednostmi pro jeho budoucí život. Pouze úspěšné zvládnutí úkolů jednotlivých stádií a osvojení si potřebných schopností umožňuje dítěti nastoupit do vyšší vývojové fáze a zvládnout její nároky. Nový vývojový stupeň ukládá dítěti vždy náročnější požadavky. Jestliže dítě nezvládá zvyšující se nároky, rozvíjí se u něj problémové prožívání a jednání. Takto vzniklé aktuální narušení zdravých funkcí má však velkou naději na uzdravení. Mnohé poruchy u dětí jsou pouze reakcí na přetížení a náročné požadavky okolí a postupně se ztrácí, jakmile se podmínky upraví. Závažnější poruchy vznikají tehdy, dochází-li k narušení funkcí, které právě prochází vývojovými změnami. Často jsou však poruchové příznaky pouze provázejícími jevy normálních vývojových kroků a časem spontánně samy vymizí. Mají pouze úlohu signálů ohrožení dítěte, ne již skutečného poškození.²²

E. Erikson uvádí jako nejdůležitější úkol dětí mladšího školního věku schopnost zvládnout tělesné, intelektuální a sociální dovednosti. Pokud není v tomto období dítěti umožněno, aby bylo činorodé, rozvíjí se u něj pocit nedostatečnosti a méněcennosti. V době staršího školního věku považuje E. Erikson za nejdůležitější úkol přijetí vlastní identity. Dospívající musí nalézt sám sebe v bludišti složitého světa, dosáhnout emoční stability a nezávislosti na svých rodičích.²³

²¹ J. Langmeier, D. Krejčířová: *Vývojová psychologie*, str.115

M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 148

²² J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 25

²³ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 14-15

Některá údobí života dítěte můžeme pokládat za více či méně riziková. Závažnost poruch u dětí je proto nutné posuzovat z vývojového hlediska. Každé věkové období přináší výskyt určitých duševních poruch, problémů a příznaků. Specifický význam má období kolem šestého roku spojené s nástupem do školy a období související s nástupem puberty, tj. kolem 11 až 13 roku. Tato krizová období v životě dítěte (např. nástup do školy, období pubescence) se mohou sama o sobě stát indikací pro psychologické vedení, a to v případě, že rodiče nejsou pro jejich zvládnutí dostatečně připraveni a nevytváří dítěti podpůrné prostředí.

Poruchy vzniklé ve školním věku jsou většinou dobře léčitelné, nebo se v dalším vývoji samy upraví. Nejvíce ohrožena bývá ta oblast nebo funkce, která právě prochází vývojovou změnou a je proto nejcitlivější. Mezi závažnější problémy, které přetrvávají do dospělosti můžeme zařadit celkovou retardaci, neschopnost navazovat sociální vztahy, apatii apod.²⁴

2.1 Mladší školní věk

Období mladšího školního věku bývá nazýváno „věkem rozumu, aktivity a energie“ nebo také „věkem střízlivého realismu“. Učení totiž probíhá na základě realistického chápání skutečnosti. Období je charakteristické nejen rozvojem logického myšlení, ale také přechodem ze světa fantazie do světa reality. S nástupem do první třídy se děti začínají více vědomě a aktivně začleňovat do sociálního prostředí mimo domov a rozvíjí vztah vůči vrstevníkům i autoritám ve škole i mimo ni. Vlivy prostředí se ve vývoji osobnosti dítěte významně uplatňují. Přestože dítě mladšího školního věku je na rodičích ještě naprosto závislé, jedním z jeho úkolů ve vývoji je právě postupné odpoutání od rodičů. Školák se zařazuje do společnosti jako jeden z jejích členů. Postupně se v procesu individuace stává osobností – sám sebou. Dítě si nově nabytou svobodu mohou užívat za podmínky, že cítí bezpečí a jistotu rodičů po svém boku. Dysfunkční rodina, která neuspokojuje základní potřeby dítěte, neposkytuje mu ani možnost zdravého odpoutání.

Děti v tomto věku také stále potřebují nějakou smysluplnou činnost. Pokud jim není v rodině umožněn dostatečný přísun podnětů a motivujících činností, děti zaostávají ve svém vývoji a nemohou přejít na vyšší vývojový stupeň. Chtějí být úspěšné a tuto potřebu si buď kompenzují jiným způsobem (nevhodným chováním, předváděním), nebo se stahují do ústraní a nenavazují sociální vztahy.²⁵

²⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 26, 45

²⁵ J.Langmeier, D. Krejčířová: *Vývojová psychologie*, str.115-117

2.1.1 Tělesný vývoj

Vývoj tělesných a pohybových schopností dítěte závisí na jeho tělesném růstu. Ten je po celý školní věk velmi individuální, mezi dětmi jsou značné rozdíly, a proto jejich výkony nelze srovnávat. To, co je jim společné, je velká potřeba a obliba jakéhokoli pohybu. Pro děti samotné je však srovnávání příznačné, proto slabší jedinci, růstově malí nebo tělesně postižení, trpí pocity méněcennosti a nepříjetí. V mladším školním věku se děti ještě rychle unaví, nesmí být proto přetěžovány jednostrannou činností. Potřebují často změnu a pohyb. Tělesné aktivity dítěte podporují jeho kognitivní proces učení. Duševní činnosti v tomto období tedy nesmí být rozvíjeny na úkor činností tělesných. Děti se stále ještě učí hrou. Herní způsob poznávání je pro ně silnější než intelektuálně-abstraktní vnímání reality. Toho využívají nejrůznější psychoterapeutické postupy, které pracují s dítětem mladšího školního věku formou hry.²⁶

2.1.2 Duševní vývoj

Na začátku školní docházky se u dětí rychle rozvíjejí všechny psychické schopnosti. Duševní vývoj dítěte se uskutečňuje jako postupná interiorizace, tj. zvnitřňování, jímž si dítě přivlastňuje zprostředkované hodnoty, poznatky, postoje a způsoby chování. Psychické dění, které se odehrává v raném dětství mezi dítětem a dospělým a také pozorované interakce mezi blízkými dospělými (interpsychické dění), si dítě postupně osvojuje, přijímá je za své a uplatňuje ve svém chování (intrapyschické dění). Tímto způsobem se zařazuje do lidské společnosti, socializuje se. Rozvíjí se u něj vědomí příslušnosti (k rodině, vrstevnické skupině ve školní třídě). Socializace v novém prostředí školáka dává zpětně impuls procesu individuace a prohlubuje jej. Dítě se postupně stává jedinečnou osobností. Pro svůj vyvážený a harmonický vývoj potřebuje především lásku, bezpečí a jistotu ve své rodině. Pokud je dítě vystaveno stresům, neřešeným konfliktům, nebo je rodiči vtahováno do jejich manželských sporů, zastává roli, která neodpovídá jeho postavení v rodině a trpí nedostatkem lásky a citového naplnění. Někdy je naopak podrobováno vysokým nárokům rodičů či jejich přehnané péči. Jeho psychický vývoj je narušen a dítě se začíná projevovat patogenním chováním.²⁷

²⁶ J.Langmeier, D. Krejčířová: *Vývojová psychologie*, str. 117

²⁷ V. Smékal, P. Macek: *Utváření a vývoj osobnosti*, str. 19-21

2.1.3 Kognitivně-intelektuální vývoj

Při nástupu do školy u dětí ještě doznívá magicko-fantazijní myšlení, které dominovalo v předškolním věku. Proces učení vyžaduje názornost, konkrétní symboly a obrazy, které pomáhají dětem vyznat se v abstraktních faktech a souvislostech. Do reality děti stále ještě vstupují hrou. Nejsou zatím schopny abstraktní informace pochopit. Jejich myšlení je konkrétní a logické, poznávání se stává objektivnější a jasnější, než tomu bylo v předškolním věku. Děti v tomto stadiu vývoje potřebují pochopit svět, jak je doopravdy, a touží jej prozkoumávat skutečnou, reálnou činností. Vyjadřují se nejen slovy, ale i jednáním. Je jim blízké to, co si mohou sami zahrát, zakusit a prožít. Sbírají zkušenosti ve všech oblastech života. Chtějí se učit a také se učí rychle, protože v tomto období mají výbornou paměť. Proces získávání nových poznatků se opírá o rozvoj řeči, která je základním předpokladem úspěšného školního učení. Uschopňuje dítě k pronikání a začleňování do okolního světa.²⁸

Kolem 6. roku života dochází u dětí k přechodu od hlasitého k tichému mluvení, které postupně převládá v podobě vnitřní řeči. Díky tomuto pokroku dokáží školní děti již slovně své chování doprovázet a vnitřně o něm uvažovat.

2.1.4 Emoční vývoj a nástup volního jednání

V prvních letech školní docházky rychle narůstá emoční vývoj jedince a také schopnost seberegulace. Zdravé dítě začíná být schopné vůlí potlačit své city, nebo je naopak zřetelně vyjádřit, rozumí svým pocitům, je schopné je regulovat podle konkrétní situace a bere ohled na požadavky okolí. Koriguje svoje potřeby a dokáže jejich bezprostřední uspokojování na určitou dobu odkládat. Je citlivé na kritiku druhých, v nejistotě se rychle uzavírá do sebe. Naopak pochvala je v tomto věku pro dítě nejsilnější motivací. Velký význam pro úspěšnost výchovy má proto pozitivně emoční a společenská atmosféra ve školní třídě a také osobnost učitele. Oproti předškolnímu období začíná být dítě více empatické a dokáže již odhadnout, jak se jeho chování jeví druhým lidem. Narůstá schopnost chápat věci z pohledu druhých.

Ontogenetický vývoj chování vrcholí ve vědomém jednání dítěte. Jde už o konkrétní uplatňování osvojených způsobů chování v kvalitativně vyšší formě regulace činností. Ta je vedena vědomou volbou cíle a prostředků k jeho dosažení. Vědomé a záměrné jednání je zcela odlišné od instinktního napodobování a automatizovaného návyku v raném dětství. Jednání jedince nyní řídí vlastní záměr a výběr cíle, k němuž volbou prostředků vědomě

²⁸ J. Langmeier, D. Krejčířová: *Vývojová psychologie*, str.119

směřuje. Verbální instrukce rodičů jsou zvnitřněny a dítě je ve svém chování prakticky uskutečňuje. V tomto procesu hraje důležitou roli vůle, jež znamená určitou dispozici k autoregulaci. Projevuje se nejen v úmyslném jednání, ale také v narůstající schopnosti sebeovládání.²⁹

2.2 Střední školní věk

Období středního školního věku je charakterizováno přechodem na druhý stupeň základní školy. Jedná se o dobu relativního klidu a citové vyrovnanosti. Dítě již zná a respektuje určité sociální normy, vytváří si vlastní názory, rozumí tomu, co se v jeho prostředí odehrává, přestává být zcela závislé na cizích názorech a ví, co se od něj žádá, aby byli dospělí spokojeni. Důležitý význam hraje očekávání a požadavky rodičů. Zásadním mezníkem jeho socializace se stává identifikace s vrstevnickou skupinou. Ta se postupně rozvíjí a prohlubuje.

Děti v tomto věku touží vyniknout, zapojit se do společných činností. Na školní úspěšnosti a přijetí kolektivem závisí vývoj jejich sebepojetí a vůle. Nachází-li se dítě v patologické rodině, která mu doposud nedávala možnost samostatného rozhodování a nerozvinula u něj schopnost osamostatnění a navazování sociálních vztahů, dítě se ve škole izoluje od kolektivu, trpí pocity méněcennosti, opuštěnosti, které se mohou projevit uzavřeností, nemluvností, ale i agresivitou, nepřátelstvím, případně mohou vyústit ve školní fobii. Dominantní potřebou tohoto věkového období se stává úspěšnost ve výuce. Přitom rozhodující vliv na školní výkon i spokojenost žáků ve škole má emocionální atmosféra ve třídě, osobnost učitele, vztahy mezi spolužáky a také požadavky, které na dítě kladou rodiče. K těmto faktorům přistupuje ještě individuální motivace, vrozená inteligence, podpora rodičů. Úzkost a strach učení znemožňují. Ve škole se prověřuje kvalita dosavadní rodinné výchovy, protože dítě může ve škole reprodukovat pouze to, v čem a čím žije doma.³⁰

2.3 Starší školní věk

Období dospívání bývá nazýváno obdobím „druhého vzdoru“. Dospívající často neguje všechny dosud platné a uznávané hodnoty i osobnosti. Na druhé straně nekriticky

²⁹ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 148
M. Nakonečný: *Základy psychologie osobnosti*, str. 196-201
³⁰ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 148, 188-193
V. Smékal, P. Macek: *Utváření a vývoj osobnosti*, str. 202
S. Novák: *Disharmonický člověk a jeho výchova*, str. 347-352

přijímá či obdivuje neformální autority a způsoby chování uznávané ve skupině vrstevníků. Ve vývoji dítěte dochází k maximálnímu osobnostnímu i tělesnému rozvoji. E. Erikson charakterizuje období dospívání jako hledání vlastní identity, boj s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém a o své pozici ve společnosti. Zásadním mezníkem je osamostatnění od rodiny.

Převratné změny v životě dospívajícího vedou ke ztrátě jistoty. Pokud je jedinec vystaven větší zátěži, než je schopen zvládnout, utíká se k různým obranným reakcím, jako je regrese na nižší vývojové stadium nebo únik do fantazie. Mladý člověk, který dosáhl již zralejší úrovně, se v určitých časových obdobích ještě vrací k dětskému chování nebo infantilnímu způsobu řešení situací, což mu umožňuje relaxaci a prožití chvilkového pocitu bývalé jistoty.

2.3.1 Tělesný vývoj

S. Freud nazval období dospívání genitálním stadiem, protože dochází k oživení sexuálního pudu na nové úrovni než tomu bylo dříve. Jeho uspokojení již není očekáváno v rodině. Mladý člověk buduje první partnerské vztahy, neusiluje již jen o vlastní uspokojení, ale snaží se ve vztahu také něco dávat. Prvním a významným projevem puberty je tělesné dospívání – růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů. Tělesné zrání s sebou přináší další změny, které mohou proběhnout jen tehdy, je-li na ně dítě dostatečně připraveno.

Důležitou součástí identity, která je dospívajícím citlivě prožívána, je vlastní zevnějšek. Mladý člověk zaměřuje svou pozornost na svoje tělo, oblečení a celkovou úpravu. Atraktivní dospívající získává lepší sociální status a bývá vrstevnickou skupinou mnohem lépe přijat. Zjevná proměna těla může vést k pocitu ohrožení integrity vlastního já a ke ztrátě sebejistoty. Zásadní jsou přitom pro dospívajícího reakce okolí. V závislosti na nich může své fyzické proměny chápat buď pozitivně nebo negativně. Tělesné a psychické dospívání přitom nemusí probíhat ve stejném tempu. Pokud dochází k rychlejšímu fyzickému zrání, není jedinec vždy schopen psychicky překotné proměny těla zvládnout. Často právě psychicky trpí předčasně dospívající dívky, které se svými fyzickými změnami nápadně liší od svých vrstevnic. U chlapců bývá naopak častým problémem zpomalení tělesného dospívání, zvláště opožděný fyzický růst. Takoví jedinci se ocitají ve společnosti v nevýhodném postavení, neboť jejich nízká postava snižuje jejich společenský status, což může vést k rozvoji nízkého sebevědomí. Vypělí chlapi bývají v tomto věku populární a sebejistí.³¹

³¹ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 211-213

2.3.2 Duševní vývoj

V souvislosti s překotnými fyzickými i psychickými změnami dochází k vnitřním konfliktům, rodinným nedorozuměním a krizím, zkratkovitému jednání. Velmi citlivé a slabé děti mohou mít v krizových situacích i sklon k sebevraždám.

Děti staršího školního věku jsou již schopny se déle soustředit na jednu činnost, začínají být vnímavé ke svým vnitřním pocitům i tělesným pochodům. Touží po seberealizaci, která se vztahuje nejen na přítomnost, ale také na budoucnost. Proto aktuální výkony již nejsou pro dítě tak důležité, jako tomu bylo v mladším školním věku. Dospívající se dívá do budoucnosti, ve které může být kompenzováno současné neuspokojení. Potřeba otevřené budoucnosti teprve v dospívání získává na důležitosti. Mladší školní děti vnímají budoucnost jako něco zcela nereálného, o čem ještě nejsou schopni uvažovat. Dospívající plánuje budoucí události, stanoví si cíle, uvažuje o budoucím povolání.

Dospívající děti jsou již verbálně nadané a pohotové, zvyšuje se schopnost jejich introspekce i zájem o vnitřní život. Díky tomu také narůstá jejich motivace k léčbě.³²

2.3.3 Kognitivně-intelektuální vývoj

Součástí celkového vývoje je i změna způsobu myšlení dospívajícího jedince. Ten je nyní schopen uvažovat abstraktně, zvažovat možnosti, které ještě nenastaly. Zajímá se o různé teorie, umění, klade si filozofické otázky, vede s vrstevníky nekonečné debaty. J. Piaget nazval období dospívání stadiem formálních logických operací. Poznávací procesy se již nevztahují na realitu, mladý člověk může uvažovat hypoteticky, zvažuje různé alternativy, i ty, které reálně neexistují. Nově nastupující myšlenková autonomie umožňuje dospívajícímu chápat nejrůznější teorie a řešit problémy jinak než doposud. Dítě již není vázáno na existující skutečnost, ale zvažuje další reálné i potencionální možnosti. Takové myšlení vede k rozvoji kritičnosti, neboť dospívající je přesvědčen, že existuje lepší varianta řešení problémů, než kterou volí okolí (především dospělí). S dozráváním kognitivních funkcí souvisí i rozvoj vnímání, i když pozornost bývá někdy labilní. Vrcholí vývoj inteligence. Vitalita, kritičnost, zvýšená aktivita, impulsivnost a kázeňské potíže kladou zvýšené nároky na přizpůsobení učitele.³³

³² M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str 209

J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 166-168

³³ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str 217-218

2.3.4 Emoční vývoj

V období pubescence bývají děti velmi přecitlivělé, což může vést k mnohým nedorozuměním mezi nimi a jejich rodiči, ale i mezi vrstevníky. Tělesné změny s sebou přináší proměnu hormonálních funkcí, jež způsobují kolísavost emočního ladění, labilitu a přecitlivělost na podněty.

Všechny změny, které v životě dospívajícího nastávají, vedou ke ztrátě dosavadních jistot, především závislosti na rodině. Ta se nyní výrazně zmenšuje. Tím ale dochází také ke ztrátě pocitu jistoty, který z ní vyplýval. Tento pocit nejistoty je ještě podporován zjištěním, že svět není tak bezvýhradně dobrý a bezpečný a člověk v něm není automaticky vítán a ceněn. Současně dochází ke stabilizaci nových jistot za nových podmínek, které umožňují rozvoj kompetencí k sobě samému i svým partnerům. Dospívající má potřebu získat určitou pozici ve světě, kterou si musí nějakým způsobem vydobýt. Postupně získává orientaci v nové situaci. S nejistotou souvisí i častá dráždivost a napětí, zhoršení nálady a chování. Přitom sebeovládání dospívajícího ještě není dost zralé. Fyzické a psychické změny představují pro dítě náhlou zátěž, která pro zdravého jedince může znamenat příležitost k vlastnímu rozvoji. Pokud ale dítě trpí nějakou poruchou, žije v patogenní rodině, jež mu doposud neposkytovala bezpečí a jistotu, nebo ještě nezvládlo úkoly nižšího vývojového stupně, není ani schopno uspokojivě zvládnout novou zátěž. U takového jedince může dojít ke stagnaci ve vývoji nebo ke vzniku patologického stavu. Pro dospívajícího jsou také zásadně důležité reakce a chování okolí, které mu poskytují zpětnou vazbu. V této době bývá až přehnaně vztahovačný. Další změnou je náhlá uzavřenost a nechuť projevovat své city navenek. Dětská citová otevřenost a bezprostřednost mizí, dospívající považuje své city za intimní součást vlastní identity.³⁴

2.4 Vliv sociálního prostředí na dítě

Osobnostní vývoj dítěte, jeho duševní i tělesné zrání, se může rozvíjet pouze na pozadí sociálních vztahů. Primární socializace dítěte se uskutečňuje v rodině, proto vztahy jejích členů mají na dítě nejsilnější vliv. Zdravá rodina pokládá základy pro pozdější zralý duševní život dítěte. Rodiče si mnohdy ani neuvědomují, že fungují ve všech směrech jako modely chování a vzájemné mezilidské interakce pro svoje děti, protože ty se v raném věku učí nejvíce napodobováním svých nejbližších. Ve srovnání s minulými generacemi dnes dochází k výrazným změnám v uspořádání rodiny, což klade na rodiče stále větší nároky. Vznikají užší vazby mezi rodičem a dítětem, než jak tomu bývalo dříve v širších a početnějších

³⁴ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 214-216

rodinách. Úzká vazba a závislost dítěte na jednom člověku vyžaduje jeho plné nasazení a vysoké osobnostní kvality, protože se tento člověk stává pro dítě prioritním vzorem. Děti vyžadují pro svůj rozvoj dostatek lásky, podnětů a péči, která však nesmí být přehnaná. Potřebují pocítit, že si jich dospělí váží a respektují jejich autonomii a lidskou důstojnost. Dysfunkční rodina neposkytuje dítěti podmínky pro jeho zdravý osobnostní vývoj a dítě začíná dříve či později vykazovat nejrůznější poruchy.³⁵

Další socializační proces probíhá ve škole. Primární vliv rodiny je během školních let postupně doplňován až nahrazován dalšími sociálními skupinami. Pouze ty děti, které ve své rodině načerpaly od svých rodičů pocit bezpečí a jistoty, nebojí se od nich odpoutat a „vydat se do světa“. Dítě se ve škole ocitá mimo dosah rodičů a musí si náhle samo poradit s problémy, se svým postavením ve skupině vrstevníků apod. Způsob, jakým svou novou roli v kolektivu zvládne, ovlivní jeho budoucí strategie sociálního chování i pozdější neformální vztahy. Roli spolužáka dítě na počátku školní docházky nejprve jen pasivně přijímá, ale v průběhu dalších let ji aktivně rozvíjí, sdílí s vrstevníky své životní zkušenosti a řeší problémy. Mezi dětmi se mu otevírá prostor, ve kterém si může na vlastní kůži vyzkoušet zvnitřnělé vzorce interakce a osvojené způsoby chování. Kolektiv také uspokojuje jeho potřebu porovnávání a soutěžení.³⁶

Absence úzkých sociálních vztahů má na dítě nesmírně destruktivní vliv. Nedostatek rodinných vztahů vede vždy k těžké psychické deprivaci, která se projevuje nejrůznějšími psychickými a psychofyzickými poruchami (emocionální poruchy, poruchy chování, tělesné příznaky...). Přitom není podstatné množství času, které je dítěti věnováno, ale spíše intenzita a hloubka vztahu s blízkou osobou. Také stupeň zlepšení při léčbě těžkých deprivací je dán kvalitou péče, která zprostředkovává dítěti tolik potřebné bezpečí a lásku.³⁷

³⁵ V. Smékal, P. Macek: *Utváření a vývoj osobnosti*, str. 59, 248

³⁶ M. Vágnerová: *Vývojová psychologie*, str. 160

³⁷ N. Hayes: *Aplikovaná psychologie*, str. 57

3 Poruchy dětí školního věku

V období školní docházky nejčastěji přichází do péče psychoterapeuta děti úzkostné, fobické, nepřízpůsobivé, neschopné navazovat sociální vztahy, přetěžované ze strany nadměrně ctižádostivých rodičů, dále děti, které trpí zdravotními potížemi, častými bolestmi hlavy nebo břicha, vykazují nápadnosti v chování apod.³⁸ K těmto patologickým reakcím dochází také proto, že děti prožívají životní události méně diferencovaně, nejsou schopny rozumového a citového odstupu v prožívání jako dospělí, reagují více celostně, psychosomaticky. Proto jsou pro ně různá traumata a frustrace více ohrožující a projevují se většinou bezprostředně v jejich chování. V mladším školním věku to bývají návaly zlosti, agresivita, hyperaktivita, školní selhávání a odmítání plnit požadavky, stálé vyžadování pozornosti, specifické strachy, přecitlivělost, lhaní, negativismus, žárlivost, nadměrná uzavřenost, úzkosti. Ve starším školním věku ustupují do pozadí specifické strachy mladších dětí, hyperaktivita a vyžadování pozornosti, dochází častěji k projevům záškoláctví, podvádění, výkyvům nálad.

Dítě většinou hodnotí své postižení nebo poruchu zcela subjektivně. Skutečně trpí např. aktuální bolestí nebo silnou úzkostí, ale příznaky své poruchy, které tolik znepokojují dospělé, je příliš nezajímají. Někdy z nich dokáží i těžit (např. dítěti trpícímu enurézou nevadí, že se v noci pomočuje, naopak jej uspokojuje přehnaná pozornost matky, kterou na sebe strhává). Jako utrpení dítě vnímá ne samotnou poruchu, ale pouze omezení, která ji provází. Teprve s nástupem puberty vnímají děti své postižení podobně jako dospělí a hůře se svým omezením přizpůsobují. Začínají postupně vnímat příznaky své poruchy jako příčinu svých problémů a důvod ke smutku. Teprve postupně si začínají uvědomovat skutečnou závažnost onemocnění pro svou budoucnost. Těžko také snáší odezvu v okolí – posměch, stranění, vyčlenění z kolektivu vrstevníků.³⁹

U školních dětí je při terapeutické pomoci ještě stále potřebná spolupráce s rodiči, protože dítě je na nich stále bytostně závislé v citové i hmotné oblasti, je jimi nejvíce ovlivňováno a v jejich přítomnosti tráví většinu času. Závislost na rodičích sice s věkem klesá, ale jejich vliv na dítě zůstává po celé období školní docházky zcela zásadní.

³⁸ J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 164-165

³⁹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz: *Dětská psychoterapie*, str. 24-25

3.1 Působení duševních vlivů na zdraví dítěte

Projevuje se v těchto oblastech:

Oblast tělesných stavů a pochodů. Mezi duševními prožitky člověka a jeho organismem existuje jasná souvislost. Duševní stavy větší či menší mírou ovlivňují tělesné pochody. Působí přitom nejen současné duševní stavy, ale i vlivy zprostředkované vnímáním a následnou citovou odezvou a také události již minulé, jejichž vliv stále přetrvává. Patogenní působení duševních vlivů na tělesný stav je dvojí. Duševní stav může ovlivňovat duševní dění buď přímo psychofyzickými mechanismy (např. nezvládnuté silné emoce přetěžují některé tělesné soustavy a orgány a způsobují jejich onemocnění či selhání imunitního systému) nebo působí nepřímě tak, že nedostatek duševních schopností vede k chování, které je tělesnému zdraví ohrožující (např. vystavování se nebezpečným situacím, úrazům, otravám apod.).

Oblast duševních stavů a pochodů. Duševní poruchy jsou způsobeny vlivy fyzickými a psychickými, příčiny se mohou nacházet také v sociálním prostředí dítěte. Duševní selhání souvisí s patogenním chováním. Duševní porucha může nastat následkem aktuálního přetížení duševních funkcí – této říkáme „situační“ (aktuální) nebo následkem patogenního vývoje, kdy dojde k odchylce od zdravého vývoje osobnosti („vývojové poruchy“).

Oblast začlenění jedince do sociálních vztahů. Sociální vztahy mají pro dítě a jeho vývoj zásadní vliv. Narušení vztahů v bezprostředním okolí dítěte vede k poruchám v samém jádru jeho osobnosti. Poruchy společenského začlenění se projevují u osobnostně k tomu disponovaného jedince situačním nebo vývojovým selháním, pokud dítě není schopno dostát nárokům okolí, není dostatečně připraveno zvládat frustrace, vyrovnávat se s konflikty nebo odolat vlivu patogenní společnosti svých bližních. Sociální porucha způsobuje duševní strádání a selhání, traumata, neurotizaci. Následky sociálního selhání mohou vést k přechodnému narušení vztahů dítěte nebo k trvalému poruchovému začlenění do základních životních vztahů.

Oblast duchovních stavů a postojů. Podmínkou zdravého duševního i fyzického prospívání je nejen u dospělých, ale také u dětí, prožívání hodnot a smyslu života. V případě duchovní nouze dochází k tzv. existenciální frustraci, která činí člověka zranitelným v oblasti smysluplné životní motivace a vnímání hodnot. U dětí se projevuje jako neurotická nejistota, neschopnost náhledu sama na sebe, neschopnost vnímat potřeby druhých, prázdnota, pasivita, lhostejnost, v krajním případě až odmítání života.⁴⁰

⁴⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 17-19

3.2 Děti zanedbané a deprivované

Výchovné zanedbání znamená postižení povrchových stránek osobnosti dítěte (např. zanedbané hygienické návyky, způsoby životosprávy, osvojování si kulturních dovedností, jednání podle sociálních norem). Takové děti vyrůstají v podmínkách zanedbané péče, v nedostatečně podnětném prostředí, nedostává se jim lékařské péče, příležitosti k učení a aktivitám, nemají možnost osvojení mravních norem atd. Typicky zanedbané jsou děti z rodin se špatnou socioekonomickou a kulturní úrovní, ve kterých nejsou uspokojovány jejich základní biologické potřeby.

Psychická deprivace se týká hlubších složek osobnosti. Dítěti není umožněn rozvoj poznávacích a emočních složek. Deprivované děti jsou většinou nápadně psychomotorickým opožděním v útlém věku. Projevy psychické deprivace u dětí školního věku: retardace vývoje řeči, sociálních dovedností, neschopnost navazování vztahů, povrchní a přelétavé vztahy, nezralé emoční projevy, extrémní žárlivost, vynucování pozornosti, agresivita vůči druhým dětem nebo naopak pasivita a uzavřenost, nezájem, emoční náhražky jako jsou různé závislosti, hromadění věcí, jídla, hraček. V dospívání může závislost na lidech a věcech začít nahrazovat závislost na alkoholu a drogách. Psychicky deprivované děti mají na rozdíl od dětí výchovně zanedbaných uspokojeny všechny biologické potřeby, mají zajištěnu hygienu, výživu, výchovu, lékařskou péči, ale nemají možnost prožívat individuální emoční vztahy, pocit bezpečí, citové jistoty, trpí nedostatkem lásky. Takto deprivované děti přicházejí z dětských domovů, ale často i ze zdánlivě navenek dobře vypadajících rodin. Zvláště v poslední době přibývá rodin, které mají vysokou životní i kulturní úroveň, ale ve kterých rodiče nemají na své děti čas, nebo upřednostňují vlastní zájmy. Nedostatek projevů lásky nahrazuje televize a přemíra hraček, děti jsou dlouhodobě ponechávány v kolektivních zařízeních. Mnoho školních dětí, které vykazují poruchy chování, zhoršený prospěch a poruchy sociálních vztahů, jsou právě děti deprivované v útlém věku a jiným způsobem dále ve věku školním.

Možnosti psychoterapeutické péče: Praktická terapeutická pomoc zanedbaným a deprivovaným dětem je velmi individuální, liší se případ od případu. Někdy jsou potřebné zásahy do výchovného prostředí dítěte (dohled sociální služby, pomoc bezradné matce, náprava nedostatků v domácím prostředí – špína, nepořádek, nevyhovující bydlení...), v krajních případech je nutná úplná změna prostředí dítěte (umístění ve výchovném ústavu, v náhradní rodině apod.). Zásadní chybou je časté střídání náhradních prostředí dítěte (přesun

J. Vymětal: *Úvod do psychoterapie*, str. 299-300

z ústavu do ústavu, náhradní rodiny na zkoušku), které ohrožují pocit bezpečí a jistoty a mohou tak dítěti způsobit ještě větší újmu. Nejvhodnější pro dítěte je pomoc psychologů, pediatrů a sociálních pracovníků vlastní rodině a úprava dosavadního prostředí. Psychoterapeutická pomoc by měla být ve všech případech komplexní, měla by zahrnovat péči o tělesný, kognitivní, emoční a sociální vývoj dítěte. U dětí výchovně zanedbaných je potřeba využít především nápravně-výchovných a vzdělávacích metod a zajistit funkční prostředí. Děti deprivované potřebují léčbu psychoterapií v užším smyslu, založenou na kvalitním citovém vztahu dítěte s terapeutem.⁴¹

3.3 Děti týrané a zneužívané

Děti týrané a zneužívané trpí problémy, které jsou na rozdíl od výše jmenovaných poruch způsobeny úmyslným patologickým chováním dospělých. Zneužívání znamená situaci, kdy jeden člověk z pozice větší síly nebo společenské převahy využívá druhého ve svůj vlastní prospěch. Ke zneužívání dochází od dospělých, nejčastěji rodičů nebo starších dětí. Jeho podoby mohou být různé – využívání k práci, k prostituci, k páchání trestných činů, časté je v dnešní době sexuální zneužívání. Vede k lehkému až těžkému ublížení na zdraví. Mnoha dětem zůstávají po týrání těžké následky v podobě tělesného a duševního postižení. Pacienti proto vyžadují komplexní zdravotní, sociální, nápravně-výchovnou a psychoterapeutickou pomoc. Pozornost však je potřeba věnovat také rodičům. Terapeutický přístup může být úspěšný jen tehdy, jsou-li ochotni a schopni spolupracovat, projevují pocit viny a obavy o dítě a jsou schopni se ovládat. Ve vážných případech je nutné dítě z rodiny odebrat.

Postižené děti se projevují podobně jako děti deprivované, vlivem opakovaných traumatických zážitků u nich dochází k nápadným změnám v chování i osobnostním vývoji. Projevují se více pasivně a apaticky, nedovedou se radovat z činností, svou bolest ani emoce nevyjadřují. Některé děti mohou být naopak silně agresivní. Jsou nápadně emočně odtažité, neklidné, bez cíle, úzkostně se soustředí na okolí, nevyhledávají sociální kontakty. Někdy se projevují záchvaty zlosti, poukazující na vnitřní konflikty v souvislosti se strachem a stresem. Časté jsou pocity studu, viny, úzkosti, nutkavé myšlenky, poruchy sebeúcty, následně poruchy učení, delikventní chování, sklon k alkoholu a drogám. V mladším školním věku se objevují předčasné sexuální zájmy, u dospívajících dochází k rizikovému sexuálnímu chování. Děti bývají depresivní, v případech použitého násilí se u nich rozvíjí posttraumatická

⁴¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 301-308

stresová porucha. Závažnost následků zneužívání závisí na mnoha faktorech – na věku dítěte, na způsobu zneužívání, použití násilí apod.

První pomoc takto trpícím dětem znamená zamezit dalšímu ohrožení, zajistit dítěti bezpečí a poskytnout dlouhodobou lékařskou, psychologickou a sociální pomoc. Psychoterapeutická léčba musí dítěti zprostředkovat novou jistotu, pocit bezpečí a důvěry v lidi. Terapie dětí se soustřeďuje na zpracování prožitých traumatických zážitků, získání pocitu bezpečí a jistoty a na rozvoj nových sociálních vzorců chování.

Pro samotný psychoterapeutický proces je důležité navázat s postiženým dítětem důvěrný citový vztah, což je zpočátku těžké, protože trpící dítě může být plně nedůvěry a studu. Na počátku léčby proto mohou být zařazeny různé relaxační techniky. Na individuální terapii by později měla navazovat terapie rodinná se zapojením partnera pachatele, která směřuje k obnovení narušených vztahů.⁴²

3.4 Děti se somatickým onemocněním

Různá tělesná onemocnění s chronickým průběhem (astma, epilepsie, smyslové poruchy, onkologická onemocnění) mohou vyvolávat u postižených dětí duševní poruchy a to do té míry, nakolik dítě svými potížemi a omezeními strádá. Také opačně platí, že psychické potíže bývají příčinou mnoha somatických poruch. V dnešní době moderní lékařské vědy lze většinu nemocí vyléčit. S tím ale současně souvisí prodlužování průběhu nemoci, během které se dítě musí přizpůsobovat náročným diagnostickým a léčebným procedurám a chirurgickým výkonům. Nejistá prognóza navíc vnáší do rodiny strach a nejistotu, přináší problémy se školním vyučováním, doléhají obavy z budoucího života. Nemocné dítě může trpět úzkostmi a fobiemi, doléhají na něj také strachy rodičů. Proto děti s chronickými zdravotními problémy bývají oproti dětem fyzicky zdravým mnohem více postiženy i závažnými psychickými poruchami. Přitom mnohem méně z nich využívá psychoterapeutické pomoci, protože pozornost rodičů se zaměřuje na somatickou nemoc. Školní děti trpí pocity sociální izolace a méněcennosti v důsledku snížené fyzické zdatnosti, strádají nedostatkem kontaktů s vrstevníky. Pro dospívající je nejtěžším úkolem přijmout identitu tělesně nemocného člověka

Psychoterapeutická pomoc: Na prvním místě by měl psychoterapeut podat zprávu o psychickém stavu dítěte jeho dětskému ošetřujícímu lékaři, aby působení všech členů zdravotnického týmu bylo jednotné. Je známo, že zlepšení psychického stavu pacienta

⁴² J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 310-319

významně ovlivňuje i léčbu jeho somatické nemoci. Vlastní psychoterapie se pak zaměřuje nejen na nemocné dítě, ale také na celou rodinu, která je postižením dítěte zasažena a potřebuje pomoc při zpracování prožitků nemoci, léčby, řešení vznikajících problémů a konfliktů, zvládání mimořádných zátěží. Rodiče a také starší děti hledají odpověď na otázku po objektivní příčině nemoci. U závažných onemocnění mohou trpět strachem ze smrti. Terapeut pomáhá dítěti i rodině přenést se přes toto krizové období tím, že podává seriózní informace a objektivní pohled na věc, motivuje dítě k aktivní spolupráci na léčbě, připravuje jej na pobyt v nemocnici, seznamuje vhodným způsobem (např. formou hry, obrázků, videozáznamu) s prostředím a lékařským zákrokem, podporuje jeho optimismus a sebedůvěru, podporuje úsilí pacienta o udržení sociálních kontaktů.⁴³

3.5 Školní fobie

Školní fobii (odmítání školy) nesmíme zaměňovat s běžnou nechutí ke školní práci nebo prohlášením dítěte, že se mu dnes do školy nechce. Záškoláctví se pojí více s delikvencí a rozvratným způsobem chování. V pozadí školní fobie vidíme druh neurózy charakterizované úzkostí a obavami. Děti, které odmítají školu, vykazují tyto znaky: ve škole trpí různými potížemi, které končí častou nebo dlouhodobou absencí, jsou emočně labilní, bázlivé, trpí nevolnostmi, zůstávají doma s vědomím rodičů, ale nevykazují závažné asociální poruchy. Naproti tomu záškoláci nenavštěvují školu úmyslně, netrpí strachem a úzkostí, nestěžují si na fyzické potíže, chovají se asociálně (připojují se lži, krádeže, toulání) a svou absenci před rodiči většinou tají. Problém školní fobie začíná potížemi ve škole a nechutí do školy jít. Připojují se úzkostí nebo i panika v okamžiku odchodu. Tento stav doprovází bolesti hlavy, žaludku, závratě nebo zvracení, které nejsou organického původu. Tyto příznaky vymizí, pokud dítě zůstane ze školy doma. Úzkostí z dalšího dne pak způsobují deprese, plačtivost, nespavost atd. Odmítání školy se vyskytuje nejčastěji u dětí kolem 11 až 13 let, nesouvisí tedy přímo se separační úzkostí, jak se dříve předpokládalo, protože ta je typická pro děti v prvních letech po nástupu do školy. Školní fobie dále může mít formu chronickou nebo akutní. Chronické odmítání se častěji vyskytuje u dětí s větší závislostí na rodičích, s neurózami, vyšším výskytem duševních poruch u rodičů, nižší sociabilitou a sebehodnocením. Aktuální odmítání je více spojeno s výskytem depresí. K odmítání školy mohou dítě vést obávané situace, úzkost ze školního prostředí (např. zkoušení, přísný učitel, šikana), neuspokojivé vztahy s vrstevníky i učiteli, chování dítěte vyvolávající zvýšenou

⁴³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 320-332

pozornost okolí (např. projevuje-li se dítě výbuchy vzteku, poruchami chování, nebo trpí-li fyzickými potížemi). Dalším důvodem mohou být příjemné zážitky spojené s pobytem mimo školu.

Psychoterapeutická intervence používá různé techniky a metody: relaxace, emotivní imaginace, nácvik sociálních dovedností a chování podpořený odměnami, nápodoba, kognitivní terapie, rodinná terapie. Zakládají se na terapii rozhovorem, behaviorálních technikách a medikamentózní léčbě.⁴⁴

3.6 Vyrušování ve škole

V celém světě vzrůstá obava z neustále častějšího výskytu špatného chování ve škole. Jedná se o problém, kterému se dnes nevyhne žádný učitel. Namísto výuky se snaží vyřešit nebo zlepšit situaci vzniklou problematickým chováním některého žáka. Příčiny mohou být v samotném dítěti a jeho negativním rodinném prostředí, ve vyučujícím učiteli a jeho způsobu výuky a přístupu k žákům nebo v prostředí školy a jejím specifickém klimatu.

Psychoterapeutická intervence používá dva hlavní způsoby – různé formy poradenství a behaviorální techniky. Poradenství se snaží pomoci dítěti pochopit jeho vlastní postoje, názory, vlastnosti, očekávání a hodnoty, vliv ostatních na jeho vlastní chování, vliv jeho chování na chování druhých. Podstatou je tady naděje, že dítě, které samo sobě lépe porozumí, bude také schopné své chování postupně změnit. Behaviorální přístupy se zabývají preferovaným vzorcem chování. Nejvíce se používá technika manipulace s následky – vytvoří se program, který systematicky poskytuje odměny a tresty závislé na způsobu chování. Terapeut vysvětlí dítěti žádoucí chování, objasní přímo související důsledky a stanoví systém zaznamenávání a vyhodnocování. Většinou se oba přístupy kombinují. Formy terapie rozhovorem jsou vhodné až u starších dětí a především u těch, které si své negativní chování uvědomují a chtějí je změnit. Mnoho dětí, které se chovají rušivým způsobem, si však rozhovor s poradcem a jeho pomoc nepřejí. Netouží ani změnit svou současnou situaci, protože jejich rušivé chování je pro ně formou posilování. Ve většině případů se tak stává poradcem samotný učitel, a to zvláště v dnešní době, kdy výchova vyžaduje rozvíjet celou osobnost dítěte. Od současných učitelů se pak očekává, že budou mít znalosti v oblasti poradenství a budou ovládat její běžné techniky – aktivní naslouchání, reflexe, vysvětlování, rozhovor... Učitel se snaží přesvědčit dítě ke změně chování žádoucím směrem. V jeho

⁴⁴ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 40-57

působení nesmí nikdy dojít k nátlaku. Dítě se potřebuje rozhodnout samo a svobodně. Ke skutečné osobnostní změně může dojít pouze tehdy, pokud to jedinec sám chce. Učitel v roli poradce má tedy jedinou možnost – získat dítě svým vlastním příkladem a kladným přístupem k němu. Poskytuje prostor ke změně tím, že dává dítěti poznat bezpodmínečné přijetí i to, že si jej váží, respektuje jeho autonomii, ukazuje mu možnosti změny a její pozitivní dopad pro jeho život. Důležitou zásadou je více pracovat s odměnou jako s trestem.

U závažných kázeňských přestupků zůstává jediná účinná cesta nápravy, a to je pobyt v lůžkových zařízeních pro děti s těžko pochopitelným a problematickým chováním. Jen zde lze využívat behaviorální techniky během celého dne, korigovat chování pacientů odměnami a tresty a uplatňovat všechny zdroje posilování pozitivního chování, které je podporováno nejrůznějšími privilegii (povolení televize, počítače, telefonu, vycházky, kapesného apod.).⁴⁵

3.7 ADHD – porucha pozornosti a hyperaktivita

Děti s touto poruchou vykazují rozličné rysy a obtíže: jsou neklidné, neustále v pohybu, roztěkané, nesoustředí se na školní práci, jednájí impulzivně, agresivně, podle momentálních přání a potřeb, aniž by myslely na následky svého jednání, přebíhají od jedné činnosti k druhé, nechťejí se podřizovat autoritě, vstávají z lavice během vyučování, mají problémy s vrstevníky, někdy bývají nesnášenlivé. Porucha ADHD se dělí na čtyři podskupiny:

- Problémy související se školou. Potíže se začínají projevovat až po nástupu do školy. Dítě nedokáže řešit zadané úkoly, opouští své místo, ruší ostatní děti, má potíže s učením.
- Problémy projevující se v rodině. Děti jsou doma vzdorovité a neposlušné, mohou se chovat destruktivně, mají konflikty se sourozenci. Příčinou tohoto chování jsou většinou konflikty mezi manžely, neřešené problémy v rodině, sociální deprivace, chudoba. Ve škole tyto děti větší problémy nepůsobí.
- Opoziční chování. Primární problém působí nežádoucí projevy v chování.
- Pervazivní hyperaktivita. Děti vykazují problémy doma i ve škole. Projevují se nedostatečnou pozorností a nadměrnou aktivitou. Počátky přitom spadají do raného dětství.

Příčiny vzniku poruchy mohou být částečně dědičné, prenatální, perinatální, nebo vznikají až jako následek působení dysfunkční rodiny.

⁴⁵ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 129-134

Volba terapeutických prostředků se řídí druhem a příčinou poruchy. Využívá se podle diagnostiky vhodná farmakoterapie (látky stimulující centrální nervový systém, antidepresiva) nebo dietní opatření (v případě zjištěné alergie na některé látky v určitých potravinách). Behaviorální techniky pomáhají soustředit se na úkoly a postupně prodlužovat dobu pozornosti. Děti s poruchou ADHD potřebují stanovit pevná pravidla, upravit a dodržovat řád a denní režim. Je nutné rozčlenit zadané úkoly na jednotlivé kroky a důsledně kontrolovat jejich plnění. Důležitým předpokladem úspěšné léčby je vyřešení rodinných konfliktů, pokojná domácí atmosféra a prostředí lásky, přijetí a bezpečí.⁴⁶

3.8 Deprese u dětí

Terminologie v této oblasti není zcela jasná. Někteří odborníci pod termín deprese zahrnují i mnohé emoční poruchy. Slovo deprese je používáno pro různě závažné psychické stavy:

Depresivní nálady – jedná se o stav hlubokého neštěstí a sklíčenosti, který je silnější než běžný smutek. Jedinec není schopen ve svém životě vidět žádný světlý bod, nemá zájem o žádnou činnost ani vztahy s druhými lidmi (dětmi). Tento stav se často pojí s pocity vlastního selhání, viny, studu, beznaděje.

Depresivní syndrom – depresivní nálady, ke kterým se připojuje plačtivost, podrážděnost, ztráta chuti k jídlu, energie, poruchy spánku, špatné soustředění.

Depresivní poruchy – depresivní symptomy jsou přítomny delší dobu a narušují již fungování osoby ve významných oblastech života. Dlouhodobý charakter a dopad na běžné fungování odlišují poruchu od syndromu.

Aby byla přítomnost deprese potvrzena, musí se u mladého člověka projevovat nejen pocit zoufalství a neštěstí, ale také negativní smýšlení o sobě a ztráta zájmu o každodenní život. Deprese u dětí se může rozvinout již před začátkem puberty. Důležité je zde správné stanovení diagnózy, protože slzy a smutek jsou u dětí běžnou součástí jejich života, stejně jako střídání nálad v období pubescence. Léčba deprese se týká až specifického chorobného procesu. Mladý člověk s depresí je dlouhodobě zoufalý, melancholický, nešťastný, mnohdy ani není schopen vyjádřit své emoce, často se stává netečným a osamělým, zpomaluje se v pohybech a řeči, což vypadá jako projev lhostejnosti a nezájmu. Takové chování pak vede k narušení jeho vztahů a zhoršení školního prospěchu. Tyto projevy bývají pro okolí obvykle nápadnější, než samotné příznaky deprese. Mezi příčiny nemoci patří především genetické

⁴⁶ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 61-73

faktory. Dědičnost se odhaduje kolem 80 %. Velký vliv má také rodinné prostředí, stres a nepříznivé životní události.

Volba terapeutických prostředků: U dospělých je psychoterapeutická intervence téměř vždy zajišťována antidepresivy. V případě dětských pacientů však léčba psychofarmaky není tak účinná jako u dospělých. Behaviorální přístupy se soustřeďují na způsoby chování, které problém udržují, snaží se je omezit a učí mladého člověka chovat se jinak. Připojuje se také pravidelná tělesná aktivita a hraní oblíbených her, které zahání melancholickou náladu. Kognitivní terapie vychází z předpokladu, že chování a nálada jsou důsledkem způsobu myšlení, takže změna myšlení může navodit změnu chování. Základním přístupem kognitivní terapie je vždy dobrá spolupráce mezi pacientem a terapeutem. Terapeut musí nejprve odhalit patologické myšlenky pacienta, které jeho depresi podněcují. Poté je nutné změnit postup, kterým dítě chápe a interpretuje jednotlivé zkušenosti. To probíhá konkrétním způsobem se snahou zpochybnit mylné domněnky dítěte předložením důkazů, jež nelze zpochybnit. Psychoterapeut pomáhá také pacientovi získat vhled do jeho problémů a negativních událostí, které potíže vyvolávají.⁴⁷

3.9 Dyslexie

Dyslexie představuje jednu ze specifických poruch učení. Její základní příčina má pravděpodobně neurologický charakter a souvisí s řečí. Tato porucha je genetického původu, je charakterizována potížemi s chápáním jednotlivých slov, což svědčí o nedostatečně vyvinuté schopnosti sluchového zpracování podnětů. Schopnost dítěte dekodovat jednotlivá slova neodpovídá jeho věku, což souvisí s dalšími kognitivními a školními schopnostmi. Přidružují se také rozličné potíže v jazykovém projevu, kromě problémů se čtením se objevují i potíže v psaném projevu a pravopise. Důležitá je včasná diagnostika a následný specifický přístup učitele, který respektuje potíže dítěte a zohledňuje jeho možnosti.

Symptomy, které odlišují dyslektické děti od žáků s běžnými potížemi ve čtení a psaní:

- potíže s řečí a jazykem
- špatná krátkodobá verbální paměť
- potíže se slovosledem a řazením písmen ve slově
- motorická neobratnost
- nevyhraněná preference pravé či levé ruky
- častá záměna písmen

⁴⁷ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 167-178

- nesouvislost slovního projevu

Zjevné potíže mohou být ale způsobeny kromě dyslexie i dalšími okolnostmi:

- nízká inteligence
- špatný způsob výuky
- nízká sociálně-ekonomická úroveň rodiny
- tělesná vada (zraku, sluchu)
- neurotická porucha, která se projevuje i jiným způsobem
- emoční a behaviorální faktory, které mají vliv na schopnost reagovat na pokyny učitele

Dyslexii způsobují především biologické faktory. Zatím však nebyl nalezen konkrétní gen, který by se podílel na vzniku poruchy. U postižených jedinců se spíš jedná o geneticky podmíněnou citlivost, která je následně minimalizována nebo maximalizována životními zkušenostmi. Důležitou roli pro vznik poruchy hraje také nedostatečné vizuální zpracování, neschopnost oční koordinace a přecitlivělost na světlo při zaostření očí na bílé pozadí stránky. Mnoho dyslektiků přejíždí text zprava doleva v rozporu s běžným levoprávním řazením písma. Dítě se při čtení v textu špatně orientuje, hůře se na text soustředí, obtížně v textu přeskakuje. Dalším faktorem způsobujícím poruchu je nedostatečné sluchové vnímání, chápání vztahu mezi psanou a mluvenou formou řeči, neschopnost rozčlenit slova na jednotlivé zvukové jednotky (slabiky), nepřesnost při rychlém pojmenovávání objektů a omezená krátkodobá slovní paměť.

Terapeutická pomoc: Mnohdy je velmi těžké odlišit dyslektika od jiného špatného čtenáře, avšak vyučování, které by využívalo různé přístupy pomoci dyslektikům, by bylo vhodné pro všechny těžkopádnější děti. Často používanou metodou je multisenzorické učení. Spočívá v učení se názvů, zvuků a tvarů písmen za současného zapojení několika sensorických kanálů – sluchu, hmatu, zraku a pohybu. Z tohoto principu vychází mnoho programů, které se provádí individuálně nebo v malých skupinkách ve školách nebo specializovaných centrech. Při běžné výuce dyslektické děti vyžadují přístup zaměřující se na schopnost dekodovat slova na základě znalosti zvukové podoby písmen, zvláště a v kombinaci. Učitel využívá jednoduché hry, které mají pomoci rozvinout u dítěte vnímání a rozlišování hlásky v toku řeči. Pokud jsou potíže u dětí včas podchyceny a řešeny specializovaným a strukturovaným přístupem, může se mnoha dětem pomoci dosáhnout normální úrovně čtení.⁴⁸

⁴⁸ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 182-198

3.10 Mentální retardace

V dřívější době se předpokládalo, že děti mentálně retardované není možné psychoterapeuticky léčit, protože nejsou schopny náhledu a dosažení podstatné změny. Avšak i dítě mentálně retardované je schopné se učit a vyvíjet, má určité zdravé schopnosti, které lze využít ke kompenzaci mentálního nedostatku. I tyto děti trpí a potřebují pomoc při vyrovnávání se s množstvím konfliktů a nároků sociálního okolí. S výjimkou nejtěžších stupňů retardace by děti s postižením neměly být vyloučeny z normálního lidského společenství umístěním do zvláštních zařízení. Přednost by měla být dána denním stacionářům nebo jen nutnému krátkodobému umístění v pobytovém zařízení. Cílem terapie tedy musí být integrace postiženého dítěte do lidské společnosti. V současné době se u nás prosazuje snaha o plnou integraci fyzicky i mentálně postižených dětí do normálních škol. Pozitivní přijetí kolektivem vrstevníků přispívá ke zlepšení sebevědomí nemocných, jejich fungování ve společnosti a pomáhá také zdravým dětem k osobnostnímu růstu tím, že se učí toleranci, pochopení, ohleduplnosti, pomoci.

Psychoterapie mentálně retardovaných dětí využívá všech běžných postupů – individuální, skupinové i rodinné terapie. Nejčastěji užívanými technikami jsou individuální nácvikové techniky zacílené na dosahování přijatelného sociálního chování, nácvik základních dovedností a návyků (jídlo, oblékání, komunikace, chování na ulici, užívání peněz, sportování), tlumení nežádoucích projevů (sebepoškozování, chování vyvolávající pozornost a posměch okolí). S úspěchem lze využít techniky kognitivně-behaviorální terapie, relaxační metody, techniky muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie. Skupinová terapie může být využívána především při nácviku sociálních dovedností. Nejpřirozenější metodou zůstává pro děti hra. U mentálně retardovaných dětí bývá mnohdy jedinou možností vyjádření a zpracování pocitů a problémů. Významnou součástí léčby jsou také výcvikové programy pro rodiče, během nichž získávají informace o možnostech a omezeních dítěte.⁴⁹

3.11 Děti psychotické

Psychóza představuje těžké duševní onemocnění, při němž je zpravidla ztracen nebo oslaben kontakt jedince s realitou, chybí vědomí nemoci, vnímání a prožívání je těžce deformováno. U dětí se mohou vyskytovat jak psychózy endogenní (funkční poruchy CNS), tak psychózy symptomatické i psychózy psychogenní. Symptomatické psychózy souvisí s infekcemi nebo úrazy CNS, obvykle odeznívají spolu s onemocněním, někdy však mohou

⁴⁹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 351-355

zanechat delší dobu postpsychotické projevy, nebo se mohou dostavovat příznaky sociálního selhávání a úzkostné a depresivní stavy. V těchto případech je nutné zahájit intenzivní léčbu formou individuální psychoterapie. Endogenní poruchy způsobují stav zmatenosti, negativismu, extrémního artismu, hrubé desintegrace psychických funkcí nebo rozštěpení mysli (u schizofrenie).

Psychoterapeutická léčba začíná ihned po odeznění akutního psychotického stavu, když je možné navázání kontaktu s druhými lidmi. Psychotické děti jsou také léčeny nejprve formou individuální psychoterapie, která umožní vhled do situace, přesnější diagnostiku, pomáhá dítěti k postupnému akceptování terapie, zprostředkovává farmakoterapii, případně hospitalizaci. Z počátku je vhodné začít léčbu pomocí arteterapeutických, muzikoterapeutických a dalších expresivních metod, které umožňují psychotickému dítěti vyjádření vnitřních prožitků a sociálních problémů. V pozdějších fázích je možné zařadit skupinovou a rodinnou terapii. Cílem psychoterapie je opětná harmonizace osobnosti a vývoje narušeného vznikem psychotické nemoci.⁵⁰

3.12 Děti s psychosomatickými poruchami

Psychosomatické poruchy jsou taková somatická onemocnění a zdravotní potíže, která mají psychickou nebo sociální příčinu. Nezvládnuté a dlouhotrvající psychické zátěže mohou ovlivňovat fyziologické funkce a tělesné potíže. Také patologické mezilidské vztahy, zvláště ty, které jsou pro dítě citově důležité (tedy rodinné vztahy) mohou být zdrojem psychosomatických potíží. Předpokladem psychosomatických poruch jsou vrozené somatické dispozice (genetický základ) nebo také tzv. biologické zkušenosti (působení životasprávy, prodělané choroby, úrazy). Onemocnění sice vyvolaly psychické vlivy, ale druh nemoci byl předurčen somaticky. Porucha nastává v té oblasti, která je pro dané dítě nejvíce citlivá. Pro vznik onemocnění je také nutná psychická dispozice, např. potlačování citů, psychická labilita, chudé nebo naopak přílišné emoční prožívání apod. Zvláště v dětském věku je sepětí duševního a tělesného dění mnohem těsnější, než je tomu u dospělého člověka. Čím je dítě mladší, tím snáze reaguje na duševní zátěž tělesnými příznaky. Někdy se přímo vyjadřuje „řečí těla“. Oblast psychosomatických poruch je velmi široká, proto i terapie používá širokou škálu psychoterapeutických postupů a metod.

⁵⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 358-360

Psychoterapeutická pomoc: Psychoterapeutické zásahy na úrovni orgánové (v souvislosti s potížemi oběhového, zažívacího, dechového, vyměšovacího ústrojí) a organismické (činnost CNS, hormonální a imunitní soustavy) využívají přímo zacílené postupy sugestivního ovlivňování a nácvik vytváření dovedností ovládnání tělesných funkcí. Na úrovni osobnostní mají vliv zásahy psychoterapie sugestivní, kognitivní, emocionální, motivační, behaviorální. Na sociální úrovni se uplatňují především postupy skupinové a rodinné terapie.⁵¹

Příklady psychosomatických poruch:

3.12.1 Průduškové astma

Podstatou astmatu jsou nepřiměřeně silné stahy příčně pruhovaného dýchacího svalstva provázené zvýšenou sekrecí hlenu, které vyvolávají dechové potíže. Dítěti se během astmatického záchvatu nedostává dechu, je stresováno a úzkostně očekává příchod nového záchvatu. Mezi psychologicky podmiňující činitele této nemoci se uvádí porucha přirozeného vývoje interakce mezi dítětem a blízkou osobou (zpravidla matkou). U astmatiků se projevuje přehnaná potřeba závislosti a péče. Onemocnění také vzniká většinou při skutečném nebo hrozícím odloučení od této osoby. Astmatický záchvat se objevuje jako reakce na ohrožení potřeb jistoty, závislosti a péče. Dítě tak podvědomě vyjadřuje svůj hněv záchvatem, který mu zajistí potřebnou citovou přízeň. V jiných případech využívá dítě záchvatu jako zdroje moci v rodinné interakci. Strhává totiž na sebe vytouženou pozornost a péči matky, ohledy rodiny a přizpůsobení zájmů ostatních členů. Z těchto poznatků pak vyplývá i strategie psychologické léčby (nacvičování celkového uvolnění, nácvik sebeprojevení a sebeprosazení potřeb dítěte přirozeným způsobem, překonání závislosti dítěte na matce apod.).⁵²

3.12.2 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Anorexie patří k poruchám příjmu potravy a objevuje se až u dětí staršího školního věku, většinou u dívek v dospívání. Bezprostřední příčina tkví v psychice. Pacientka trpí představou, že držení přísné diety vyřeší její základní problémy. Proto vytrvale a vědomě sleduje cíl zhubnout a to bez ohledu na neúměrnou ztrátu hmotnosti a zdravotní poškození. Během nemoci dochází k úmyslnému snižování hmotnosti, které si pacientka sama působí

⁵¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 362-368

⁵² J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 369-370

pomocí diet, vyprovokovaného zvracení, což činí před strachem z tloušťky. Má zkreslené představy o vlastním těle, vtíravé myšlenky, nízké sebehodnocení. Nemoc se často pojí s dalším psychickým onemocněním, jako jsou poruchy osobnosti, posttraumatické stresové poruchy, neurologická onemocnění, počátky závislosti na alkoholu a návykových látkách apod.

Psychoterapie pomáhá pacientce rozvíjet vnímavost k pocitům vlastního těla, pomocí behaviorálních postupů nacvičuje vhodné způsoby chování operantním podmiňováním, podporuje rozvíjení identity, sebeúcty a samostatnosti, řeší spolupůsobící rodinné konflikty.⁵³

Mentální bulimie

Bulimie se vyskytuje u dívek nejčastěji až po pubertě, tedy v období adolescence. Příčinou vzniku poruchy bývají předchozí nepříznivé životní události, mnohdy sexuální zneužívání. Dívky trpí obavami z tloušťky, proto po jídle vyvolávají zvracení.

Terapeutický přístup léčby bulimie je odlišný od léčby anorexie. Využívají se především dva postupy: kognitivní terapie, která se snaží o podrobné zkoumání vnímání pacientky a její chápání potíží, druhý způsob představuje medikace. Důležitá je také úloha rodiny. Zjišťuje se, zda rodinné konflikty a problémy jsou v přímé souvislosti se vznikem poruchy u dítěte. Rodinná terapie může pomoci mladému člověku vymanit se ze skličující rodinné situace. Účinnější léčba probíhá tam, kde se nejedná o příčiny pocházející z konfliktní rodiny a kde tedy může být úloha rodiny podpurná. Nutná je také úprava denního režimu tak, aby bezprostředně po jídle následovala společná činnost a dítě nemělo možnost zvracet. Nejvýhodnější je oboustranná dohoda a pomoc rodiny. Mladý člověk potřebuje být stále zaměstnán, neboť nevyplněný čas je nebezpečný. Smysluplná činnost má sama o sobě léčivé účinky a přináší radost a uspokojení. Kromě terapeuta a rodiny mohou být významným zdrojem pomoci přátelé – vrstevníci. Ti mohou být poučeni o příznacích a následcích nemoci a pověřeni úkolem zabránit nemocné, aby chodila sama na toaletu bez dozoru. Tento zásah je účinný jen za předpokladu, že s ním pacientka souhlasí a má o pomoc zájem.

Každá porucha příjmu potravy ohrožuje život, a proto by v našich školách měl být kladen velký význam prevenci a poskytování včasných informací dospívající mládeži.⁵⁴

⁵³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 371-374

J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 78-86

⁵⁴ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 85-86

3.12.3 Obezita

Obezitou se nazývá hmotnost přesahující 20% nad standardní tabulkovou hmotností jedince stanovenou pro danou výšku postavy. Bývá způsobována většinou přejídáním a nedostatečným pohybem. Sklon k obezitě je podmíněn částečně geneticky a dále jej vyvolává péče rodičů v kojeneckém věku, kdy začíná docházet k nadměrnému ukládání podkožního tuku. Vznikající tloušťka pak omezuje dítě v pohybu a to si pak nevytvoří odpovídající pohybové dovednosti. Pro svou abnormalitu sklízí u ostatních dětí výsměch, začíná se vyhýbat sociálním kontaktům a citově strádá.

Terapeutická pomoc: Pokud dítě strádá ve svých sociálních a duševních potřebách, bývá indikována léčba dietou, pohybem a psychoterapií. Postupy terapie se zaměřují na sugestivní a autosugestivní metody, podmiňovací postupy zaměřené na změnu v příjmu potravy, fyzioterapii, objasňování nutných opatření vzhledem ke kognitivním schopnostem dítěte, přesvědčování o jejich potřebnosti, práce s rodinou. Školní dítě již dokáže porozumět tomu, proč obezitou trpí, chápe souvislosti i potřebu léčby. S přibývajícím věkem je také schopno vyvíjet určité volní úsilí, které je k léčbě nutné.⁵⁵

3.12.4 Pomočování

Enuréza, neboli pomočování, se vymezuje jako psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k neuvědomělému pomočování dětí starších 3 let (mimo těžká duševní onemocnění a urologické poruchy). Vyskytuje se často i ve školním věku, zvláště enuréza noční. Nemoc může mít nejrůznější příčiny: poruchy ve struktuře a funkci močového ústrojí, poruchy nervové soustavy, opožděné dozrávání nervových a duševních funkcí, akutní tělesné onemocnění, citové přetížení dítěte, výchovné zanedbání nácviku čistoty, dlouhodobý stres, nadměrné nároky rodičů, konflikty v rodině apod.

Psychoterapeutická léčba využívá mnoha přístupů a metod. Musí být vždy podporována dodržováním zdravého denního a pitného režimu, nácvikem správného usínání a spaní, nácvikem zadržetí moči a kontrolovaným vyprazdňováním. Nácvik volního ovládnutí močení využívají především behaviorální postupy. K léčbě enuréz je zapotřebí pomoc a spolupráce rodičů, proto se využívají postupy rodinné terapie. Pokud dítě žije v patologickém rodinném prostředí, je někdy nutné dočasné odloučení a hospitalizace, aby mohla být vůbec léčba zahájena.⁵⁶

⁵⁵ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 375-377

⁵⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 378-381

3.12.5 Kóktavost

Poruchou řeči trpí převážně děti plaché, nejisté, poslušné, citlivé, které jsou ale vnitřně nešťastné, skrytě nepřátelské, nebo trpí úzkostí z přehnaných nároků rodičů. Jde především o poruchy interakce a komunikace. Mnoho dětí mívá v důsledku krizového období rodiny nebo přehnaných nároků v určitém vývojovém stupni potíže s řečí, tyto však s odezněním příčin samovolně pominou a nepřejdou do stadia vleklé poruchy. Samotná psychologická podstata kóktání není ještě objasněna.

Terapeutická léčba: Logopedická léčba se uplatňuje tam, kde lze předpokládat nedostatečné nebo nesprávné učení technice řeči, popřípadě organické nedostatky mluvidel. Psychoterapie se zaměřuje na případy, kdy lze předpokládat, že kóktání je výsledkem osobnostní nebo vztahové poruchy. Podle předpokládané povahy poruchy se volí vhodné metody léčby. Psychofyziologické postupy se snaží odstranit tělesné a citové napětí, užívají k tomu různých relaxačních metod a hypnosugestivní postupy. Behaviorální postupy využívají řízené nápodoby a nácviku řeči v hypnóze. Psychodynamické postupy uplatňují různé tělesné a tvůrčí činnosti a hry, které jsou motivačně a emocionálně zacíleny. Terapeut se zde nezaměřuje přímo na kóktání, ale na správné vyjadřování pocitů a osobní a vztahové problémy dítěte a rodičů. Obdobně se orientuje i rodinná terapie. Chápe kóktání jako nástroj citové interakce v komunikačně-patogenní rodině. Členové rodiny si během terapie osvojují způsoby, jak svá přání, konflikty a city komunikovat a řešit přímo.⁵⁷

3.12.6 Poruchy funkce zažívacího ústrojí

Hypersekreční gastritidy (poruchy vyprazdňování spojené s bolestmi břicha) mívají původ v patologické interakci matky a dítěte během prvních měsíců života dítěte, kdy hlavní oblastí komunikace je právě krmení a jídlo. Z narušeného citového kontaktu vyústí patologická dětská zkušenost. Porucha se také často projevuje u dítěte jako projev volání o pomoc, pokud dítě něčím strádá nebo trpí úzkostí. Může se vyskytovat ještě u dětí v mladším školním věku, zvláště hned po nástupu do školy, kdy se dítě vyrovnává s novými nároky. Nemá-li možnost projevit otevřeně svou tíseň a není-li rodiči akceptováno, reaguje opět tělesným příznakem.

Psychoterapie: Prvním krokem psychoterapeutické pomoci je vyjasnění vztahu mezi zatěžující školní situací, nedostatkem chápajícího přístupu rodičů k dítěti a výskytem

⁵⁷ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 382-385

gastrointestinálních symptomů. Často dítě pouze potřebuje pocítit, že jeho hodnota v očích rodičů nespočívá pouze na výkonnosti ve škole a plnění úkolů.⁵⁸

3.12.7 Psychogenní horečka

Častým psychogenním příznakem u dětí bývá náhlé zvýšení teploty bez přítomnosti prokazatelného onemocnění. Je to opět jisté volání o pomoc v situaci, kterou dítě úzkostně prožívá. Dítě může být přetíženo vysokými nároky ve škole, výchovnými a citovými nároky v rodině, případně má z něčeho strach (ze zkoušky, z plavání...). Horečka bývá projevem bezmoci, úzkosti, pocitu opuštěnosti.

Psychoterapie učí dítě řešit své problémy účelnějším způsobem než somatickým příznakem, pomáhá mu, aby se vyrovnalo se stresujícími situacemi a rovněž se vztahy v rodině. Základem léčby je objasnění vztahové situace dítěte v jeho rodině a ve škole. Dítě se chová podle určitých patologických interakčních vzorců a horečka je mnohdy jeho jedinou zbraní proti naprosté bezmoci ve svém sociálním prostředí. Terapie využívá širokého spektra různých symptomaticky, psychodynamicky či rodinněterapeuticky zacílených postupů. Pozornost je nutné zaměřit nejprve na základní problém v rodině a teprve poté na léčbu samotného symptomu. Terapeutickým cílem je změna interakčních vzorců ve vztazích dítěte, zlepšení komunikace a rodinných vztahů, posílení kladného sebehodnocení dítěte a povzbuzení k rozvíjení praktických sociálních dovedností.⁵⁹

3.12.8 Neurodermatózy

Jedná se o psychogenně podmíněná kožní onemocnění. U těchto dětí bývá narušen rozvoj jejich postupného osamostatňování, kam patří i vytváření vlastních vztahů k předmětnému světu. V pozadí nemoci může stát příliš úzký symbiotický vztah mezi matkou a dítětem, označení nemocného dítěte jako jediného narušeného člena rodiny nebo upínání pozornosti rodičů pouze na somatickou péči.

Psychoterapie: Příčiny bývají nejčastěji v narušených rodinných vztazích, proto se i terapie orientuje především na nápravu narušeného duševního a vztahového vývoje dítěte nápravou rodinné interakce. Dítě je podporováno k větší samostatnosti ve společenských

⁵⁸ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 387-388

⁵⁹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 388-389

kontaktech, terapie mu pomáhá osvobodit se od vnitřních a vnějších tlaků a zdravě komunikovat. Potřebná je zároveň i somatická léčba.⁶⁰

3.13 Posttraumatické stresové poruchy

Posttraumatické stresové poruchy znamenají soubor psychických potíží, které postihují dítě, jež prožilo nějaký silný stresující zážitek nebo traumatickou situaci. Na to, jak se dítě s traumatizující situací vyrovnává, má vliv jeho věk, vnitřní dispozice a také druh traumatizující situace. Symptomy posttraumatické poruchy: poruchy spánku, soustředění, nechutenství, ztráta motivace ke školní práci a k ostatním činnostem vůbec, nemluvnost, sociální izolace, narušení vztahů s přáteli, stažení do ústraní. Podstatou psychoterapeutické pomoci je vytvoření prostředí plného podpory, porozumění a péče.

V důsledku **ztráty blízké osoby** mohou děti ztrácet motivaci ke školní práci. Často je obtěžují vtíravé myšlenky a představy spojené se zemřelou osobou, případně se způsobem její smrti. Mohou se vyskytovat i drobné zdravotní potíže, které signalizují zvýšenou potřebu péče a pozornosti trpícího dítěte. V další fázi silné emoce ustupují do pozadí, vlivem velkého smutku se může objevit apatie, podrážděnost, projevy agresivity. Své pocity dítě začíná zvládat asi po osmnácti měsících. Úkolem psychoterapie je pomoci vytvořit dítěti prostředí plné podpory a péče, odpovídat na otázky, vyjadřovat své pocity a pomoci dítěti truchlit. Starší děti také potřebují o svých bolestech mluvit se svými vrstevníky. Rodinná terapie by měla pomáhat osamoceným rodičům (po úmrtí partnera, po rozvodu) zvládnout tíhu nově nastalé situace v rodině tak, aby nedošlo k posunu v rodinných rolích a dítě nepřevzalo místo chybějícího rodiče, což by byla pro něj další zatěžující situace.

Další častou stresující událostí bývá **násilí v rodině**. Fyzicky zneužívané děti mají sklon k zlostnému chování a při školním neúspěchu jsou snadno frustrovány. Psychoterapeutická intervence se orientuje v tomto případě nejen na samotné dítě, ale především na jeho rodinu s využitím kognitivní nebo rodinné terapie, přičemž prvořadým úkolem je zabránění dalšího násilí či zneužívání. Starší děti, které prožily týrání nebo byly jeho svědky, často samy reagují agresivně. Zvláště chlapci, kteří vyrůstali v atmosféře násilí, podléhají zlostným emocím, provokují hádky a sami se chovají násilnický.

Nejčastější stresovou situací v dnešní době je **rozchod rodičů**. Hlavním faktorem, který ovlivňuje to, jak se dítě s rozvodem rodičů vyrovná, je způsob, jakým se s rozchodem vyrovnávají samotní rodiče. Pro dítě je tedy zásadní komunikace mezi jeho rodiči a jejich

⁶⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 387-388

schopnost situaci řešit rozumným a pro dítě co nejméně stresujícím způsobem. Prvním cílem psychoterapeutické intervence je v tomto případě vytvoření přátelské atmosféry mezi odloučenými rodiči a vyřešení jejich jednotlivých právnických otázek a problémů.⁶¹

3.14 Děti trpící závislostmi

Chorobné závislosti znamenají psychický stav vyznačující se změnami v chování a dalšími reakcemi, které vždy nutí opakovaně užívat drogu kvůli prožitku, který přináší, a také proto, aby nedošlo k nepříjemnému stavu vznikajícímu při nepřítomnosti drogy v organismu. V současnosti se k tradiční drogové závislosti připojují i stavy, které vznikají z nutkavé návykové činnosti (hry na automatech, počítačové hry, poslech určité hudby, psaní SMS apod.). I když v těchto případech nejde o požívání škodlivé návykové látky, dochází u postiženého jedince k duševní a sociální poruše. Nejrůznějšími závislostmi jsou dnes postiženy děti již od 12 let. Léčba vyžaduje mnohostrannou péči. Hlavní kroky léčby:

- „Vyproštění“ ze stavu tělesné či duševní intoxikace – pacient je nuceně zbaven možnosti příjmu návykové látky nebo vykonávání nutkavé návykové činnosti. Probíhá první odvykací část léčby.
- „Vyzbrojení“ proti pokračování v návyku – znamená přestavbu postojů a způsobů chování vůči droze a vůči tomu, co k ní vede. Patří sem i praktický nácvik chování, jak se droze vyhnout a reagovat v situacích, které k ní vedou.
- „Vybavení“ pro život bez závislosti – je potřeba nahradit dosavadní patogenní způsob života životem lepším, smysluplným. Vytváření nových motivů, chybějících dovedností, řešení aktuálních problémů a selhání.
- „Rekonstrukce“ smysluplného životního zakotvení a zaměření - vyrovnání se škodami, které nemoc způsobila v životě a ve vztazích. Pacient i po vyléčení ze závislosti mívá pocity viny, zklamání z vlastního selhání, zahanbení, pocity méněcennosti. Je potřeba je překonat zdravým způsobem, aby nedošlo k recidivě.

Psychoterapie dětí i dospívajících se doplňuje farmakoterapií a socioterapií. V současné době je nutné klást prvořadý význam na prevenci, zdravý životní styl, hodnotovou orientaci dětí, náplň a využití volného času atd.⁶²

⁶¹ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 90-107
N. Hayes: *Aplikovaná psychologie*, str. 64

⁶² J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 147-165
J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz: *Dětská psychoterapie*, str. 390-402

4 Základní možnosti psychoterapeutické pomoci dětem

Psychoterapie dětí znamená léčebný přístup, který využívá duševních vlivů k léčbě psychických, tělesných a sociálních poruch. Ten může být natolik účinný, nakolik jsou duševní činitele za poruchu odpovědní. U některých poruch mohou mít rozhodující vliv, u jiných zanedbatelný. Psychoterapie se tedy uplatňuje především tam, kde hrají duševní vlivy hlavní úlohu v rozvoji dané poruchy. V předškolním věku není ještě pro psychoterapeutickou léčbu podstatné uvědomování dítěte. Vědomé rozpoznání příčin a souvislostí jeho obtíží a jejich porozumění a schopnost verbální interpretace začíná být pro dítě důležité nejdříve až ve starším školním věku.⁶³

V úvodu psychoterapeutického procesu je důležité diagnostikovat, které duševní činitele se na vzniku a trvání poruchy podílejí a podle jejich povahy stanovit použití vhodného přístupu a metody léčby. Úspěšnost léčby závisí právě na vhodné kombinaci daného problému, zvolené metody, schopnosti a přístupu terapeuta a typu pacienta. Před zahájením léčby je třeba položit si otázku: „Jaká léčba a kým prováděná bude pro daného pacienta a jeho problém za daných podmínek a okolností neúčinnější?“ Po zvážení všech okolností a stanovení diagnózy zvolí terapeut léčebný postup, respektující příčiny a projevy dané poruchy (může jít o problém vycházející z tělesné nebo sociální poruchy či z duchovní nouze).⁶⁴

Dětská psychoterapie využívá metody a postupy běžné v psychoterapii dospělých, ale přizpůsobuje je specifickým vývojovým zvláštěstím dětí. Dospělý člověk se s druhými sdílí především slovy a reaguje na slovo. To se však u dětí začíná uplatňovat teprve s dospíváním. Po celé dětství má větší vliv hra, nejrůznější činnosti umožňující sebevyjádření a neverbální vyjadřování.⁶⁵

O různých možnostech psychoterapeutické pomoci se již zmiňovala předchozí kapitola v souvislosti s aplikací na konkrétní poruchy. Nyní následuje stručný přehled základních přístupů, které dětská psychoterapie používá.

4.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie využívá různé postupy léčby, které jsou teoreticky rovnocenné, jejich výběr a užití v konkrétních případech se řídí danými okolnostmi –

⁶³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 50

⁶⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 15-16

⁶⁵ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 10

zaměřením psychoterapeuta, individuálními zvláštnostmi dítěte, druhem jeho poruchy, životní situací apod.

4.1.1 Sugestivní postupy

Sugestivní a racionální postupy využívají lidského poznání jako zdroje poruchového duševního dění i nápravy. Během sugescce dítě přijímá určitý nabídnutý obraz o sobě, o jeho vztazích, o nějaké skutečnosti v jeho okolí tak, jak mu jej předává terapeut, bez ohledu na to, zda je tento obraz pravdivý nebo reálný. Pacient danou skutečnost přijímá bez kritického ověřování. Sugescce tedy představuje jiný (náhradní) způsob orientace ve světě, která nahrazuje chybnou smyslovou orientaci, způsobující u dítěte poruchu. Sugestivně nabídnutý obraz (předkládané názory, postoje, city...) se u dítěte prosazuje silou autority terapeuta. Sugestivní terapie na rozdíl od racionální, se snaží logické myšlení pacienta obejít. Využívá postavení terapeuta a přijímá jím předkládaná tvrzení, která mají vést k odstranění potíží nebo dosažení žádoucích způsobů postojů a chování. Sugestibilita (ovlivnitelnost sugescí) může být u jednotlivých dětí různá, obecně jsou vždy menší děti sugestibilnější. Vliv má také věrohodnost sugestora, jeho prestiž v očích dítěte, také vztah k němu a samozřejmě ochota a snaha dítěte spolupracovat a nabízený obraz přijmout.

Příklady uplatnění sugescce: přímé ovlivnění tělesné poruchy (zažívací potíže, enuréza, enkopréza, fyzické bolesti), ovlivnění duševní poruchy (strachy - ze psů, ze tmy, neklid, nutkavé myšlenky), ovlivňování postojů (optimistické očekávání zlepšení léčby, úspěšné zvládnutí dovedností – školních, společenských, přesvědčení o stoprocentním účinku léku atd.). Sugestibilní působení představuje jednak navození léčivě působící představy a také její prosazení oproti jiným možnostem (např. očekávání dalšího utrpení, selhání, neúspěchu, ohrožení). Účinnost sugestivního působení zvyšuje hypnóza. Podněty přijímané v hypnóze jsou mimořádně účinné, proto ji psychoterapie užívá jako zesilovač terapeutického působení.⁶⁶

4.1.2 Racionálně-terapeutické postupy

Tyto postupy představují přímé působení na kognitivní složku prožívání dítěte. Jsou nasměrovány na myšlení, rozhodování a řízení vlastního jednání. Poznávací a volní schopnosti jsou u dětí ještě méně rozvinuty než u dospělých, ale u školních dětí je již možné

⁶⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 69-75
S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 133

s nimi pracovat. Dítě si vytváří určitý obraz o sobě, o světě a o pravidlech, které v něm vládou a těmito představami a pravidly se ve svém životě řídí. Terapeut hledá tyto kognitivní chyby, které způsobují u dítěte následné chybné reakce a z nich pramenící poruchy. Z takového nesprávného nasměrování jedince vznikají různé bludné kruhy příčin a účinků projevujících se také v citech, tělesných funkcích a chování. Patogenní vývoj lze pak měnit cílenou změnou v poznávacích a volných strukturách osobnosti dítěte. Z těchto zacílených postupů se v psychoterapii nejčastěji uplatňují metody racionálně- emotivní terapie a kognitivně-behaviorální terapie.⁶⁷

4.1.2.1 Racionálně-emotivní terapie

Podstatou tohoto přístupu je poznání, že lidé častěji citově trpí v důsledku stresu, který si sami působí tím, že si vzniklou skutečnost nebo situaci vykládají vlastním nepravdivým a stresujícím komentářem a přisuzují tak i relativně neškodným událostem katastrofický význam. Toto patogenní dění lze vyjádřit základním vzorcem **A-B-C**. Písmeno **A** zde označuje skutečnou událost nebo situaci, v níž se pacient nalézá. Písmeno **B** představuje jeho vnitřní myšlenku – subjektivní nereálný výklad vedoucí k úzkosti. **C** znamená skutečně vzniklou poruchu, která je odezvou na chybné hodnocení v kroku **B**. Pacient přitom žije s vědomím, že jeho chybná myšlenka (B) je reálná a že skutečným důvodem jeho potíží je vzniklá situace (událost). Ve skutečnosti je jeho patologické selhávání důsledkem chybného vnitřního postoje. Tento se pak stává předmětem nutné změny a léčby. Čím je dítě starší, tím hlouběji a pevněji může mít v sobě zakořeněny chybné postoje a reakce jak na vnější události, tak na vlastní vnitřní myšlenky, city, chování a tělesné děje.

Racionálně-emotivní terapie má pomoci dítěti uvědomit si a rozpoznat vlastní iracionální myšlenky (B), které je vedou ke stresu, úzkosti a chybnému chování. Během terapie se mají přesvědčit o jejich nesprávnosti vzhledem ke skutečným a mnohem snáze únosným následkům událostí (A). Jednotlivé kroky terapie:

- rozlišit patologickou reakci na skutečnou událost od výsledných problémů v chování a prožívání.
- rozpoznat iracionální postoje, které způsobují stresující odezvu pacienta
- pomoci pacientovi rozpoznat vlastní úlohu na vzniku poruchy
- pomoci pacientovi nahradit nesprávný subjektivní výklad události objektivním hodnocením
- upevnit a zobecnit správné myšlenky na další kritické situace v běžném životě pacienta

⁶⁷ S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 124

Terapeut úmyslně a s humorem vyzdvihuje a dramatizuje iracionální pacientovy postoje až k extrémům, aby se ukázala jejich nesmyslnost. Zároveň nesmí zlehčovat samotného pacienta. Dítě si musí vypracovat a osvojit nové, racionální hodnotící postoje, představy a odezvy na náročné nebo frustrující situace. S pomocí terapeuta se cvičí v nových způsobech racionálního myšlení a hodnocení, aby se tyto staly automatickým krokem v jeho vnímání situací. Základem léčby je přepracování pohledu na svět a na sebe, které má vést v konečném důsledku ke změně chování. Protože se jedná především o kognitivní metodu, lze ji uplatňovat především u starších dětí podle stupně jejich schopnosti formálního myšlení.⁶⁸

4.1.2.2 Kognitivní sebeřízení u dětí

Kognitivní terapie se snaží změnit způsob nazírání na vlastní problémy. Základním principem kognitivní terapie je předpoklad, že nálady a pocity jsou přímo ovlivňovány způsoby myšlení daného jedince (tedy kognitivními procesy).⁶⁹ Postupy kognitivně-behaviorální terapie se orientují na posílení dovedností sebeřízení. Léčba se soustředí na oblast uvědomělé volní regulace chování s důrazem na jeho racionální plánování a zpětnovazební hodnocení. Tímto způsobem se děti učí vyrovnávat s nejrůznějšími náročnými situacemi. Postupy jsou však náročné na kognitivní schopnosti a vlastní motivaci dítěte ke změně. Terapie sebeřídícího postupu probíhá v následujících krocích:

- rozpoznání problému (např. dítě neprospívá ve škole)
- předsevzetí dítěte ke změně
- vyvinutí vlastní snahy a úsilí, stupňování sebeřídících schopností (dítě věnuje více času učení, hodnotí své úsilí, porovnává skutečný rozsah své denní práce pro školu s předem stanoveným měřítkem, odměňuje se, pokud jeho výkon dosáhne stanoveného standardu)
- přestavba dosavadních návyků v chování – pokud dítě dosahuje po delší čas žádoucí úrovně, vytváří si nové způsoby práce, které je potřeba upevňovat

Důležité je, aby dítě vnímalo, že zásluhy dosáhlo vlastním úsilím a schopnostmi. Podporuje to jeho pozitivní citové rozpoložení a úspěšné uplatňování dalších sebeřídících postupů.

Techniky kognitivního sebeřízení lze využívat v psychoterapii se staršími školními dětmi. Účinnost terapie závisí na kognitivních a volních schopnostech dítěte, u složitějších způsobů

⁶⁸ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 90-100

⁶⁹ J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 32

chování také na schopnosti slovního zprostředkování a vyjadřování. Jednodušší změny chování lze touto technikou dosahovat již v mladším školním věku.⁷⁰

4.1.3 Emocionálně a motivačně-terapeutické postupy

Metody emocionální a motivační působí na cítění a snažení dítěte a využívají se v terapii tam, kde je tato oblast považována za jádro osobnostního problému. Tyto postupy bývají méně direktivní jako předešlé, jejich podmínkou je vytvoření citové, uvolněné a bezpečné atmosféry a vztahu mezi dítětem a terapeutem. Emoce a motivy procházejí v dětství největšími a nejrychlejšími změnami a jsou proto nejvíce náchylné podlehnout patologické odchylce.

Emoce jsou důležitou výbavou osobnosti člověka. Jsou prostředníkem mezi potřebami a motivy člověka, jeho chováním a fyziologickými pochody, mají důležitou signální a anticipační úlohu, často mají úlohu určitého puzení k žádanému prospěchu nebo proti předjímané škodě. U zdravého jedince působí emoce ve shodě se skutečnými hodnotami objektivní skutečnosti a jejich působení probíhá ve shodě s jeho potřebami a možnostmi. Vymknou-li se emoce ze směru a mezí užitečné funkce, způsobuje to u člověka problém v jeho vnitřním prožívání a vede k problémovému chování (např. z reálného strachu se stává chorobná fobie, z oprávněného hněvu zaslepující vztek apod.). Převážná část dětských poruch pak může být právě nazývána „emoční poruchy“, ať už se jedná o narušený citový vývoj dítěte nebo o situačně podmíněné nepřiměřené reakce. Právě v dětství během vývojových změn totiž dochází k nejvýraznějším proměnám emocí a motivů. Citová porucha nastává buď ve vnitřní dynamice organismu nebo ve vztazích vůči okolí. Dlouhodobé strádání nebo silné motivační a citové konflikty v dětství brání zdravému tělesnému a duševnímu vývoji a vedou ke vzniku neurotických, psychopatických a psychosomatických poruch. Emocionálně a motivačně zaměřené terapeutické postupy se snaží napravit porušený směr vývoje dítěte správným směrem.

Terapie předpokládá především kvalitní psychoterapeutický vztah plný důvěry, spolupráce a empatie. Důležité je také vhodně zvolit terapeutickou situaci a činnost, při které může dojít k rozpoznání a nepřímému vyjádření jádra problému. Již samotné porozumění dítěte dosud skrytým konfliktním prožitkům může mít uzdravující sílu.

Samotná terapie pak směřuje buď k vědomému vhledu dítěte do patogeneze vlastní poruchy, umožňující překonat problém na vědomé úrovni, nebo k vyvolání působivých

⁷⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 101-106

korektivních citových prožitků, které umožňují dítěti zdravý vývoj a následně mu pomáhají zvládat původně neřešitelné situace.

Citová hnutí a vztahy jedince souvisejí s jeho vnitřní motivací. Psychické poruchy pak často vznikají právě jako důsledek neuspokojování naléhavých motivů v životě dítěte. Motivačně terapeutické postupy se zaměřují na nápravu nežádoucí vnitřní motivace k chování dítěte. Terapeutický postup napomáhá k oživení a naplnění deprivací narušených motivů a k překonání současných deprivujících a frustrujících okolností v životě dítěte, aby mohlo dojít k prosazení zdravých, vývojově důležitých motivů. Základem léčby je zde opět dobrý citový vztah přijetí a důvěry mezi terapeutem a pacientem, skrze který dochází ke změně motivačního zaměření dítěte. Působení terapeuta se orientuje na vztahy k lidem a k sobě a k bezprostředním cílům a hodnotám. Podle věku a schopností pacienta se uplatňuje buď prostřednictvím kognitivního porozumění, vzhledem do vlastního problému, vědomým zaujetím nového postoje nebo zprostředkovaným citovým prožitkem v problémové oblasti.⁷¹

Hodnotově terapeutické postupy

Nejen u dospělých, ale i u dětí mohou být některé poruchy podmíněny motivačním a citovým strádáním v důsledku frustrace potřeb duchovní povahy. Člověk potřebuje prožívat hodnotu a smysl vlastního jednání. V. Frankl ve svém díle ukázal, že v každém z nás je pevně zakotvena touha po smyslu. Pokud se tato touha nenaplní, vede to k narušení vlastního jádra osobnosti a k hlubokému pocitu bezsmyslnosti.⁷²

Na rozdíl od dospělých dítě ještě nehledá smysl své každodennosti uvědoměle. Smysluplnost života předávají rodiče dětem svým vlastním počínáním, postoji a vyznávanými hodnotami. V rodině, kde rodiče trpí existenciální frustrací, nemají děti šanci nalézat přirozené hodnoty a smysl svého jednání. Tak dochází k poruchám postojů, vztahů a chování vůči druhým i sobě samému. Děti postrádající smysl jsou rezignované, lhostejné, odmítavé, nutkavě impulsivní, podléhají bezprostředním nutkavým slastem spojeným s uhýbáním přirozeným nárokům života. Klíčem k nápravě je přirozené spontánní a aktivní zaujetí dítěte pro smysluplné činnosti a úkoly, rozvíjení schopnosti volit si vlastní hodnoty a smysluplné cíle. Předpokladem úspěšné terapie je v tomto případě terapeutova schopnost empatie, jeho vnímavost vůči možnostem a potřebám dítěte a citlivé rozpoznání vyvíjejících se osobních postojů k sobě a životu.⁷³

⁷¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 124-125

⁷² V. Frankl: *Vůle ke smyslu*, str. 7-21

⁷³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 128-133

4.1.4 Behaviorálně-terapeutické postupy

Behaviorální terapie na rozdíl od jiných přístupů neklade důraz na přemítání o minulosti a hledání skrytých příčin problémů, ale soustředí se na přímo pozorované a měřitelné chování, které se snaží změnit pomocí předem definovaných postupů. Tyto metody využívají různých nácviků žádoucího chování a vnitřní fyziologie jako příčiny selhání i možnost nápravy. Behaviorální metody jsou široce využívány při léčbě poruch dospělých i u dětí od nejtělejšího věku.

Behaviorální přístup vychází z předpokladu, že duševní poruchy se dostávají jako následky poruch chování, které vznikají vlivem patologického učení. Nesprávně vytvořené vzorce chování pak vyvolávají ve vnitřním nebo vnějším světě dítěte takové účinky, které vzniklou poruchu ještě více rozvíjejí a upevňují. Psychoterapeutická pomoc má napravit porušený průběh postižených funkcí cíleným zásahem do vnitřních nebo vnějších podmínek života dítěte tím, že zprostředkovává nácvik zdravých způsobů chování. Metody behaviorální terapie vyžadují přesný popis objektivně pozorovaných projevů poruchy a všech okolností a situací, které jsou s ní spojeny (tzv. funkční analýza chování). Na základě takto diagnosticky zpracovaného problému stanoví terapeut hypotézy o tom, čím je v současné době poruchové chování pacienta podmíněno a z jakého důvodu se u něj neprosazuje chování prospěšnější. S pomocí takto vyvozených hypotéz zpracuje terapeut konkrétní plán terapeutického přeučení. Důležité je přesné vymezení žádoucího chování, které je osvojováno pomocí nápodoby, podmiňování nebo vhladu.⁷⁴

Nápodoba

Nápodoba – nebo také učení podle vzoru je odedávna používanou metodou, která se zakládá na pozorování chování druhých lidí a následném napodobování. Účinnost vzoru závisí na tom, jak je napodobovaná osoba pro dítě působivá. Máme tendenci napodobovat někoho, kdo má nad námi v něčem převahu, nebo má něco, co sami postrádáme. Důležitá je také citová vazba k napodobovanému objektu.

Podmiňování

Behaviorální terapie vychází ze dvou hlavních typů učení – klasického a operantního podmiňování.

Podmiňování chování odměnou či trestem probíhá u dítěte samočinně. Takto podmiňované chování je provázeno v určitých situacích přitažlivou nebo odpudivou motivací. Výsledek

⁷⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 134-137

léčebného učení podmiňováním závisí na citové kvalitě a intenzitě motivujících událostí, které zprostředkovávají odměnu či trest.

Klasické podmiňování (vycházející z výzkumů I. P. Pavlova) znamená proces, kdy se přirozené chování spojí s nějakým objektem či procesem tak, aby mezi nimi vznikl určitý vztah. Po několikerém opakování přítomnost stejného podnětu vyvolává specifický typ chování.

Vhled

Vhled na určitý jev je výkonem myšlení. Zprostředkovává dítěti porozumění souvislostem mezi určitou situací a jeho vlastním chováním. Děti trpí nejistotou ve věcech, které se jich týkají a kterým nerozumí, a proto si o situaci vytváří vlastní nesprávnou, někdy až hroživou představu. Cílem metody je zprostředkovat pacientovi pravdivý uzdravující vhled na věc a souvislosti.⁷⁵

4.1.5 Psychofyziologické terapeutické postupy

Terapie využívá nácvikové postupy zaměřené buď na určitou tělesnou funkci (při poruchách vyměšování, řeči, dechových potíží apod.) nebo na celkové fyziologické vyladění přetíženého či vystresovaného organismu do přijatelnějšího stavu.

Autoregulační postupy

Během terapie pacient vykonává určitou úmyslně řízenou činnost, prostřednictvím které si sám navozuje psychofyziologické změny. U dětí jsou používána různá tělesná cvičení, relaxační a vědomě prováděná autoregulační cvičení. Během nich má dítě za úkol věnovat se určitým popisovaným představám nebo vnímat své pocity či vnější podněty během různých poloh těla a požadovaných pohybů. Zpětné vnímání pozitivní změny pomáhá dítěti zpevňovat žádoucí pokroky v nácviku.

Heteroregulační postupy

Podstatou metod je vnější ovlivňování průběhu fyziologické funkce. Uplatňují se zde buď postupy klasického podmiňování, tj. vytváření účinných řídicích podnětů pro funkce organismu, které jim dosud nepodléhaly. Metody se prakticky užívají ponejvíce u poruch usínání, u astmatických a epileptických záchvatů, u poruch zažívání a vyměšování. Operantní (instrumentální) podmiňování se zaměřuje na to, že průběh tělesných funkcí je výrazně ovlivňován následky pro jedince. Využívá se zde odměn a trestů v závislosti na

⁷⁵ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 137-139
J. Elliott, M. Place: *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*, str. 28

fyziologických dějích nepodléhajících vědomému řízení. Uplatňují se u poruch jídla, vyměšování, u různých bolestí, záchvatů, u poruch řeči apod.⁷⁶

4.2 Rodinná psychoterapie

Rodinná terapie znamená specifický psychotherapeutický přístup, který se používá k léčbě duševně, sociálně či tělesně nemocných dětí a dospělých. V rodinné terapii jde o změnu celé rodinné soustavy. Náprava v osobnosti jedince je chápána až jako následek pozitivní změny v rodinném systému. Změna v rodině znamená změnu ve způsobu komunikace, interakce a organizace rodiny.

Konkrétní postupy jednotlivých směrů rodinné terapie mohou být značně rozdílné, liší se v teorii i používaných technikách. Jde především o určitý způsob myšlení. Ve středu pozornosti však vždy stojí celá rodina, která se stává skutečným pacientem. Základním předpokladem rodinné terapie je teorie, že individuální poruchy dítěte úzce souvisí se skupinovou dynamikou celé rodiny a jsou výrazem narušených vztahů. Psychoterapie zde tedy usiluje především o nápravu těchto vztahů. Nedořešené konflikty mezi členy rodiny jsou nejčastější příčinou neurotických potíží dětí školního věku. Rodinná terapie bývá indikována hlavně v těch případech, kdy zjevná porucha dítěte je podmíněna celkovou skladbou a způsobem života rodiny, nebo v případech, kdy rodina zjevně neplní svou funkci.⁷⁷

4.2.1 Východiska rodinné terapie

Primární socializace dítěte se uskutečňuje v rodině, proto vztahy jejích členů mají na dítě nejsilnější vliv. Společenství rodiny tvoří jednotu představ, názorů, přístupů rodičů a jimi používaných metod. Vývoj dítěte probíhá na pozadí vzájemné interakce vztahu matky a otce. Jejich vztah nejen dítě obklopuje, ale také se do něho promítá a vtiskuje pečeť jeho prožívání a jednání. Zdravá rodina utváří zdravou osobnost dítěte, dysfunkční rodina naopak vytváří půdu pro vznik psychických poruch dítěte.⁷⁸

Rodina je specifickým a dynamickým systémem vztahů. Jsou v ní sdíleny starosti a problémy jednotlivců, které se tak stávají starostmi a problémy celé rodiny. Úkolem rodiny je uspokojovat potřeby jejích členů, ať už jsou to potřeby biologické, sociální, psychologické,

⁷⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 155-162

⁷⁷ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 167-178
S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 261-265

⁷⁸ V. Smékal, P. Macek: *Utváření a vývoj osobnosti*, str. 59, 248

sexuální, duchovní... Rodina zprostředkovává dítěti první sociální zkušenosti, vtiskává do jeho nitra vzorce reagování, prožívání a chování. Nedostatečné nebo jednostranné uspokojování těchto potřeb vede k psychické deprivaci a regresi ve vývoji dítěte.

Pro dítě se jeho rodina stává základním socializačním prostředím. Léčba psychicky nemocného dítěte tedy musí zahrnovat i léčbu jeho rodiny. Rodinná terapie vychází z určitých zákonitostí, které jsou vlastní každému rodinnému systému:

- Základem rodiny je vztah manželů. Partneři jsou „architektky“ rodiny. Kvalita partnerského vztahu hraje v rodičovství klíčovou roli.
- Má-li jeden z členů rodiny nějaký problém, kterým trpí a který se projevuje symptomy, všichni ostatní členové jeho bolest vnímají, spoluprožívají, nebo se jich alespoň nějakým způsobem dotýká.
- Pacientovy symptomy mají vždy vztah jednak k jeho vlastním individuálním procesům, ale také k interpersonálním procesům v jeho rodině.
- Rodina se chová jako jednotka, její vnitřní život směřuje vždy k rovnováze. Členové rodinného systému vědomě i nevědomě tuto homeostázu udržují. Povahu rodinné homeostázy určují manželé. Jejich vztah formuje všechny ostatní vztahy v rodině.
- Dysfunkční partnerský vztah produkuje dysfunkční vzorce rodičovského chování a dysfunkční rodinné vztahy. Pokud jsou si manželé – rodiče emocionálně blízcí a vzájemně do sebe investují více než do pacienta (dítěte), má z toho pacient větší užitek, než kdyby investovali více pro něho samého. Pokud jeden z rodičů investuje více do pacienta než do svého partnera, identifikovaný pacient spíše regreduje, než aby měl z této pozornosti prospěch.
- Výzkumy ukázaly, že pokud si byli partneři emocionálně blízcí, neudělali k pacientovi žádnou závažnou chybu. Pacienti reagovali dobře na všechny přístupy rodičů (přísnost, benevolenci, odměny, tresty...). V případě dysfunkčního partnerského vztahu selhávaly všechny přístupy bez rozdílu.
- Identifikovaný pacient (tj. to dítě, příp. dospělý člen rodiny, který trpí poruchou či problémem) bývá ten člen rodiny, který je nejvíc ovlivněn dysfunkčním manželským vztahem a nejvíc vystaven dysfunkčním vzorcům rodičovského chování.
- Symptomy identifikovaného pacienta jsou jakoby voláním o pomoc, které svědčí o narušené rodinné rovnováze.
- Pacient mnohdy nevědomě reaguje symptomy a deformuje vlastní růst, aby zmírnil bolest svých rodičů, kteří prochází krizí. Jeho problém (porucha) může zůstat po dlouhý čas skrytý. Jakákoli silná vnější či vnitřní událost jej však zintenzivní a vyjeví

na povrch (např. fyzická nemoc, nemoc rodiče, změny v rodině, hospitalizace v nemocnici, úmrtí v rodině, příchod sourozence, změna bydliště, nástup do školy apod). Jeho problémy, poruchy, potíže jsou ve skutečnosti signálem, že postižený potřebuje pomoc.

- Zmíněnými událostmi je také otřesena rodinná homeostáza, neboť na manžele v dysfunkčním vztahu jsou kladeny další vysoké nároky. Je-li událostí ovlivněn jeden člen rodiny, jistý vliv dopadá na všechny.
- Do rodinného systému patří (a tedy jej mohou pozitivně i negativně ovlivňovat) i všichni členové širší rodiny, tedy starší i přicházející generace (rodiče, prarodiče, děti). Každá rodina má svou jedinečnou historii se svými vlastními významy a svůj způsob zacházení s událostmi, každý člen rodiny má svůj specifický výklad této rodinné historie.
- Dysfunkční rodina se v sebeobraně soustředí především na identifikovaného pacienta a snaží se odolávat změně zaměření pozornosti. Právě zde slouží rodinná chronologie (historický sled zásadních rodinných událostí a zakomponování všech členů rodiny do systému) jako efektivní nástroj ke změně zaměření pozornosti z identifikovaného pacienta na celou rodinu a především na manželský vztah.⁷⁹

Terapeut pracuje s celou rodinou, některé problémy však probírá zvlášť s rodiči (především jejich manželské vztahy), jindy přizve k sezení ostatní členy rodiny. Důležité je získat pro spolupráci všechny členy rodiny, především však oba manžele. Během terapie jsou všichni členové vedeni k tomu, aby byli schopni převzít svůj díl odpovědnosti za narušené vztahy, vzniklé problémy a také za jejich nápravu. Každý ze zúčastněných má pochopit svůj pozitivní či negativní vliv na ostatní. Ke zlepšení situace je potřeba, aby se naučil citlivě reagovat a komunikovat. Nutná změna v rodině se může týkat rozdělení pozic, rolí a moci v rodině, uplatňování určitých pravidel a hodnot, užívání vhodných způsobů vzájemného styku (komunikace, vyjadřování citů, spolupráce, způsob řešení konfliktů...). Rodinná terapie je potřebná především při léčbě dětí s asociálním chováním, neurotickými potížemi, pro drogově závislé, při školním selhávání atd.⁸⁰

⁷⁹ V. Satír: Společná terapie rodiny, str. 14-30, 116-122

⁸⁰ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 169-178
N. Hayes: *Aplikovaná psychologie*, str. 72-73

4.2.2 Hlavní přístupy v rodinné psychoterapii:

Psychodynamický přístup – vychází z pojetí individuální, vývojově podmíněné duševní dynamiky jednotlivých členů rodiny v jejich vzájemných vztazích. Všímá si přenosu zkreslených osobních zkušeností rodičů z minulosti do prožívání jejich dětí a utváření současných vztahů.

Experienciální (humanistický) přístup – zaměřuje se na poruchy v prožívání vzájemných vztahů a jimi podmíněné poruchy v jednání jednotlivých členů. K nápravě a vyjasnění vztahů dochází konfrontací vzájemných citů a přání. Důraz je kladen na potřebu otevřeně komunikovat navzájem své myšlenky, přání a city a vystupovat v rodinném dění v konstruktivních rolích.

Behaviorální přístup – sleduje patogenní vzorce chování mezi členy rodiny. Nevhodné mezosobní chování mezi členy rodiny vede k narůstání neuspokojení a vzájemné averze. K nápravě se používají postupy řízené změny vzájemné interakce pomocí metod nápodoby, učení podmiňováním, nácvik způsobu řešení rodinných konfliktů a techniky rodinné úmluvy.

Přístup rozšířené rodiny – zahrnuje do rodinného systému i všechny členy širší rodiny, pracuje tedy s celou sítí příbuzenských vztahů, která má vliv na jádro pacientovy rodiny. Mnohé poruchové emoční a interakční vztahy se totiž přenášejí napříč generacemi.

Komunikační přístup – je zaměřený na rozbor vzájemných funkčních vztahů jednotlivých členů rodinného systému a na rozpoznání skutečné funkce poruchových jevů v rodinném soužití a jejich nahrazení zdravějšími a konstruktivními vzorci vzájemného jednání.

Strukturální přístup – strukturou je označována soustava pravidel, podle nichž se jedinci vztahují k sobě navzájem. Projevuje se praktickými činnostmi a způsobem, jakým se členové rodiny podílejí na výkonu svých funkcí a uspokojování svých potřeb. Z hlediska těchto vnitřních i vnějších požadavků pak určitá struktura rodiny umožňuje svým členům plnit funkce buď dobře nebo poruchově. Strukturální pravidla a jejich úspěšnost či poruchovost rozeznává terapeut pozorováním zjevných vzorců chování, kterými se členové rodiny během různých situací projevují.⁸¹

Systemická rodinná terapie – zahrnuje různé praktické přístupy a postupy, které pracují s rodinou jako systémem vztahů a vzorců chování. Jde o metodu umožňující najít užitečnější úhel pohledu na problém, než jak na něj nazírají členové pacientovy rodiny. Členové rodiny totiž mohou často uvíznout v jednom vidění problému, které neumožňuje žádné řešení a změnu. Mnohdy se také vědomě změně brání. Terapeut se jim snaží ukázat jiný, objektivnější

⁸¹ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 180-204

pohled na věc a odpoutat je od předpokladů, které byly do té doby považovány za samozřejmé. Pomáhá rodině najít cestu ke změně, která je pro ně možná.⁸²

Narativní přístup – vychází ze systemické psychoterapie. Mylné způsoby pohledu na problém, nevyslovené mylné předpoklady a individuální předsudky, kterými se členové rodinného systému řídí, zužují jejich životní možnosti a volby. Jednotliví členové mají své individuální verze výkladu rodinného příběhu. Terapeut se snaží narušit jednoznačně vymezené negativní popisy sebe sama a svého životního příběhu zkoumáním dalších možných popisů a výkladů jiných účastníků příběhu. Terapeut naslouchá vyprávění a chce postřehnout ty aspekty události, které nebyly vysloveny. Poukazuje na nevyslovené skutečnosti a tím otevírá cestu k novému pohledu a porozumění. Přitom zájem terapie se nesoustřeďuje na odkrývání pravdy o událostech, ale především na skryté významy.⁸³

4.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie využívá k léčbě skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny. Uskutečňuje se ve skupině uměle sestavené pro terapeutické účely, která se pravidelně setkává za účelem vzájemné pomoci a dosažení pozitivní změny v problémech jednotlivých členů. Podstatou této formy terapie je využití skupinové dynamiky, která zahrnuje všechny sociální procesy a interakce s jejich emočními, verbálními i neverbálními jevy. Využití skupinové terapie při léčbě dětských poruch je většinou velmi efektivní, protože spolubytí v kolektivu je zvláště dětem školního věku potřebné. Skupina představuje pro dítě přirozenější prostředí než pro dospělého. Děti také na rozdíl od dospělých ve skupině snáze a bezprostředněji vyjadřují svoje pocity, dávají je najevo více svým chováním než slovy a jsou schopny bez větších zábran projevit i negativní emoce a postoje. Při řešení mnohých dětských poruch je proto skupinová terapie nezastupitelná. Skupinová terapie je vhodná zvláště tehdy, když má dítě problém v sociálních vztazích, protože skupinová interakce umožňuje terapeutovi zjistit nedostatky v této oblasti a usnadňuje dítěti osvojit si nové dovednosti v mezilidských vztazích. Psychosociální faktory hrají u většiny dětských poruch zásadní roli, proto i jejich náprava nastává snáze v sociálním prostředí. U mladších školních dětí se nejprve uplatňuje hrová skupinová psychoterapie, která může být vystřídána činností terapií,

⁸² S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 266

⁸³ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 229-243

Š. Gjuríčová, J. Kubička: *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*, str. 11-45

s narůstající schopností komunikace, porozumění a vyjadřování názorů a pocitů ve starším školním věku může být použita skupinová terapie rozhovorová a komunikačně-emoční.

Skupinová psychoterapie pomáhá dětským pacientům především při zpracování a vyjadřování emocí. Základem terapie je přijetí vyjadřovaných pocitů členy skupiny, jejich akceptace a zpětná reflexe, konfrontace citů se sebou samým a mezi členy skupiny navzájem, následně lepší porozumění sobě i druhým a z toho plynoucí změna v chování. Terapeut během hry, činností nebo rozhovoru napomáhá vyjadřování pocitů, podporuje komunikaci a sociální interakci, jeho intervence však zůstávají v pozadí, léčebný proces je nesen vztahy mezi členy skupiny navzájem. Rozvíjení skupinové dynamiky napomáhá vytváření léčivých vztahů mezi všemi zúčastněnými.

Skupinová terapie umožňuje během léčby:

- rozvoj komunikačních schopností dítěte
- vyjadřování vlastních myšlenek a názorů
- sdělování citových prožitků
- zprostředkovává emoční uvolnění
- bližší porozumění vlastním rodinným vztahům a jejich pozitivní vytváření
- konfrontace vlastních citů s emocemi druhých
- schopnost přijímat odpovědnost za sebe a své chování
- rozvoj sociálních dovedností
- možnost vyzkoušení nových způsobů chování v bezpečné a důvěrné atmosféře
- získávání informací a rad
- vzniká pocit sounáležitosti mezi dětmi, přinášející uspokojení

Aby byla léčba v terapeutické skupině účinná, musí být skupina dětí vhodně sestavena. Účelné je zařadit do jedné skupiny ty děti, které jsou si blízké věkem, mají podobné problémy, případně přichází z podobně problematických rodin apod. S nástupem puberty se jeví vhodnější vytvářet skupiny podle pohlaví. Počet dětí ve skupině narůstá s věkem. Ve školním věku se doporučuje od pěti do osmi členů ve skupině.

Činnost takové skupiny může být v podstatě dvojí: buď se jedná o skupinu, která pracuje v ambulantních podmínkách a schází se jednou za určený čas a to pouze za účelem psychoterapeutické léčby, nebo jde o skupinu vytvořenou v léčebném pobytovém zařízení, kde se děti setkávají denně v průběhu každodenního společného života.⁸⁴

Dětská skupinová terapie užívá formy a prostředky léčby, o kterých se již zmiňuje 1. kapitola.

⁸⁴ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 247-456
S. Kratochvíl: *Základy psychoterapie*, str. 227-232

Hra

Hra představuje nejpřirozenější činnost dítěte, které právě pomocí hry vstupuje do interakce s okolním světem. Uspokojuje touhu dítěte po činnosti a přináší mu radost. Umožňuje kompenzovat nepříjemné zážitky, přináší fantazijní uspokojení, usnadňuje poznávání světa. Proto hrová terapie vytváří účinné prostředí ke spontánním projevům pacienta a k následné léčbě. Děti během hry bezprostředně vyjadřují své city a sdělují je druhým dětem ve skupině. Nejmladší (předškolní) děti si ještě hrají pouze vedle sebe. Kolem 5. roku však již dokáží rozvinout společnou hru, rozdělit si role, domluvit se na pravidlech. Ve skupinové hře se odкрývají interakční vzorce chování, které děti převzaly ve svém domácím prostředí a které mohou odkrýt patologické způsoby interakce dané rodiny. Důležitým předpokladem účinného průběhu terapie je vhodně zařízená herna, vybavená různými věcmi a hračkami podněcujícími k sebevyjádření.

Činnostní skupinová terapie

Děti od osmého roku začínají dávat před hrou přednost oblíbeným smysluplným činnostem. Činnostní psychoterapie představuje neverbální, situační terapii. Během léčby je možné využít práci se dřevem, kovem, kůží, plastickými materiály, modelování, kreslení a malování, sestavování různých modelů, vyšívání, vaření, společenské hry apod. Jejich využití opět závisí na dobře vybavené herně či dílně. Práce vyžaduje zkušeného terapeuta a jeho větší aktivitu. Činnostní terapie pomáhá léčit kromě emočních problémů také poruchy chování a problémy s přizpůsobováním.

Rozhovorová skupinová terapie

V období staršího školního věku narůstá význam verbální a neverbální komunikace. Hra a cílené činnosti jsou vystřídány rozhovorem. Terapeut plánuje a řídí strukturovaný skupinový proces, v jehož průběhu má dětem napomáhat k vyjadřování, nemá se však stát jeho brzdou. Spíše se snaží rozhovor nenápadně usměřňovat, někdy také používá aktivní intervence – zadání otázky, úkolu, reflektuje nebo interpretuje sdělení dětí.⁸⁵

4.4 Léčebné společenství

Tato forma psychoterapie probíhá v léčebném zařízení, kde se pracuje s většími skupinami dětských pacientů. Léčebné společenství je charakteristické svým přesahem do reality. Výhodou zde totiž je, že děti mohou uplatňovat získané dovednosti během života, činností a vztahů všedního dne, osvojovat si je a procvičovat v běžných situacích, při dalších

⁸⁵ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 257-270

terapeutických setkáních je mohou ve skupině hlouběji propracovávat. Tento způsob terapie bývá označován jako socioterapie. V jeho rámci může probíhat individuální, skupinová i rodinná terapie, herní, činnostní i rozhovorová terapie, hypnosugestivní a relaxační terapie atd. Léčebném zařízení stanoví denní řád, kde probíhá v přesně vymezených hodinách cílená terapie, v ostatní době, tj. při veškeré jiné činnosti (jídlo, vycházky, sportovní činnosti, společné večery, hry, příprava na školu...), probíhá socioterapie. Terapeut tráví čas s dětmi v zařízení během celého dne. Na pomezí socioterapie a psychoterapie se pak nachází metody strukturovaných aktivit jako je dramaterapie, arteterapie, cílené činnosti, kondiční tělocvik, rehabilitace... Život v léčebném zařízení vrcholí akcemi jako jsou společné výlety, slavnosti, kulturní akce.⁸⁶

⁸⁶ J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : *Dětská psychoterapie*, str. 283-284

Použitá literatura

- ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. 1. vydání. Praha: Grada 2002. ISBN 80-247-0182-0
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. 1. vydání. Praha: Grada 2003. ISBN 80-247-0415-3
- HAYES, N. *Aplikovaná psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-807-4
- HELLINGER, B. *Rodinné konstelace Imperativy lásky*. 7. vydání. Praha: TRITON Praha/Kroměříž 2007. ISBN 978-80-7254-848-4
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vydání. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-657-8
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-381-1
- LANGMEIER, J., KREJČIŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-195-X
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: vydal MANAGMENT PRESS, Profit, a.s. 1993. ISBN 80-85603-34-9
- NOVÁK, S. *Disharmonický člověk a jeho výchova*. Praha: Řád 1992
- POTHE, P. *Emoční poruchy v dětství a dospívání. Psychoanalytický přístup*. 1. vydání. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2131-6
- PETROVSKIJ, A. V. *Vývojová a pedagogická psychologie*. 1. vydání. Praha: SPN 1977.
- PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. 3. vydání. Praha:Portál 2000. ISBN 80-7178-407-9
- RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. 1. vydání. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-370-6
- SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál 2007. ISBN 987-80-7367-303-1
- SMÉKAL, V., MACEK, P. *Utváření a vývoj osobnosti*. 1. vydání. Brno: nakl.Barrister Principál 2002. ISBN 80-85947-83-8
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-308-0
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003