

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2011–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jarmila Rohelová

**Psychické poruchy u dětí a využívání psychoterapie při
jejich zvládnání**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: MUDr.Hellerová Pavla

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2011-2015

BACHELOR THESIS

Jarmila Rohelova

**Mental disorders in children and the use of
psychotherapy in coping**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor: MUDr.Hellerová Pavla

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autora

Poděkování

Chtěla bych poděkovat za vedení mé bakalářské práce a odbornou pomoc při vypracování MUDr. Pavle Hellerové za její odborné konzultace a ochotu při vypracování, dále i všem respondentům, kteří mi byli nápomocni při mé bakalářské práci.

Anotace

Práce je věnována k využití jak kognitivně-behaviorálních terapií, tak terapií souvisejících se systemickými konstelacemi.

Výběr tématu je dán tím, že obě terapie nejsou plnou měrou přijímány jako nevhodnější terapeutické přístupy při práci s dětmi s psychickými poruchami. U kognitivně-behaviorálních terapií nejsou u dětí obecně přijímány tyto terapie proto, neboť obecně je náhled na ně takový, že jejich smysl, spočívá v podstatě ve schopnosti klienta zapojit se do terapeutického procesu, zapojit logiku, přehodnocovat, uplatnit v jistém slova smyslu analytické schopnosti.

U systemických konstelací, které pramení ze systemické psychoterapie, je obecně známo, že tato terapie není obecně přijímána jako „plnohodnotná“ terapeutická metoda a je spíše považována za metodu alternativní, se kterou pracují spíše alternativní terapeuti, ačkoliv se dostala a dostává stále mezi využívané formy terapie psychologů a psychiatrů.

Klíčová slova

Autismus, edukace žáků, metody, poruchy chování, terapie,

Annotation

The work is devoted to the use of both cognitive-behavioral therapy, and therapy associated with systemic constellations, Topic selection is due to the fact that both therapies are full extent accepted as the most appropriate therapeutic approaches for working with children with mental disorders. In cognitive-behavioral therapy in children are not generally accepted therapies because it generally is a preview of them such that their washed, consists essentially in the ability client to engage in the therapeutic process, involve logic, reevaluate, exercise In a certain sense analytical skills. For systemic constellations, which stems from systemic psychotherapy is generally known that this therapy is not generally accepted as a "full-fledged" therapeutic method and is rather considered as an alternative method with which they work rather alternative therapists, though leaked and still getting used therapies among psychologists and psychiatrists.

Keywords

Autism, education of pupils, methods, behavior disorders, therapy,

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE	10
1.1 Poruchy psychického vývoje dítěte	12
1.1.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka	12
1.1.2 Vývojové poruchy školních dovedností	14
1.1.2.1 Dyslexie, dysgrafie a ostatní poruchy školních dovedností	16
1.1.3 Vrozené poruchy psychického vývoje dítěte	17
1.1.3.1 Dětský autismus	18
1.1.3.2 Ostatní poruchy psychického vývoje dítěte	18
1.1.4 Poruchy chování a emocí	19
1.1.4.1 Hyperkinetické poruchy	20
1.1.4.2 Ostatní poruchy chování	21
2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S PORUCHAMI PSYCHICKÉHO VÝVOJE	22
2.1 Legislativa týkající se problematiky vzdělávání dětí s poruchami psychického vývoje	22
2.2 Individuální vzdělávací plán	24
3 PSYCHOTERAPIE	25
3.1 Psychodynamické terapie	27
3.2 Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie	28
3.3 Rodinná terapie a terapeutická práce se systémy	29
3.4 Kognitivně- behaviorální terapie	30
3.5 Systemické konstelace	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 METODA VÝZKUMU	34
4.1 Metody vyhodnocování	35
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	36
5.1 Využití kognitivně behaviorálních terapií	36
5.1.1 Rozhovor s psychologkou - terapeutkou	36
5.1.1.1 Nápravný model	39
5.1.1.2 Reformativní model	39
5.1.1.3 Prožitkový model	40
5.1.2 Dílčí závěr 1	41
5.2 Vedení dotazníkového šetření s pěstounskými rodinami	42
5.2.1 První dítě	44
5.2.2 Druhé dítě	45
5.2.3 Třetí dítě	47

5.2.4 Čtvrté dítě.....	48
5.2.5 Páté dítě.....	49
5.2.6 Šesté dítě.....	51
5.2.7 Dílčí závěr 2.....	52
5.3 Zjištění.....	53
5.3.1 Dílčí závěr 3.....	55
6 ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	57
SEZNAM ZKRATEK.....	62
SEZNAM GRAFŮ.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Autorka si v bakalářské práci dala za cíl zjistit, zda lze, popř. s jakými úspěchy, využít u dětí s psychickými poruchami kognitivně-behaviorálních terapií. Současně s tím také zjišťovala, zda lze v případě psychických poruch užít také alternativní metody, která má původ v systemické psychoterapii, a to metody systemických nebo také jinak řečeno rodinných konstelací.

Autorka si tedy pro zkoumání zvolila jednu relevantní psychoterapeutickou metodu a jednu metodu alternativní.

Výzkum byl prováděn ve sdružení, které se zabývá sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi, zejména pro rodiny pěstounů. Jako vzorek bylo vzato 6 rodin, které mají v pěstounské péči nejméně jedno dítě, u kterého byly diagnostikovány psychické poruchy, a jimž byly nabídnuty a také současně využity kognitivně-behaviorální terapie a současně také terapie Berta Hellingera, tedy systemické konstelace.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou psychických vývojových poruch, vzdělávání a legislativními otázkami. Praktická část je věnována provedení zkoumání užití terapie při rozhovoru s psycholožkou, která se tématem zabývá. Bylo provedeno dotazníkové šetření u pěstounů, kdy bylo zjišťováno uplatnění a úspěšnost kognitivně - behaviorálních terapií a také systemických konstelací.

Jednotlivé dílčí závěry byly pak shrnuty do závěru práce.

Veškeré zdroje, ze kterých bylo čerpáno, jsou uvedeny v obsahu použité literatury a zdrojů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

Dle Vágnerové je možné „duševní vývoj charakterizovat jako proces vzniku, postupných změn a rozvoje psychických procesů, vlastností i integrace celé osobnosti. Jeho základem jsou vrozené dispozice, které se rozvíjejí pod vlivem prostředí.¹

Psychický vývoj zahrnuje tři oblasti:

- 1) **Biosociální vývoj** – jde o tělesný vývoj a všechny jeho proměny s ním spojené, dále zde řadíme i faktory, které jej ovlivňují.
- 2) **Kognitivní vývoj** – jde o všechny psychické procesy, které se spolupodílejí na lidském poznávání. Kompetence, které člověku slouží při příjmu a zpracování informací, při učení, myšlení, rozhodování. Kognitivní vývoj ovlivňují různé faktory, vlivy prostředí i vrozené dispozice, způsob výchovy a vzdělávání.
- 3) **Psychosociální vývoj** – jde o proměny způsobu prožívání, osobnostní a sociální charakteristiky, role, mezilidské vztahy, sociální pozice. Je ovlivněn vnějšími faktory, bývá označován jako proces socializace. Je zde důležité působení rodiny, ale i dalších sociálních skupin, jako jsou vrstevnické skupiny, dále instituce, jako například škola a vrstvy, do nichž jedinec patří.²

Dítě prodělává během svého vývoje několik fází, které lze rozdělit do následujících etap: batolecí, předškolní věk, školní věk a puberta. V batolecím věku dítě získává informace prostřednictvím pozorování chování lidí a díky verbální komunikaci. Napodobuje chování okolních lidí a tímto chováním si osvojuje některé zkušenosti. Při verbální komunikaci s ním se běžně používá vysvětlení, aby dítě lépe pochopilo význam řečeného.

1 VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4. s. 5.

2 VÁGNEROVÁ, Marie. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4. s. 11.

V tomto věku by si dítě mělo osvojit základní normy chování, mělo by chápat, proč je káráno dospělými a za svůj prohřešek by se mělo stydět.³

V předškolním věku se dítě řídí podle norem chování, i když jej nikdo z autorit nepozoruje. Tyto normy se dítě učí převážně ve své rodině, která má větší emocionální váhu než ostatní jiná prostředí a proto má také takový vliv při výchově dítěte. Dítě přejímá nekriticky názory rodičů a jejich hodnocení, protože se chce někomu podobat a rodiče jsou tak vzorem pro sociální učení. Děti, které mají citovou podporu rodičů, jsou sebejistější a více motivované k činnostem.⁴

V období školního věku děti tráví ve škole značnou část svého života. Období školního věku trvá od nástupu do školy, což je přibližně v šesti až sedmi letech dítěte, do jedenácti až dvanácti let, což je doba, kdy dítě přechází na druhý stupeň základní školy a postupně vstupuje do puberty. Toto období lze dělit ještě do fází raný školní věk (1. až 2. třída), střední školní věk (3. až 5. třída) a starší školní věk (2. stupeň základní školy).

Raný školní věk pro dítě znamená změnu životní situace a přizpůsobení se na školu.

V další fázi a to jest v období středního školního věku, se vlivem rodičů a vrstevníků, dotváří sexuální identifikace, což znamená rozvoj mužské a ženské role; a také první projevy rodičovského chování. Také si děti začnou v tomto období uvědomovat svoji identitu. Navazující období starší školní věk (puberta) je přechodné, ale bývá dramatické. V této fázi se ukáží velké rozdíly mezi dětmi, neboť každé jinak dospívá. Děti tohoto věku jsou už chápavější a neprosazují za každou cenu svůj názor nebo přání. Uvažují více o jiných lidech a mají snahu pochopit a přijímat to, co dělají nebo naopak nedělají druzí lidé.⁵

Puberta (přibližně mezi jedenáctým až patnáctým rokem života) je první část období dospívání, což je přechodná doba mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období nejčastěji dítě zažívá nejvýraznější změny ve svém životě a mění se všechny jeho složky osobnosti. Puberta je významným biologickým i sociálním mezníkem, kdy dítě je postupně méně závislé na své rodině, aby samo mohlo dosáhnout vyššího stupně vývoje.

3 VÁGNEROVÁ, Marie. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4. s. 8.

4 VÁGNEROVÁ, Marie. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4. s. 107-114.

5 VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4. s. 163-226.- MATĚJČEK, Zdeněk. Co děti nejvíc potřebují. 2. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-058-8. s. 57-59.

V období puberty si dítě také více uvědomuje svět, jeho realitu a nebezpečí, tedy se zvyšují jeho pocity nejistoty. V důsledku toho bývá úzkostlivé a náladové⁶. Dítě, se tedy během období od batolete do patnácti let neustále po psychické stránce vyvíjí. Normální vývoj dítěte může být, ale z mnoha příčin narušen. Tyto poruchy jsou v navazující kapitole stručně popsány z hlediska MKN.

1.1 Poruchy psychického vývoje dítěte

Mezi poruchy psychického vývoje se řadí: a) specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, b) vývojové poruchy školních dovedností, c) vrozené poruchy psychického vývoje dítěte a nakonec; d) poruchy chování a emocí. Tato kapitola se zabývá poruchami psychického vývoje dětí z hlediska MKN.

1.1.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

Specificky narušený vývoj řeči neboli vývojová dysfázie je narušená komunikační schopnost, která má rozmanitou symptomatologii a etiologii. Řadí se k vývojovým poruchám zasahující celou osobnost dítěte.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), uvádí „specifické vývojové poruchy řeči a jazyka“ (F-80-F89), které jsou kategorizovány do poruch psychického vývoje.

Tyto poruchy jsou děleny následovně:

F80.0	Specifická porucha artikulace řeči
F80.1	Expresivní porucha řeči
F80.2	Receptivní poruchy řeči
F80.3	Získaná afázie s epilepsií /Landau-Kleffnerův syndrom)
F80.8	Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka
F80.9	Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná ⁷

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4. s. 239.

⁷ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

Vývojová dysfázie je „specificky narušený vývoj jazyka (řeči), projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj jazyka (řeči) jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření.⁸

Z foniatrického hlediska je Lejskou (2003) vývojová dysfázie definována jako „porucha centrálního zpracování řečového signálu. Postižený řeč slyší, ale nedostatečně a nepřesně rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči.⁹

Obecně jsou specifické poruchy řeči definovány jako závažná porucha expresivní a/nebo receptivní stránky jazyka s výkonem v normě v jiných oblastech a dovednostech, zejména v neverbální inteligenci.¹⁰

Jsou to tedy poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování.¹¹

V literatuře se ale od dělení vývojové dysfázie na typ receptivní a expresivní pomalu ustupuje, z důvodu častého výskytu smíšeného typu dysfázie.¹²

8 DVORÁK, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia Clinica, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7. s. 53.

9 LEJSKA, M. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7. s. 101.

10 LOVE, J. R. a W.G. WEBB. Mozek a řeč. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

11 BOUČEK, J. Speciální psychiatrie. Olomouc: TISKSERVIS, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

12 CONTI-RAMSDEN, G. a K. DURKIN. Language development and assessment in the preschool period. *Neuropsychology review*. 2012, 4, 384-401. ISSN 1040-7308.

1.1.2 Vývojové poruchy školních dovedností

Termínem specifické poruchy učení se označuje stav, kdy dítě není schopné naučit se číst, psát a počítat při využívání klasických výukových prostředků či metod. Současně musí být splněna podmínka, že dítě má dostatečnou inteligenci, aby si mohlo základy čtení, psaní a počítání plně osvojit a žije ve stimulujičím sociálně kulturním prostředí, které mu také umožňuje osvojení základů.¹³

Matějček uvádí, že specifické poruchy učení se mohou objevovat jako samostatné diagnózy, ale také mohou být přítomny spolu s dalším postižením. Například se mohou objevit u osob s mentálním postižením, smyslovým postižením (zrakovým či sluchovým), tělesným či s jakýmkoli jiným typem postižení. Poruchy školních dovedností ale mají svoji vlastní specifickou příčinu, která nespočívá v postiženích výše uvedených.¹⁴

Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 určuje, že specifické poruchy učení patří pod kategorii Poruchy duševní a poruchy chování a v této kategorii se přiřazují konkrétně k poruchám psychického vývoje.

13 JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. Dysgrafie. 2., rozš. vyd. Praha: D + H, 2009. ISBN 978-80-903869-9-0.

14 MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

Tyto poruchy se dále dělí následovně:

F 80. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F 81. Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F 81. 0. Specifická porucha čtení

F 81. 1. Specifická porucha psaní

F 81. 2. Specifická porucha počítání

F 81. 3. Smíšená porucha školních dovedností

F 81. 8. Jiné vývojové poruchy školních dovedností

F 81. 9. Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná

F 82. Specifická vývojová porucha motorické funkce

F 83. Smíšené specifické vývojové poruchy

F 84. Pervazivní vývojové poruchy

F 88. Jiné poruchy psychického vývoje

F 89. Neurčená poruchy psychického vývoje¹⁵

¹⁵ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

Tolik medicínský problém. Z hlediska výzkumu této problematiky existuje několik teorií, které se zabývají příčinami specifických poruch učení. Jsou jimi: a) biologicko-medicínská, b) kognitivní a za c) behaviorální.

Biologicko-medicínská teorie je shrnující název pro teorie, které tento typ poruch u dětí vysvětlují genetickou výbavou. Dnes již existují nezvratné důkazy toho, že na specifické poruchy učení, mezi ně patří například dyslexie, má vliv genetická výbava jedince, která je například podpořena vlivem prostředí. Jiná teorie poukazuje na základě provedených výzkumů Norman Geschwinda či M. Galaburda na to, že zvýšená hladina testosteronu může být jednou z příčin vzniku specifických poruch učení.

Kognitivní teorie se týká poznávacích procesů a výzkumy v této oblasti jsou věnovány především deficitům v oblastech fonologie, viz u oblasti řeči a jazyka, procesu automatizace, oblasti paměti a deficitů v časovém uspořádání ovlivňující rychlost kognitivních procesů či případně jejich kombinaci. Na rozhraní obou metod je stavěna cerebelární teorie Nicolsona a Fawcettové, kteří se domnívají, že potíže způsobené deficitem závisí na části poškozeného mozečku.

Poslední teorií je behaviorální teorii, která se zabývá rozborem procesu čtení, procesu psaní a chování při čtení, psaní a při běžných denních činnostech.¹⁶

1.1.2.1 Dyslexie, dysgrafie a ostatní poruchy školních dovedností

Mezi vývojové poruchy školních dovedností jsou řazeny následující typy vad: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmuzii, dyspinxie a dyspraxie.

Dle Matějčka může být dyslexií postiženo každé dítě, které úroveň svých intelektových schopností je schopno školního vzdělávání. Zmiňuje konkrétně děti s mentální retardací či děti, které byly zanedbávány svou rodinou nebo trpí kulturní deprivací. Dále však zahrnuje i děti s vadami zraku, sluchu či hybnosti, pokud však tyto poruchy přímo neznemožňují schopnost číst.¹⁷ Také Matějček ji jako první u nás definoval a to roku 1960 společně s J. Langmeierem, kdy uvedl, že: „Vývojová dyslexie je specifický defekt čtení, podmíněný nedostatkem některých primárních schopností, jež skládají komplexní schopnost pro učení za dané výukové metody.

¹⁶ ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-141.

¹⁷ MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie: specifické poruchy čtení. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-854-6756-9.

Objevuje se u dětí obvykle od samých počátků výuky a působí, že úroveň čtení je trvale v nápadném rozporu se zjištěnou úrovní intelektových schopností dítěte.¹⁸ Jako dysgrafii označujeme specifickou poruchu psaní. Dítě má obtíže s napodobením tvarů písmen, nedokáže je správně řadit. Jeho písmo je neuspořádané, těžkopádné a neobratné. Při pohledu na písmo dysgrafického dítěte zjistíme, že dítě není schopno udržet správnou výšku písmen, písemný projev je pomalý, dítě musí vyvinout zvýšené úsilí.¹⁹

Matějček definoval dysgrafika následovně: „Dysgrafik se nenaučil psát, ačkoliv netrpí žádnou smyslovou vadou ani žádnou závažnou poruchou pohybovou a ačkoliv nemá žádné závažné nedostatky v oblasti inteligence ani v oblasti citových vztahů.“²⁰ Diagnostika a posouzení psaní používá k diagnostice tři vzorů písma. Prvním vzorem je volná kompozice na dané téma, kdy je určen časový limit a zkoušené dítě tedy píše v časovém stresu. U zbylých dvou částí, kterými jsou diktát a přepis tištěného textu, je měřen čas potřebný na vypracování těchto úkolů. Testující během psaní hodnotí držení psacího náčiní a polohu těla dítěte a následně posuzuje naměřené hodnoty a hodnotí čitelnost písma. Tuto metodu je možné doplnit testem kreslení nebo zrakového vnímání.²¹ Ostatní poruchy zde pro omezený rozsah práce uvádět nebudeme.

1.1.3 Vrozené poruchy psychického vývoje dítěte

Do kategorie pervazivních vývojových poruch zařadila desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí poruchy: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojové poruchy nespecifikované.²²

18 MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie: specifické poruchy čtení. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-854-6756-9. s. 21.

19 FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3870-140.

20 MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. s. 75.

21 SELIKOWITZ, Mark. Dyslexie a jiné poruchy učení: co to jsou specifické poruchy učení a jak se diagnostikují, o poruchách koordinace a o nemotornosti, sociální a emocionální vývoj dítěte, jak mohou svým dětem pomoci rodiče, a jak to bývá v dospělosti. Praha: Grada, 2000, 136 s. ISBN 80-716-9773-7. s.74.

22 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

1.1.3.1 Dětský autismus

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá, a tedy se i chová jinak.²³

Je známý také jako klasický, časný nebo Kannerův autismus. Projevuje se ve všech oblastech tzv. triády (tedy problémy v oblasti sociální interakce, komunikace a imaginace). Symptomatika se u každého jedince projevuje velice různorodě, a to od malého množství symptomů (mírná forma poruchy) po velké množství symptomů (těžká forma poruchy).²⁴ Vývoj dítěte je vždy zasažen v několika důležitých oblastech. Při těžké formě autismu má dítě problém s vyjadřováním, stereotypními projevy, těžkými poruchami chování a mentálním postižením. Mírné formy autismu se pojí spíše s nerovnoměrným vývojem psychomotorických dovedností, s narušenou komunikační dovedností, lehkým mentálním postižením a poruchou pozornosti. Dětský autismus velmi často doprovází mentální postižení.²⁵

Klíčové je ale odlišit, zda se nejedná spíše o mentální postižení s přidruženou poruchou chování nebo emocí než o autismus jako takový.²⁶

1.1.3.2 Ostatní poruchy psychického vývoje dítěte

Mezi ně lze řadit atypický autismus, Rettův syndrom, hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom či jiné dezintegrační poruchy v dětství. Z nich je nejvýznamnější Aspergerův syndrom, který si přiblížíme více.

Děti s Aspergerovým syndromem mívají obdobné problémy jako děti s autismem. Intelektivně jsou dobře vybavené, některé jsou i výrazně nadané.

23 THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7. s. 58.

24 THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci. Vyd. 2. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, 2008. ISBN 978-80-254-6339-0.

25 ČADILOVÁ, Věra, Hynek JÚN a Kateřina THOROVÁ a kol. Agrese u lidí s mentálním postižením a autismem. Praha: Portál, 2007.

26 HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. Dětský autismus :přehled současných poznatků.. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

V pěti letech odpovídá slovní zásoba a schopnost vyjadřování věku. Nicméně řeč některých dětí je příliš formální a připomíná mluvu dospělých. Také mívají problémy v chápání sociálních situací, obtížně se vžívají do myšlení a pocitů druhých lidí. V komunikaci jsou jednostranně zaměřené, mají potíže chápat humor, ironii, metafory, nadsázku. Do kolektivu vrstevníků se zapojují kvůli tomu s obtížemi. Často bývají velmi neobratné, mívají potíže s psaním a tělocvikem.

Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem je velmi obtížná, frekventovaně se vyskytují vývojové poruchy chování, hyperaktivita, poruchy pozornosti a nedostatečná kontrola emocí. V dospívání mohou trpět depresemi, mají sklony k podceňování se.²⁷

1.1.4 Poruchy chování a emocí

Poruchy chování můžeme vymezit jako určité vzorce chování, které jsou z hlediska uznávané sociokulturní normy nežádoucí, nechtěné nebo nepřijatelné. Z vývojového hlediska lze tyto poruchy definovat jako „odchytky v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.“²⁸

Mezinárodní klasifikace nemocí mezi ně řadí hyperkinetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy emocí a chování, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání, tiky a jiné poruchy.²⁹

27 Aspergerův syndrom. APLA [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z <http://www.praha.apla.cz/aspergeruv-syndrom-2.html>

28 VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. s. 779.

29 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

1.1.4.1 Hyperkinetické poruchy

Hyperkinetická porucha je typickou neurologickou vývojovou poruchou, která se může projevovat již v útlém dětství, nejčastěji ve školním věku s tím, že až u 75 % dětí se porucha vyskytuje i v adolescenci a v 50 % přetrvává až do dospělosti. Často ji doprovázejí další psychiatrické komorbidity.³⁰

Lze ji definovat následovně: „ADHD je vývojová porucha, která je charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.³¹ ADHD se projevuje třemi hlavními příznaky. Jsou to hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti. Hyperaktivita, která je u dětí s ADHD velmi výrazná, se projevuje nadměrnými motorickými aktivitami, které jsou mnohdy zcela bezúčelné a přesahují míru přijatelnou pro daný věk dítěte.³²

S hyperaktivitou je úzce spjata impulzivita. Což je neschopnost ovládnout své reakce na podněty nebo události, které nesouvisejí s činností právě prováděnou.³³ Posledním základním projevem je porucha pozornosti, která způsobuje, že ve škole selhávají i žáci s průměrnou i nadprůměrnou intelektovou vybaveností. Žák se snadněji unaví a má nižší toleranci zátěže. Není schopen se soustředit na daný úkol a naopak je přecitlivělý na rušivé vlivy okolí.³⁴

30 MALÁ, E. ADHD – hyperkinetické poruchy [online]. 2005 [cit. 2014-08-01]. Dostupné z <http://www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm>.

31 Citováno dle ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Vyd. 10. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7. s. 196.

32 MICHALOVÁ, Zdeňka. Sonda do problematiky specifických poruch chování. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 978-80-7311-075-8. s. 48.

33 MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8625-X. s. 22.

34 VAŠUTOVÁ, Maria. Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2008. ISBN 978-807-3685-256. s. 50.

Do všeobecných rysů chování dětí s ADHD, které jsou spojené s výše uvedenými projevy, dále patří chyby z nepozornosti, obtížný návrat k činnosti po vyrušení, vyhýbání se a odmítání domácích úkolů, vysoké riziko nehod a úrazů, nepořádnost, problémy při tvoření odpovědí, nedokončování činností, nepostupování podle pokynů, samomluva, pomalé zklidňování po hře, nedočkavost, vykřikování, skákání do řeči a menší odolnost vůči kritice.³⁵

Kromě těchto tří projevů se u dětí s ADHD objevují i přidružené poruchy, které velmi blízce s ADHD souvisejí. Lze mezi ně řadit poruchy motorické a senzomotorické koordinace, dále sem patří i poruchy percepčních funkcí, kognitivních funkcí a defekty v oblasti myšlení a řeči. Avšak nejvýraznější problematickou oblastí jsou emoce, poruchy chování a psychické poruchy.³⁶

1.1.4.2 Ostatní poruchy chování

Mezi ně patří smíšené poruchy emocí a chování, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání, tiky a jiné poruchy. Pro omezený rozsah práce je pouze stručně uvedeme. Do kategorie smíšené poruchy emocí a chování spadají deprese (neboli depresivní porucha chování) a kombinované poruchy, které se prezentují trvalými a výraznými emočními symptomy.

Další kategorie emočních poruch s počátkem v dětství zahrnuje neurotické poruchy jako separační úzkostná porucha, fobická anxiózní porucha, sociální anxiózní porucha či poruchy sourozenecké rivality atp. Do kolonky sociálních poruch lze řadit elektivní mutismus, reaktivní poruchu příchyllosti dětí či poruchu desinhibovaných vztahů. Mezi tiky lze řadit i projevy Tourettova syndromu či jiné opakované nerytmické motorické poruchy. V poslední kategorii „jiné“ poruchy se vyskytuje nežádoucí vyměšování, stereotypní pohyby či problémy s řečí (kocktavost atp.).³⁷

35 GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou : příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2626-304. s. 29-31.

36 JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4726-977. s. 22.

37 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S PORUCHAMI PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v dnešní době může v České republice probíhat několika cestami. Může být zcela oddělená, ve specializovaných třídách, částečně integrovaná s podporou speciálně pedagogické terapie nebo ve formě úplné integrace v běžné třídě.³⁸ Vychází se přitom z legislativy, která je věnována dané problematice či se týká v některém z paragrafů.

2.1 Legislativa týkající se problematiky vzdělávání dětí s poruchami psychického vývoje

Legislativa v této oblasti vychází z mezinárodní konvence Úmluvy o právech dítěte (1999), kde ve článku 29 stojí: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se shodují, že výchova dítěte má směřovat k rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a rozumových i fyzických schopností v co nejširším objemu.“³⁹ V roce 1999 byla výstupem zasedání vlády České republiky Bílá kniha (2001) čili Národní program rozvoje v České republice. V tomto dokumentu jsou popsány východiska, cíle a rozvojové programy pro růst vzdělávacího systému.⁴⁰

Již ve vyhlášce č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání (novelizace vyhláškou č. 3/2006 Sb.), je zmínka o dětech se speciálními vzdělávacími potřebami. Jde o § 1a odstavec 6: „Dětem se speciálními vzdělávacími potřebami je zabezpečena nezbytná speciální pedagogická podpora.“⁴¹

Stěžejním zákonem pro vzdělávání je Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

38 KOCUROVÁ, Marie. Integrace žáků se specifickou poruchou učení. Praha, 2001. ISBN 80-729-0060-9. s. 188. 39 Úmluva o právech dítěte a její charakteristika, mezinárodní ochrana práv dítěte a některé další dokumenty, rodina a základy rodinného práva. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1999. ISBN 80-718-2076-8.

40 ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha [online]. MŠMT ©2001 [cit. 2010-08-01]. Dostupné z: http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/bila-kniha/bila_kniha_2001_cz.pdf

41 ČESKO. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. In: Sbírka zákonů České republiky, 2005, roč. 2005, částka 4, s. 61-63. ISSN 1211-1244. Dostupný taky z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf

Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou podstatné následující paragrafy: § 2, § 16, § 18, § 19, § 26 a § 51.42 Přímo pro vzdělávání dětí s poruchami psychického vývoje je určena vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. A také novelizace ve formě vyhlášky č. 147/20011 Sb. Tato listina se skládá ze čtyř částí, kdy se speciálního vzdělávání týká druhá část:

Speciální vzdělávání – zásady a cíle speciálního vzdělávání, formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, školy při zdravotnických zařízeních, typy speciálních škol, individuální vzdělávací plán, asistent pedagoga, organizace speciálního vzdělávání, zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání, počty žáků, péče o bezpečnost a zdraví žáků⁴³

Se vzděláváním žáků s poruchou učení a chování souvisí také vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která byla novelizovaná vyhláškou 116/2011 Sb. Tato vyhláška upravuje obsah poskytovaných poradenských služeb, zařízení v nich mohou být tyto služby poskytovány a poradenské služby poskytované za úplatu.⁴⁴

Ve vyhlášce č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, najdeme v § 15 zásady a formy hodnocení žáků na vysvědčení.⁴⁵

Vzdělávání žáků se celkově odvíjí z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, ve kterém je brán ohled i na žáky s poruchami učení a chování.⁴⁶

42 ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2004, roč. 2008, částka 103, s. 4826-4904. ISSN 1211-1244. Dostupný taky z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf

43 ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2005, roč. 2005, částka 20, s. 503-508. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-73-2005-sb-1>

44 ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2005, roč. 2005, Částka 20, s. 490-502. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-72-2005-sb-1>

45 ČESKO. Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. In: Sbírka zákonů. Česká republika, 2005, roč. 2005, částka 11, s. 319-327. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-48-2005-sb-1>

2.2 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (dále IVP) vymezuje Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání – Školský zákon – § 18, kde je uvedeno: Ředitel školy může povolit žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami na doporučení školského poradenského zařízení na žádost žáka či jeho zákonného zástupce vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Vypracovává se na základě speciálně pedagogické diagnostiky. Jde o závazný dokument pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.⁴⁷ Sestavení IVP určuje Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. V § 6 této vyhlášky jsou stanovena pravidla, podle kterých se sestavení IVP řídí. Tato vyhláška také rozlišuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, a to individuální integraci, skupinovou integraci a speciální školy. Individuální integrací se rozumí vzdělávání na běžné škole, což je přednostně preferovanou formou vzdělávání, pokud to odpovídá potřebám a možnostem žáka a podmínkám a možnostem školy.⁴⁸ IVP je pracovní materiál, který slouží všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), vedením školy, pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně-pedagogického centra.⁴⁹

46 JERÁBEK, J. a kol. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf

47 ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2004, roč. 2008, částka 103, s. 4826-4904. ISSN 1211-1244. Dostupný taky z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf

48 ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2005, roč. 2005, částka 20, s. 503-508. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

49 ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

3 PSYCHOTERAPIE

V úvodu autorka zmínila myšlenku spočívající v tom, že psychoterapie je „společný podnik, ne-li společné dobrodružství dvou lidí, kteří jsou si cizí a zřejmě e vzájemně liší, jak se od sebe liší průměrné osobnosti v této kultuře.“ Pro účely mé práce je velmi důležité definovat samotný pojem terapie, respektive v tomto smyslu „psychoterapie“, protože je pro zkoumanou problematiku stěžejní. Psychoterapie je „léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování, sociálnímu začlenění a chování ve vztazích.⁵⁰

Jedno vypovídající vysvětlení souvisí s výkladem dvou řeckých slov, a to slova „psyché“, tedy jako „duše“ a slova „therapón“, a to jako „služebník či opatrovník“. K uvedenému lze dodat, že duše znamenala současně synonymum pohybu a života a také člověka jako takového.⁵¹ Pak lze tedy v uvedeném smyslu psychoterapii vnímat jako „provázením nitrem člověka“.

Je obecně známou skutečností, že psychoterapie je poměrně širokou oblastí s mnoha, v podstatě jasně odlišitelnými, přístupy. Pro přehlednost v této práci představím hlavní proudy přístupů, které jsou v současné době trendově v psychoterapii využívány.

50 VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.30

51 VYMÉTAL, Jan a Jan ROUBAL. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.s.13

Jedná se o⁵²:

1. proud psychoanalyticko-psychodynamický
2. proud humanisticko-prožitkový
3. proud kognitivně-behaviorální
4. proud zaměřený na rodiny a další systémy
5. interativní proud

Než přejdeme ke konkrétním terapeutickým přístupům, které jsou pro autorku v této práci stěžejní, je nutné stručně představit výše uvedené proudy, respektive přístupy, které se v psychoterapii užívají.

52 VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.80

3.1 Psychodynamické terapie

Psychodynamické terapie nabízejí klientům podporu a možnost mluvit o tom, o čem mluvit chtějí a následně dochází k interpretaci těchto témat.⁵³

Gebbard (2005) uvádí, že psychodynamická terapie musí být ušita na míru pacientovi, přičemž zformuloval sedm základních principů této terapie⁵⁴:

1. Psychodynamické teorie vychází z toho, že velká část psychického života je nevědomá
2. Dospělého jedince utváří zážitky z dětství
3. Pacientův přenos je primárním zdrojem porozumění
4. Zkoumá protipřenos – také díky jeho zkoumání se terapeut dobírají porozumění tomu, co pacient vyvolává v druhých
5. Zkoumá odpor vůči procesu
6. Zkoumá funkce symptomů, které jsou determinovány nevědomím
7. Pomáhá pacientovi dosáhnout prožitků autentičnosti a jedinečnosti

53 VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.81

54 VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.96-97

3.2 Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie

Je obecně známo, že tato terapie je nazývána také jako na rogersovská psychoterapie.

Teorie psychoterapie zaměřené na osobu vychází z několika základních předpokladů, kterými jsou⁵⁵:

1. Člověk je prožívající tvor, který se řídí vnitřním zakoušením reality, přičemž se
2. snaží udržovat a rozvíjet svoje bytí
3. Člověk má přirozenou tendenci rozvíjet svůj potenciál ke svému užitku i
4. k užitku společnosti, kdy v případě psychopatologie tento proces není naplněný
5. Dítě je přirozené a jeho jednání je založeno na vlastním prožívání a vlastním
6. vnitřním vztahovém rámci, opírajícím se zdravý organistický hodnotící proces

Ve středu pozornosti v rámci těchto teorií je empatický rozhovor, který terapeut nabízí, přičemž terapeut komunikuje v empatickém porozumění a v pozitivním přijímání, což klient vnímá a výběr témat pro rozhovor, je taktéž ponecháno na klientovi.

- Působení terapie má vést k uvědomění si aspektů prožívání u klienta, kdy přijímání terapeutem by mělo vést k přijímání na straně klienta.

⁵⁵ VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.149-151

3.3 Rodinná terapie a terapeutická práce se systémy

Jedená se o takovou formu terapie, v rámci jejíhož uplatnění je pozornost věnována nejen klientovi odděleně či izolovaně, ale celé rodině či celému systému a s tímto je v terapii také pracováno.

Rodina je považována za systém, který přesahuje tři generace a spočívá v kombinaci biologických, citových, právních, geografických a historických pout a končí smrtí jedince. Metody rodinné terapie tedy spočívají v předpokladu, že psychické problémy jedince jsou manifestací nějakého problematického dění v rodině či obdobného systému.

Může se jednat o chybnou komunikaci, nejasná pravidla, napjaté emoční klima, obtížné reakce na vývojové změny v rodině atd.⁵⁶

56 VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.s.235

3.4 Kognitivně - behaviorální terapie

Tato terapie souvisí s poznávacími procesy, přičemž v určitém slova smyslu lze říci, že psychické problémy mohou být způsobeny také na základě takových, v podstatě běžných procesů, jako je chybné učení, vyvozování nesprávných závěrů na podkladě neostatečných nebo nesprávných informací, nedostatečné nebo žádné rozlišování mezi představami a skutečností.

Dále může dojít také k nerealistickému myšlení, kdy je vycházeno z mylných představ, přičemž chování klienta může být poškozující, protože je založeno na iracionálních postojích.

Na základě této terapie lze zvládat psychické problémy⁵⁷:

- Zlepšením schopnosti rozlišovat
- Napravením mylného uvažování
- Zaujetím prospěšnějších postojů

Technika užívaná v terapii spočívá v tom, že terapeut inspiruje klienta k řešení svých problémů tak, jako napravuje své chyby a omyly nebo nesprávné úsudky v běžných situacích svého života.

Jednoduchým shrnutím je to, že terapeut vede klienta k tomu, aby určil své chyby v myšlení a aby došlo k realističtější formulaci jeho zkušeností. Tato terapie souvisí s výskytem a rozkrytím „automatických myšlenek“, které klienta významně ovlivňují.

3.5 Systemické konstelace

Představitelem je Bert Hellinger, systemický psychoterapeut, který je známý právě prací s rodinnými konstelacemi.

V rámci systemických konstelací vymezuje a řeší problémy. Systemické konstelace souvisí s rodinnými i jinými systémy, které ukazují, že každá rodině má ve svém žití něco jako „svědomí“, se kterým je možno vstoupit do kontaktu a mít tak možnost získat informace o tom, co narušuje či naopak podporuje harmonii vztahů, tedy vztahů hlubokých.

⁵⁷ BECK, Aaron T a Jan ROUBAL. Kognitivní terapie a emoční poruchy. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 250 s. Spektrum. ISBN 80-736-7032-1.s.24-25

Dle Hellingera je zřejmé a nepochybné, že v rodině a příbuzenstvu existují mezi jednotlivými osobami takové vazby a vzájemné vyrovnávání, kompenzace, která nestrpí vyloučení ani jednoho jediného člena rodiny.

Jinak totiž dochází k tomu, že vyloučení člena rodiny je těmi, kteří přijdou po něm přebírán, a tak dochází k pokračování vyloučení, samozřejmě nevědomky. Nespravedlnost však může být vyvážena láskou a úctou, aby se příslušný osud nemusel opakovat, což je v systemických konstelacích řešením.⁵⁸

⁵⁸ HELLINGER, Bert. Rodinné konstelace: imperativy lásky. Vyd. 1. Překlad Kateřina Amiourová. Praha: Triton, 2007, 388 s. Psyché (Triton), sv. 47. ISBN 978-807-2548-484.s.11-12

PRAKTICKÁ ČÁST

Jak je již uvedeno v úvodu práce, téma využití jak kognitivně-behaviorálních terapií, tak terapií souvisejících se systemickými konstelacemi, bylo vybráno proto, že obě terapie nejsou plnou měrou přijímány jako nejvhodnější terapeutické přístupy při práci s dětmi s psychickými poruchami.

U kognitivně-behaviorálních terapií je to z toho důvodu, že jsou považovány za takové, kdy, jejich smysl, spočívá v podstatě ve schopnosti klienta zapojit se do terapeutického procesu, zapojit logiku, přehodnocovat, uplatnit v jistém slova smyslu analytické schopnosti.

U systemických konstelací je obecně známo, že tato terapie není obecně přijímána jako „plnohodnotná“ terapeutická metoda a je spíše považována za metodu alternativní, se kterou pracují spíše alternativní terapeuti, ačkoliv se dostala a dostává stále mezi využívané formy terapie psychologů a psychiatrů.

Výzkum byl realizován ve sdružení, které se zabývá sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi, zejména pro rodiny pěstounů, kdy jako vzorek bylo vzato 6 rodin. Jako výběr tématu nabízelo zvolit užití rodinných terapií, protože to v jistém smyslu s adaptací v pěstounské péči souvisí a dá se předpokládat, že tato terapie se při práci s rodinami používá, nicméně užití kognitivně-behaviorálních terapií i systemické konstelace se zdály být pro provádění výzkumu mnohem zajímavější, neboť toto téma se jeví jako výzva pro zjištění nových skutečností.

Děti umístěné do pěstounské péče, jsou specifickou skupinou dětí. Specifičnost je dána tím, že nejen se mění samotné dítě, ale současně se mění také jeho okolí, zázemí, okolnosti, zvyky atd. Navíc dítě vstupuje do vztahů s pěstounskou rodinou, pro jejíž členy je situace také nová, i tato rodina, tedy všichni její členové si musí zvykat na novou situaci a logicky mohou a téměř jistě vznikají určité „třecí plochy“ či situace, na které je potřeba reagovat a hledat adekvátní řešení.

Navíc je třeba si uvědomit, že z obou stran funguje i přirozený aspekt určitého „očekávání“, což situaci dítěte svým způsobem ovlivňuje.

V rámci pěstounské péče může docházet také ke srovnávání právě v důsledku výše uvedených očekávání. Lze zmínit například případy, kdy se pěstounům zdá přijaté dítě příliš nevyzrálé nebo dětinské, a to z toho důvodu, že jejich biologický potomek je například nadprůměrně vyzrálý nebo že nemají dostatek srovnání se stejně starými dětmi atd.

Ostatně tento případ nemusí vůbec souviset pouze s pěstounskou péčí, ale může nastat i v běžné rodině, kde rodiče nemají dostatečné srovnání svého dítěte se stejně starými vrstevníky.

V rámci prováděného výzkumu, byly nejprve získávány odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

Následně pak v závěru byly shrnuty získané poznatky prováděného zkoumání.

4 METODA VÝZKUMU

Jako metoda výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Lze říci, tak jak to také uvádí Hendl⁵⁹ (200), že „kvalitativní výzkum“ je široké označení pro rozdílné přístupy.

Také metodolog Creswell (1998),⁶⁰ definoval kvalitativní výzkum takto:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ Glaser a Corbinová (1989),⁶¹ mají za kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo kvantifikováním. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů a chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů, přičemž výsledkem výzkumu jsou poznatky odvozené ze shromážděných údajů, kterými mohou být data, dokumenty, knihy, videokazety a dokonce i údaje, které již byly kvantifikovány pro jiné účely.⁶² Kvalitativní metody se používají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o kterých toho ještě moc nevíme a mohou být také použity při získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž toho něco už víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují.⁶³

Kvalitativní výzkum se provádí v sociálních a psychologických vědách a v oborech, které se zabývají lidským chováním a fungováním. Tento styl výzkumu se používá při zkoumání organizací, skupin i jednotlivých osob.⁶⁴

59 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 49

60 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 50

61 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. S. 49-50

62 STRAUSS, Anselm. Corbinová, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. 10

63 STRAUSS, Anselm. Corbinová, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. s. 11

64 STRAUSS, Anselm. Corbinová, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. s. 12

Disman (2007) uvádí, že „v kvalitativním výzkumu o redukci dat de facto rozhodují zkoumané osoby. Výzkumník vede respondenta k tomu, aby mu řekl co nejvíce o příjmu, a doufá, že zkoumaná osoba vybere vše, co je pro ni relevantní“. Disman (2007) také uvádí: „ V kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby, oba jsou rovnocennými partnery.“⁶⁵

Základní metodou sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí.⁶⁶ Kladené otázky musí být skutečně otevřené, neutrální, citlivé a jasné. Základní snahou při formulaci otázek, by mělo být, minimalizování vnučování určitých odpovědí samou formulací otázky.

Pro svoji práci autorka zvolila polostrukturovaný rozhovor, jehož charakteristikou je použití stejných základních otázek položených ve stejném pořadí všem respondentům, přičemž otázky jsou pokládány v otevřeném formátu. Tím, že respondenti odpovídají na stejné otázky, se zvyšuje šance na možnou srovnatelnost odpovědí. Uvedený typ rozhovoru lze využít také proto, že dojde k minimalizaci variace otázek, které jsou kladeny dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit. Struktura informací je odvislá od sekvence otázek.⁶⁷

Podkladem pro výzkum bylo dále vytvoření seznamu otázek respondentům. Obsahy jednotlivých dotazování mám zaznamenány v listinné podobě a v podobě elektronické.

4.1. Metoda vyhodnocování

Kvalitativní materiál je nutno tak, jak uvádí Hendl (2005) interpretovat s cílem zachytit smysluplně celkově výsledek zkoumaných jevů a případů. Míra smysluplnosti je určena účelem celé práce a vytyčenou výzkumnou otázkou, která určuje cíle zpracování dat. Při využití kvalitativní analýzy a její interpretaci, jde o systematické a nenumerické organizování dat za účelem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace normy, kvality a vztahy.⁶⁸

65 DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. s. 290-300

66 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 164

67 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 173

68 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 223

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Využití kognitivně behaviorálních terapií

5.1.1 Rozhovor s psycholožkou – terapeutkou

Nejprve v rámci praktické části práce bylo zjišťováno, a to při rozhovoru s psycholožkou – terapeutkou, jak je možno užít kognitivně-behaviorální terapii v praxi při práci s dětmi.

K tomuto bylo přistoupeno z toho důvodu, že teoreticky je k dispozici poměrně mnoho knih a odborných materiálů, ale s ohledem na tuto práci bylo záměrem také ukázat, jak a kde je možno předmětné terapie využít.

Psycholožka – terapeutka, která poskytla rozhovor, uvedla, že se psychologií dětí zabývá jako registrovaný dětský psycholog 15 let.

Byla to právě ona, kdo po oslovení sdružením ochotně a aktivně navázala s pěstounskými rodinami spolupráci.

Z prováděného dotazování bylo zjištěno, že z pohledu dotazovaného psychologa lze užít metodu s úspěchem u léčení úzkostných poruch v dětství, při léčbě hyperaktivity a impulzivity a dále také při léčbě deprese, při léčbě agresivních poruch.

Psycholožka uvedla, že je potřeba o dítěti a jeho prostředí nutno zjistit dostatek informací, aby bylo možno zvolit pro něj ten nejlepší a neoptimálnější přístup. Dále sdělila, že na vývoj dítěte je možno pohlížet jako na určitý navazující proces učení, přičemž v dané terapii se užívá takových technik, jako je verbalizace, práce s představivostí a fantazií dítěte, do terapie se zapojuje také hra. Velmi důležité je ovšem primárně dítě k terapii motivovat, což je samozřejmě jak na straně terapeuta, tak na straně jeho primární rodiny, v tomto případě lze říci, že pěstounské. Může dojít samozřejmě i ke spolupráci mezi terapeutem, pěstounskou rodinou a rodinou biologickou, pokud k tomu jsou optimální podmínky. V kognitivně-behaviorálních terapiích je kladen důraz na oceňování dítěte, a to buďto oceňování symbolické nebo reálné, a to podle účinnosti. Dále je kladen také důraz na zjištění toho, jak dítě napodobuje rodiče a jakým způsobem je pak jednání a chování jeho blízkých ovlivňuje samotné chování dítěte.

V kognitivně-behaviorálních terapiích se užívá jako velmi důležitý prostředek „mluva“, a to nejdříve jako forma „pokynu“ z okolí a dále pak, a to je velmi významné, jako forma „samomluvy“, která je využívána jako hlasitá, nebo jako vnitřní samomluva, kdy si dítě upevňuje své schopnosti, sebeovládání a pomocí hlasité či vnitřní samomluvy si samo dává instrukce, podporuje se, zbavuje se negativních automatických myšlenek, ujišťuje se a chválí se.

V rámci užívání „mluvy“ jako součásti terapie je nutno nejprve zjistit, jaká je vnitřní mluva dítěte, protože vhodná technika může vést ke zjištění problémů dítěte a nastartování takového vnitřního mechanismu, který povede ke změně chování dítěte a k řešení jeho problému.

To totiž souvisí s tím, že pokud dítěte nabývá v rámci terapie schopnost „sebeovládání“, tak je také schopno řešit své problémy. Není tedy zcela efektivní řešit pouze „problém jako takový“, ale efektivním a přínosným je řešit v rámci terapie schopnost sebeovládání dítěte obecně, a to proto, aby po vyřešení problému nedošlo k situaci, kdy se objeví problém jiný, související právě se sníženou schopností sebeovládání. Pro dítě je totiž velmi účinná v rámci terapie vlastní sebedůvěra, vlastní motivace k tomu, že zvládne při účinné podpoře problém vyřešit.

Psycholožka uvedla, že je obecně známo, že například děti, u kterých se projevuje hyperaktivita, agresivní nebo impulsivní chování, nedisponují dostatečným zvládnutím svého chování, což tedy vede k těmto uvedeným negativním následkům. Samozřejmě se v praxi může vyskytnout i problém opačný, a to zase děti s chováním velmi úzkostným, depresivním, u nichž je zjevná přehnaná svázanost, strnulost, vyhýbavost, což zase může být dáno přemírou sebeovládání u dítěte.

Z toho plyne, že je potřeba najít pro dítě osvojení zdravé, optimální míry sebeovládání tak, aby dokázalo ovládnout negativní jednání a zároveň, aby zůstalo přirozeným spontánním dítětem, jehož přirozenost a fantazie i bezprostřednost povedou k jeho rozvoji a růstu.

Ze sdělení z praxe psycholožky vyplynulo, že více, se problémy s nedostatečnou schopností sebeovládání objevují u chlapců, neboť u dívek je přirozeně tato schopnost silnější a dívky také rychleji „dozrávají“ než chlapci. Naopak, problémy s nadměrnou mírou sebeovládání, se pak více vyskytují z jejího pohledu právě u dívek.

Co je také obecně známo je to, že okolí dítěte daleko intenzivněji reaguje na problémy, které jsou navenek zjevnější, a to jsou právě problémy s nedostatečným sebeovládáním, naopak, dítě, které má opačný problém nemusí být dlouhodobě vůbec vnímáno jako „dítě s problémem“, protože jeho úzkosti a strachy v podstatě nemusí „nikoho rušit“.

V rámci vedené terapie je velmi významné určení a rozkrytí automatických myšlenek dítěte. Ty totiž mohou velmi významně ovlivňovat chování a jednání dítěte. Automatická myšlenka dítěte „nikdy nezvládnou přestoupit na trolejbusové zastávce“ tak může vést k automatickému pocitu strachu, kdy dítě místo toho, aby využilo po cestě do školy hromadnou dopravu, raději chodí do školy pěšky a denně má pozdní příchody do školy. To může být z pohledu učitele bráno jako nechutí dítěte k plnění povinností, pohrdání školním řádem, nebo jako selhání rodičů v tom, že nejsou schopni dítě do školy řádně vypravit. Rodiče však mohou dlouhodobě být ve falešné víře v tom, že dítě má v podstatě bezpečnou a rychlou cestu s jedním přestupem na zastávce MHD. Ne vždy dítě přizná pravý důvod toho, proč problém vznikl a tak může dojít k tomu, že se celá situace řeší zcela neefektivně a v neprospěch dítěte, dokonce se vznikem ještě dalších negativních následků. Na pozadí tak může stát například zkušenost dítěte, které se ztratilo někde v davu, spletlo si trasu či směr trolejbusů atd.

Z rozhovoru s psycholožkou vyplynulo, že užití kognitivně-behaviorálních technik je u dětí z jejího pohledu náročnější než u dospělých. Důvodem jejího názoru je, že aplikace a výcvik „sebeovládání“ musí být veden tak, aby byl přijatelný dítěti, tedy jeho zralosti a věku, což není vždy jednoduchým úkolem.

Podle psycholožky se v kognitivně – behaviorálních terapiích pracuje se třemi typy sebeovládacích mechanismů a to jako model:

- nápravný,
- reformativní,
- prožitkový.

5.1.1.1 Nápravný model

V rámci nápravného modelu se v rámci terapie psycholožka snaží o snížení vlivu stresu najednání dítěte, dále snížení vlivu bolesti nebo narušujících emocí a vlivů. V rámci tohoto modelu dochází a aplikaci právě již výše uvedené samomluvy, dále prvku představitosti a s úspěchem se uplatňují tak relaxační techniky.

Jak uvedla psycholožka, tato metoda by se dala s úspěchem uplatnit právě u dítěte, které prožilo stres z toho, že nesprávně zvolilo trasu přepravy MHD a ačkoliv ji dříve bylo schopno využívat, prožité okolnosti mu brání dosáhnout v komfortním užívání přepravy z důvodu stresu a negativních emocí. Cílem terapie by tedy měla být relaxace, zmírnění stresu, nácvik takových technik, které by dítě ujistily v tom, že je schopno si poradit i při opakování problému (tedy pokud by opět zvolilo nesprávnou trasu jízdy a nesprávnou linku MHD), regulace emocí, užití vnitřní samomluvy v rámci podpory dítěte a opakování nacvičených technik.

Velkou roli zde sehrává také rodina, a to v tom, jaké techniky bude uplatňovat v rámci komunikace s dítětem právě ona i tom, jak rodina, respektive rodiče dítěte přistupují k řešení problémů.

5.1.1.2 Reformativní model

Z rozhovoru s psycholožkou bylo zjištěno, že tento model je uplatňován v takových případech chování dítěte, kdy je zjevně důležité změnit chování dítěte a jeho dosud ukotvené návyky a cílem je nahrazení novým způsobem chování a jednání. Tento princip a model je možno užít, při uvedení podobného velmi jednoduchého příkladu z praxe například tam, kde dítě není schopno téměř nikdy přijít do školy včas, ačkoliv mu proto rodina vytvoří veškeré podmínky, tedy rodiče dítě vypraví do školy, přivedou jej před školní budovu a odchází do práce tak, aby stihli počátek pracovní doby. Bohužel, jedná se o dítě, které má ze školy stres, obává se vlastního selhání v českém jazyce a v době, kdy musí čekat společně se spolužáky na otevření školy, na něho tento stres doléhá. V blízkosti školy je ale hřiště a domek se psem. Dítě nedokáže odolat nutkání a každé ráno tak přes hřiště jde k domku, kde obdivuje, hladí, případně i krmí psa a velmi často pak ještě tráví čas na skluzavkách a průlezkách.

Do školy tak přichází pozdě, mnohdy promáčené či zablácené a mnohdy také bez svačiny, kterou použije jako laskominu pro obdivovaného psa.

Pohled učitelky může být opět různý, opět spočívající v tom, že dítě je neukázněné, nedochvilné, rodina nedbalá – dítě často přijde špinavé a nenosí svačiny. Terapii je pak nutno zaměřit na změnu chování dítěte v tom, že se pracuje na dodržování režimu, dítě se učí odsunout uspokojení na později (pokud zvládne včasný příchod do školy, může na hřiště odpoledne a může jít také navštívit oblíbeného psa).

Zároveň je také řešen stres související s vyučováním a vlastním selháním. Například, čekání před školou je věnováno vnitřnímu opakování toho, co se dítě naučilo a co si na vyučování připravilo a také jeho vnitřnímu ujištění o tom, že látku zvládá a „nebojí se“.

5.1.1.3 Prožitkový model

Psycholožka uvedla, že v rámci uplatnění prožitkového modelu lze u dítěte uvolnit emoce, dítě má možnost v určitém slova smyslu se oddat prožitkům, uvolní se, u dítěte se navozuje takový způsob jednání, který vede k uvědomování se jeho vlastních prožitků, radostí, kdy lze také hovořit o utlumení kognitivní kontroly a opuštění analytického myšlení.

V praxi pak může jít o dítě, které se nedokáže uvolnit a přehnaně se kontroluje, může pak mít velké problémy se změnou prostředí, například při zařazení do školy či přechodu na novou školu. Pro dítě může být velký problém přizpůsobit se běžnému kolektivu stejně starých vrstevníků, může mít problém například běhat s nimi na hřišti a například se umazat, vykřikovat a projevovat se bez přehnané vnitřní kontroly. Dítě pak na sebe může upozorňovat pouze tím, že bude ve škole podávat perfektní výkon, bude úzkostné z každé chyby, která by mohla z jeho strany přijít. Může pak nastat to, že dítě bude věnovat veškerou svoji pozornost škole a povinností, což samozřejmě logicky samozřejmě vede k jednostrannosti, ztrátě vazeb v kolektivu, přeceňování významu školních povinností, absenci přirozených podnětů, stresu, úzkosti.

5.1.2 DÍLČÍ ZÁVĚR 1

V rámci výzkumu, bylo při rozhovoru s psychologkou zjištěno, že kognitivně-behaviorální terapie mají v případě terapií realizovaných u dětí své místo a lze je s úspěchem využívat. Je však nutno, aby byly přizpůsobeny potřebám dítěte a vývojovému stádiu, ve kterém se dítě nachází, dále také jeho biologickému a emočnímu věku.

5.2 Vedení dotazníkového šetření s pěstounskými rodinami, o kognitivně-behaviorálních terapiích

V rámci dotazníků nebyly zjišťovány základní skutečnosti, jako to, zda rodina má děti v pěstounské péči, zda se u těchto dětí objevily psychické poruchy a zda rodina uvedené terapie podstoupila. Vzorek respondentů totiž byl zvolen cíleně tak, aby tyto podmínky byly splněny. Respondenty nebyly děti, ale jejich pěstouni, respektive vždy to byla z pěstounského páru pěstounka. Skutečnost, že odpovídajícím v rámci dotazníkového šetření se stala právě žena – pěstounka z pěstounského páru, vzniklo na základě dohody všech pěstounských párů, ačkoliv v rámci kognitivně – behaviorálních terapií bylo potřeba spolupráce celého pěstounského páru, respektive celé rodiny. K tomu, aby otázky byly zodpovězeny vždy „za pár“ či „za rodinu“ bylo přistoupeno z toho důvodu, že se to jevílo jako efektivnější pro zabránění roztříštěnosti a opakování v případě zodpovídání otázek oběma z páru.

Ovšem nutno říci, že ve snaze zabránit přílišné subjektivizaci při dotazování, byli při rozhovoru přítomni oba z páru a byla uzavřena taková dohoda, že pokud by druhý z páru pocítil, že obsah není zcela objektivní, případně, že je zkreslený nebo nepravdivý – upozorní na to.

V rámci provedeného zkoumání u vzorku 6 dotazovaných rodin bylo zjištěno, že tato terapie byla užita u:

- Jednoho dítěte ve věku 10 let v souvislosti s problémy související s nočním pomočováním
- Jednoho dítěte ve věku 12 let v souvislosti s intenzivním opakovaným pocitem úzkostí astrachu z nového prostředí a kolektivu
- Jednoho dítěte ve věku 9 let v souvislosti s problémy projevující hyperaktivity, kdy se u dítěte vyskytly potíže se zvládním běžných úkonů spojených s návštěvou školy a kroužků (problémy s přípravou pomůcek a potřeb do školy či kroužků atd.)
- Jednoho dítěte ve věku 11 let v souvislosti s problémy se silným kousáním nehtů
- Jednoho dítěte ve věku 13 let v souvislosti s problémy s nadměrou sebekritikou a nespokojeností s vlastním vzhledem

- U jednoho dítěte ve věku 13 let, u kterého se projevovaly silné pocity úzkosti, strachu až depresivního chování

V rámci provedeného zkoumání bylo zjištěno, že využití kognitivně behaviorálně-kognitivních teorií bylo ve čtyřech případech zcela úspěšné, v jednom případě, bylo zjevné zlepšení situace v průběhu terapie a v jednom případě využití metody úspěšné nebylo a došlo ke změně terapeuta i terapeutického přístupu. Terapie nebyla úspěšná v případě dítěte s problémy úzkosti, strachu až depresí.

Bylo zjištěno, že výborného úspěchu, bylo v rámci kognitivně-behaviorálních teorií dosaženo v případě nočního pomočování, opakovaného kousání nehtů, i při problémech týkajících se hyperaktivity a strachu z nového prostředí a kolektivu. Zlepšení situace bylo dosaženo u dítěte trpícího nadměrnou sebekritikou. V době provádění výzkumu ještě terapie pokračovala. Nelze proto konstatovat, zda bylo zcela úspěšné i její dokončení, respektive, že se situace byla vyřešena i po ukončení a provedených kontrol.

Bohužel žádné výrazné zlepšení nenastalo při využití kognitivně-behaviorální terapie v případě problémů dítěte, které trpělo pocity úzkosti a strachu. V tomto případě došlo ke změně přístupu v rámci terapie.

5.2.1 První dítě

Jednalo se o chlapce v pěstounské péči v rodině, ve které žijí ještě dvě téměř dospělé děti, biologické děti pěstounů. Problém se u dítěte objevoval již od počátku umístění do pěstounské péče. Rodina si myslela, že dítě je vystresované ze změny prostředí a toto jednání je pouze reakcí na změnu. U dítěte se projevovaly určité známky nervozity, váhavosti a uzavřenosti. U dítěte z počátku totiž chyběla určitá bezprostřednost, pěstounský pár u něho dokonce použil termín „nevýraznost“, kdy u dítěte bylo zpočátku velmi těžké poznat, zda má radost, je spokojené či naopak.

Například při aktivitách s jinými dětmi stejného věku, (které se pěstouni snažili realizovat takovým způsobem, aby dítě mohlo navázat přirozené vazby s vrstevníky v novém prostředí) bylo dítě spíše zamlklejší, v kolektivu se nijak neprosazovalo, v mnoha případech spíše jen ostatní pozorovalo. Nelze říci, že by se u dítěte mezi dětmi projevovaly jakékoliv nepřátelské tendence nebo stres. Chlapec se sám nedokázal začlenit do kolektivu, byl spíše v roli pozorovatele, pokud jej přímo do určité aktivity nevtáhly děti. Na podněty dospělých dítě reagovalo spíše netečně. Noční pomočování bylo téměř pravidelné, lze dokonce říci, že pěstouni se vyhýbali z počátku řešení problému, protože s ním neměli zkušenosti a pokládali jej svým způsobem i za své vlastní selhání. Když problém s dítětem řešili, byla komunikace s ním o problému spíše vyhýbavá, se známkou mírné nervozity a nepříjemnosti. Po konzultaci s orgánem zprostředkovávajícím pěstounskou péči bylo zjištěno, že problém se u dítěte projevovál méně často již v minulosti. Pravděpodobně nové prostředí a nová situace výskyt problému více zintenzivnila. Pěstouni se proto obrátili na odborníka – terapeuta.

Průběh terapie byl takový, že dítě navštěvovalo terapeuta asi jedenkrát za dva týdny. Nejprve bylo zjišťováno, zda dítě netrpí žádným zdravotním problémem nebo žádnou dysfunkcí, aby se vyloučily takové zdravotní obtíže, které nelze terapiemi řešit. Terapeutka hovořila s rodiči a také s dítětem. Bylo zjišťováno, zda k nočnímu pomočování dochází vědomě, či zda si jej dítě neuvědomuje, zda k němu dochází pouze v domácím prostředí nebo i mimo domov.

V rámci terapií byl prováděn nácvik toho, jak dítě může regulovat močový měchýř. Bylo potřeba změnit nesprávné představy dítěte o jeho problému s pomočováním. Dítě bylo podpořeno a vedeno k uvědomování si pocitů, které souvisely s tlakem a naplněním močového měchýře. Současně bylo vedeno k nacvičování dovedností, které pomohou pomočování odstranit.

Terapeutka vedla terapie, které se účastnilo dítě, a jeho rodiče docházeli na terapie občasně. Dostávali informace od terapeutky, zároveň také sdělovali terapeutce nové skutečnosti.

Průběžně docházelo k tomu, že se počet pomůček ve dnech v týdnu snižoval. Tyto úspěchy i při přetrvání problému, byly vyhodnocovány, bylo vysvětleno, proč došlo ke zlepšení, a proč se dítěti nepodařil prozatím problém vyřešit zcela.

Terapie byla ukončena po šesti měsících, následovala ještě tři kontrolní vyšetření.

5.2.2 Druhé dítě

Dívka byla v pěstounské rodině se svou sestrou. Jejich biologická rodina pochází z těsné blízkosti hranic s Polskem, přičemž v jejich výchově byly znát určité prvky specifické „bigotní“ katolické výchovy, proti čemuž stála v původní rodině neukotvenost a absence řádu laskavé výchovy.

Pěstounská rodina, byla křesťansky smýšlející, ovšem bez příslušnosti k jakékoliv církvi.

První z dívek se projevovala poměrně bezprostředně, spíše se u ní projevovaly tendence potlačovat zážitky z původní rodiny, byla velmi komunikativní a kamarádká, ale ve studiu nevykazovala právě nejlepší výsledky.

Druhá dívka vykazovala ve svém chování a jednání napětí, nervozitu, nových lidí a situací se od počátku při pobytu v pěstounské péči stranila, pokud mělo dojít k novým setkáním a situacím, většinou se lehce třásla, její postoj byl strnulý, měla studené ruce, třešela očima, často při hovoru s jiným silně zčervenala, a to zejména tehdy, pokud jí kdokoliv položil otázky týkající se její osoby nebo jejího života. Studijní výsledky měla dobré, přesto byla ve škole velmi nervózní, pokud měla prezentovat své vědomosti před třídou a vyučujícím. Její nervozita se projevovala právě zčervenáním a třesem. Neprojevovaly se u ní situace, kdy by však nebyla schopna prezentovat své vědomosti, ale byly to spíše emočně nepříjemné stavy.

Pravděpodobně by měla výborné studijní výsledky, pokud by byla více aktivní a dokázala by se více projevit. Učitelé ve škole ji charakterizovali jako spíše mlčenlivou, nevýraznou a proto ani nebyli schopni hodnotit pro její určitou „nevýraznost“ její studijní elán a také její opravdové kvality.

Pěstouni postupně zjišťovali, zda prvky úzkosti, strachu a obav, byly v chování dívky znatelné již dříve.

Bylo zjištěno, že problémy s úzkostnými stavy, se u dívky projevovaly již dříve a, že díky nim nebylo možno ani dostatečně odhalit dívčin vnitřní potenciál a talent ke studiu. Dále pěstouni postupně zjišťovali, že dívka velmi intenzivně vnímá hloubku víry, jako takové a je to téma, které ji hluboce niterně oslovuje, k jejímu věku až nebývale zralým způsobem.

Proto tedy pěstouni vyhledali odbornou terapeutickou pomoc. Četnost terapie byla jednou za tři týdny až měsíc.

V rámci terapie bylo zjišťováno, co je podle dítěte příčinou jeho úzkostí a strachu. Stejně jako v prvním případě bylo hovořeno jak s dítětem, tak s jeho rodiči. V rámci terapie došlo u dítěte k posilování jeho sebedůvěry a sebehodnocení. Rodiče byli vedeni k tomu, aby nechali přiměřeně odpovědnost za změnu situace také na dítěti a aby nedošlo k tomu, že se paradoxně problém dítěte stane středem jejich zájmu a dítě pak nebude mít motivaci tento problém řešit.

V rámci terapie bylo dítě vedeno a podpořeno v tom, aby se naučilo vnímat své pocity, aby se naučilo ovládat svůj strach takovými technikami, kdy nebude strachu podléhat a reagovat na něj vyhýbavým jednáním, ale naopak, mu bude čelit.

V rámci terapie bylo užíváno samomluvy hlasité i vnitřní. Dále bylo dítě vedeno k tomu, aby za každé „překonání“ strachu dokázalo pochválit a tak odměnit. V rámci terapie bylo také dítě vedeno k tomu, aby se dokázalo uvolnit a byly mu nabízeny také pozitivní náhledy na situace, které byly pro dítě předmětem strachu.

Terapie byla ukončena asi po sedmi měsících od jejího počátku. Dítě bylo schopno regulovat své chování a navazovat kontakty s novými lidmi, vstupovat do nových interakcí a reagovat na změny prostředí. Zároveň se také naučilo užívat získané dovednosti týkající se sebeovládání a regulace chování i v jiných situacích, například při obavách ze zkoušení ve škole, z nezdaru při závodech atd.

Následovala ještě tři kontrolní setkání.

5.2.3 Třetí dítě

Chlapec, velmi sportovně talentovaný, v pěstounské péči, kde pěstounský pár vychovává dále dvě biologické dcery ve věku 9 a 13 let.

Chlapec je sportovec, fotbalista. Z jeho chování je zjevné sebevědomí, angažovanost, vstřícnost, zvědavost. Školní prospěch je kolísavý. Problémem nejsou vědomosti jako takové, ale spíše věci související s přípravou do školy, plnění úkolů, nošení pomůcek atd. Díky nepozornosti a nepečlivosti měl jako žák spíše negativní pověst, málo pedagogů vnímalo jeho talent zejména v matematice a fyzice, exponenciálně v případech přímého počítání a logických úkolů.

Stejný problém a negativní dopad se projevoval ve sportu, kde chlapec nebyl schopen nosit řádně své věci, organizovat se podle pokynů trenérů atd.

Trenéři si stejně jako učitelé ve škole fixovali spíše problémy pramenící z neustálých nedostatků v pomůčkách, v absencích, v nesoustředěnosti. Ve sportu se projevovaly také takové tendence, kdy chlapec v podstatě nevnímal rady trenérů, nedokázal se soustředit na jejich teoretický výklad. Proto například v situaci, kdy mu trenér chtěl vysvětlit, jak umístit míč do branky v určitém úhlu, chlapec místo toho, aby se věnoval výkladu, počal se vždy nesmyslně a bez vyzvání věnovat hře. V těchto situacích, opravdu trenéři ztráceli trpělivost.

V pěstounské rodině, bylo po určité době „poměrně dusno“, protože chlapec neměl v pořádku své věci, každodenně byly potíže s rozházenou aktovkou, s neuspořádanými sportovními věcmi, docela často věci někde zapomínal a tu a tam i ztrácel. Tím, že nedokázal dodržet svůj denní režim. Chodil ze školy otrhaný a umazaný, protože se po vyučování potuloval venku se spolužáky. Téměř denně nosil poznámky za nepozornost, nepřipravené pomůcky či vyrušování ve třídě.

V pěstounské rodině, byl problém vnímán poměrně intenzivně, protože pro ostatní děti byl narušen určitý klid a zaběhlý stereotypní řád v přípravě do školy a plnění si vlastních povinností. Proto se pěstouni obrátili na odborníka terapeuta. Terapie probíhala jednou za tři týdny. V rámci terapie bylo hovořeno jak s dítětem, tak s rodiči. U dítěte byla terapie vedena tak, aby dokázal regulovat a ovládat své chování, aby dokázal odložit některé své aktuální potřeby a zájmy na později a soustředit se o to plněji na prováděnou činnost.

Rodiče byli současně vedeni k tomu, aby v tomto dokázali dítě podpořit. Bylo jim doporučeno, aby si promluvili s třídním učitelem a trenéry a společně hledali řešení jak postupovat, aby se chlapec více soustředil a podával tedy i lepší výsledky.

V rámci terapie se uplatňovala samomluva, formy odměn (otec sděluje -když dokončíš nyní domácí úkol zcela a správně, půjdu si s Tebou kopat na hřiště, když nyní dokážeš připravit aktovku, můžeš již celý večer hrát na kytaru nebo prohlížet knihu o fotbale). Dítě i rodiče byli vedeni k tomu, aby dokázali rozdělit některé úkoly a činnosti dítěte tak, aby jejich realizace a splnění bylo v daném čase možno zvládnout.

Terapie byla ukončena po sedmi měsících. Následovala ještě tři kontrolní setkání

5.2.4 Čtvrté dítě

Chlapec v pěstounské péči v rodině v daném čase bez jiných dětí. Chlapec nejevil žádné zásadní známky psychologických problémů. Charakteristické pro něho bylo však to, že neměl žádný zájem o nic, co jej opravdu nadšeně bavilo, kde by bylo zjevné, že nějakou aktivitu či činnost miluje.

Chlapci dle pěstounů chybělo nadšení, opravdový zájem, jako by jej bavilo všechno a nic, a v podstatě nic doopravdy.

U chlapce bylo zjištěno, že pokaždé, když se na nějakou věc měl více soustředit bez jakékoliv současné fyzické současné aktivity nebo v době, kdy víceméně jen tak odpočíval (například u televize, poslouchání hudby, jízdy v autě), tak si kousal nehty. Pěstouni toto vnímali spíše jako projev „nudy nikoliv nějaké zásadní nervozity či stresu. Pokud se měl soustředit na matematiku a zároveň psát úkol, nebyl problém, psal a na kousání nehtů nepomyslel. Jiné to bylo v situaci, kdy se pouze soustředil na výpočet a nemusel u toho nic zapisovat, nic vyřukávat na kalkulačce či zadávat do počítače. Bylo zjevné, že i chlapec má nepříjemný pocit z okousaných nehtů. Nebylo to ani estetické. Občas sklízel od okolí také posměch za vzhled svých rukou. Terapie probíhala jedenkrát za tři týdny až měsíc. Terapeutka komunikovala s rodiči i dítětem. V rámci terapie bylo zjišťováno, v jakých situacích si dítě nejvíce kouše nehty, jak ono samo hodnotí svoje počínání, proč je pro dítě náročné přestat s okusováním nehtů.

Terapeutka si vyměňovala také informace s rodiči. Rodiče byli vedeni k tomu, aby podpořili zvládnutí terapie a povzbuzovali dítě.

V rámci terapie, nacvičování a tréninku bylo užito samomluvy, technik sebeoceňování a sebeodměňování. Následovala ještě dvě kontrolní setkání.

5.2.5 Páté dítě

Případ dítěte, dívky v pěstounské rodině, se svým mladším bratrem ve věku 8 let. Dívka trpěla představou vlastní ošklivosti oproti jiným dívkám stejného věku. Téměř veškerý čas trávila u zrcadla, prohlížením vlastního zjevu, v kolektivu se stranila vrstevníků, byla spíše plachá, často velmi nervózní, jakkoliv se nezapojovala do aktivit kolektivu. Ve vyučování byla nesoustředěná, nepozorná, jinak velmi šikovná a nadaná, jak se říká „duchem nepřítomná“, spíše ve vlastním světě. Výklad pak doháněla snahou naučit se vykládanou látku doma samostatně.

Ve školním kolektivu se držela v pozadí, neprojevovala se, pociťovala velkou úzkost kdykoliv byla zkoušená u tabule nebo se měla před kolektivem vyjádřit. Myslela si, že pozornost všech se upírá na její nevzhlednost. Měla obavu z posměchu, měla pocit, že spolužáci se jí smějí. Svůj volný čas, trávila přípravou do školy, velmi ráda pomáhala doma, často se dívala na televizi nebo si četla, nejčastěji různé dívčí romány. Navštěvovala sportovní kroužek volejbalu, ale i zde byla spíše zakřiknutá, oproti jiným dívkám plachá, plnila spíše jen příkazy trenérů, než aby se sama projevovala. Stranila se chlapců, ale bylo zjevné, že komunikaci chlapců s dívkami velmi ráda pozoruje. Napodobovala chování a úpravu vzhledu jiných dívek, ke kterým se chovala v podstatě submisivně, vždy se podřizovala a nikdy nevyvolávala spory.

Vyhýbala se situacím, kdy byl jednotlivec terčem posměchu, nikdy se nepřipojila k těm, kdo se nad něj povyšovali, ale nikdy se však takového jednotlivce otevřeně nezastala. Téměř nikdy se nenechala kolektivem vyprovokovat k něčemu, co pokládala za nevhodné, či dokonce zakázané.

Velmi často verbalizovala negativní poznámky na svůj vlastní vzhled, ráda nakupovala oblečení, ale téměř nikdy na ní nebylo znát nadšení, když oblečení viděla sama na sobě.

Střídala se u ní také období, kdy se vyhýbala kalorickým jídlům a jindy se přejídala. Zajímavé bylo, že neměla v podstatě žádnou blízkou kamarádku, ale vždy patřila do určité „kamarádké skupiny“, kterou tvořily dvě nerozlučné kamarádky. Její chování bylo k jejímu věku nepřirozené, stranění se aktivit a kolektivu bylo neurotické. Mnohdy se stavěla do role daleko více dospělé, než ve skutečnosti byla, měla projevy určité ztuhlosti či svázanosti v chování.

Pěstouni přímo nevyhledali odbornou pomoc, ale možnost terapie se nabídla prostřednictvím osobní vazby s jiným terapeutem, který chování dívky sledoval na letním táboře, kterého se účastnil jako vedoucí a pěstounům tuto možnost pro dívku doporučil.

Pěstouni tedy společně s terapeutkou našli v rámci centra cestu, jak přirozeně navázat terapeutický kontakt.

Bylo zjištěno, že v době prováděného výzkumu terapie ještě nebyla ukončena, ale stále probíhala, ovšem dosavadní terapeutická pomoc vykazovala jednoznačně zlepšení situace.

V rámci terapie bylo hovořeno i s rodiči dívky. Byly zjišťovány příčiny negativního sebehodnocení a bylo zjištěno, že dívka je přesvědčena o tom, že pokud její vzhled není perfektní, nemá nárok na to, aby byla okolím přijímána a milována. V rámci terapie tedy byly uplatněny takové techniky směřující k uvolnění dítěte, k lepšímu uvědomování si vlastních prožitků, k racionálnějšímu hodnocení svého okolí (dívce je nabízen jiný pohled například na hodnocení jejího vzhledu s ohledem na jiné osoby, v jejím přirozeném okolí) a tím pádem i sebe sama.

Rodiče byli vedeni také k tomu, aby v rámci terapie vyjádřili dítěti podporu. Bylo zjištěno, že ani pro jednoho z nich do té doby nebylo jakkoliv významné to, jak jejich dítě svůj vzhled hodnotí, jak se dítě upravuje, obléká atd. V rámci toho došlo také ke změnám, které významně podpořily sebehodnocení dívky.

V době prováděného výzkumu ještě terapie nebyla u konce, ale u dívky byly jasně vykazovány změny. Její přístup k vlastnímu sebehodnocení byl daleko kladnější, naučila se hovořit o svých pocitech týkajících se jejího vzhledu i o pocitech, které má při pobytu v kolektivu. Společně s matkou realizovala také změny svého účesu a šatníku, což také jasně posílilo a zvýšilo její sebevědomí.

Naučila se užívat takové techniky, kterými dokázala reagovat na svoji vlastní úzkost pramenící z negativního hodnocení. Dokonce se účastnila mimoškolní akce, na kterou se velmi těšila a kde se cítila příjemně.

5.2.6 Šesté dítě

V tomto případě nebyla terapie úspěšná, ani po třech měsících nedošlo ke zlepšení, a bylo nutno zvolit jiný terapeutický přístup.

Dívka skutečně jevila známky silnější lability, zjevné u ní bylo depresivní chování provázené častým nechutenstvím, trpěla také obavami z negativních situací, Obavy ji zcela paralyzovaly, tyto stavy byly provázeny somatickými problémy- bušení srdce, strnutí šíje, bolesti v zádech atd.

5.2.7. DÍLČÍ ZÁVĚR 2

V rámci zkoumání bylo zjištěno, že v rámci psychologické pomoci a terapií, bylo využito s úspěchem kognitivně-behaviorálních přístupů.

Ze vzorku šesti zkoumaných případů tedy 4 případy kognitivně-behaviorální terapie byly úspěšné, v jednom případě bylo vykazováno zlepšení v průběhu terapie (ale terapie prozatím nebyla ukončena) a v jednom případě bylo nutno zvolit jiný terapeutický přístup.

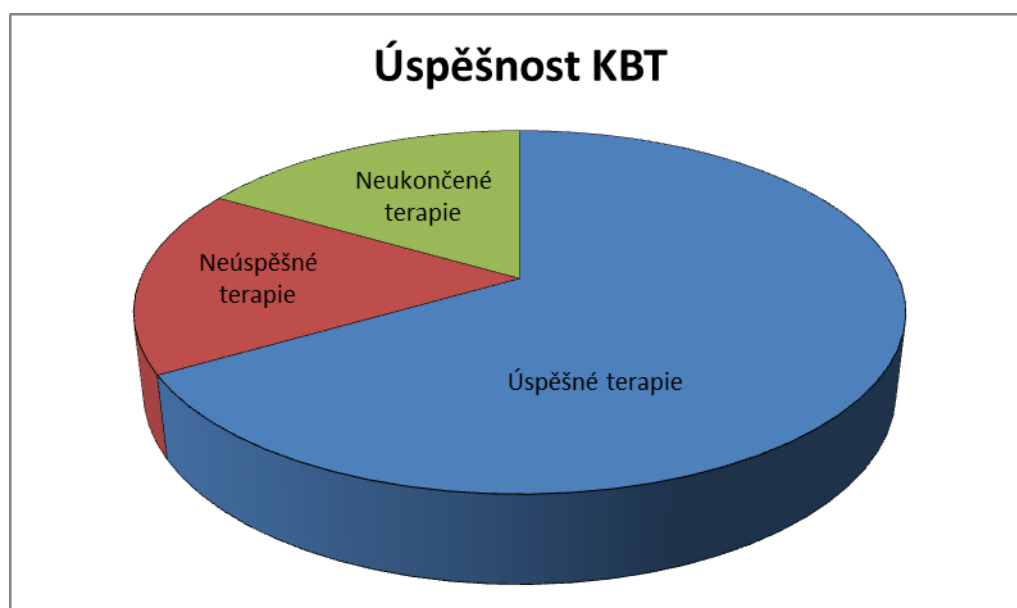
Kognitivně-behaviorální terapie probíhaly v součinnosti s terapeutem spolupracujícím se sdružením.

V rámci kognitivně-behaviorálních terapií vedených s dítětem, bylo také spolupracováno s rodinou.

Rodiče byli instruováni k podpoře dítěte a společně s terapeutem si vyměňovali informace, které byly potřebné pro zjištění příčin problému, ale samozřejmě v duchu diskrétnosti a zachování individuálního tajemství dítěte. Během terapie bylo užíváno techniky samomluvy, sebehodnocení, sebeodměňování, vedení k novému pohledu na situaci, uvědomění si vlastních prožitků, uvolnění.

Lze konstatovat, že z pohledu autorky práce jako výzkumnice je užití metody kognitivně-behaviorálních terapií úspěšné a přínosné, a to za předpokladu, že je metoda přizpůsobena dítěti. Přínosná je spolupráce s rodinou.

Graf:



5.3 Zjištění

Bylo zjištěno, že systemické konstelace byly realizovány zcela nezávisle na kognitivně- behaviorálních terapiích.

Byly realizovány v rámci programu sdružení, přičemž, byla uspořádána série konstelačních večerů. Konstelačních večerů se neúčastnily děti, které měly problémy, ale pouze jejich rodiče, dle zájmu to v podstatě byl vždy jeden z pěstounského páru, kdy účastníků bylo celkem 12.

Z šesti vybraných pěstounských rodin se účastnilo konstelací všech šest rodin, v zastoupení 4 ženy a 2 muži. Probíhaly pravidelně jednou za týden od šesti do devíti hodin. Účastníků bylo 12 a jednalo se o uzavřenou skupinu, kde bylo šest mužů a šest žen. Terapeut byl muž, který prošel výcvikem u Jana Bílého v Praze. Byl také účastníkem seminářů Ivana Verného v Bratislavě.

Konstelace se stavěly podle požadavků účastníka, pokud bylo žádostí tolik, že nebylo možno žádostem vyhovět, uplatnilo se losování pomocí láhve.

V rámci konstelací došlo vždy k postavení systému, ve kterém, se problém objevil, postupně se do něj přidávali členové (či okolnosti), které dle terapeuta – konsteláře měly vliv na celkovou situaci. V rámci konstelací fungovalo vše tak, že účastník konstelací popsal konsteláři „zakázku“. Zakázkou bylo myšleno to, co účastník požadoval objasnit, zlepšit, vyjasnit, napravit. Zakázku musel účastník jasně formulovat. Konstelář dále kladl otázky, které směřovaly například k historii a zážitkům z biologické i z rodiny pěstounské. Následně podle své úvahy konstelář sdělil, jaký systém postaví a jaké členy systému do něho zařadil. Účastník vstal, postavil se do kruhu a za jednotlivé členy systému vybral zástupce. Výběr probíhal v uvolněné atmosféře a klidném soustředění. Roli hrála intuice a pocity účastníka, kterými se nechal vést. Po výběru zástupce z kruhu zbylých jedenácti osob požádal účastník vybraného zástupce, zda by v konstelaci mohla být zastupovaná osoba (dítě, matka, nemoc, stroj času, alkohol, babička...).

Jednotlivé zástupce členů systému pak účastník rozmístil v místnosti podle svého pocitu a intuice a to tak, že položil své ruce na lopatky zvoleného zástupce a pomalu a uvolněně jej vedl na místo, o kterém pocitově věděl, že je to, na kterém má zástupce být.

Po rozmístění všech členů pak usedl na své „pozorovací“ místo v kruhu. Konstelář kladl dále v průběhu konstelace zástupcům otázky na jejich pocity, a to fyzické i emoční, nálady, nutkání atd.

Konstelace, totiž fungují na tom principu, že zástupci mají stejné pocity, úzkosti, vjemy jako zastupovaní, samozřejmě v rovině faktické či symbolické. Konstelace byla vedena tak, aby v ní nastíněná situace dospěla k určitému smysluplnému rozřešení, nastínění situace, rozpoznání stavu či postojů zastupovaných atd.

Metoda pro účastníka byla určitým vodítkem pro náhled na důvody situace a postojů druhých, zdrojů problémů, uklidněním situace, srovnáním věcí atd.

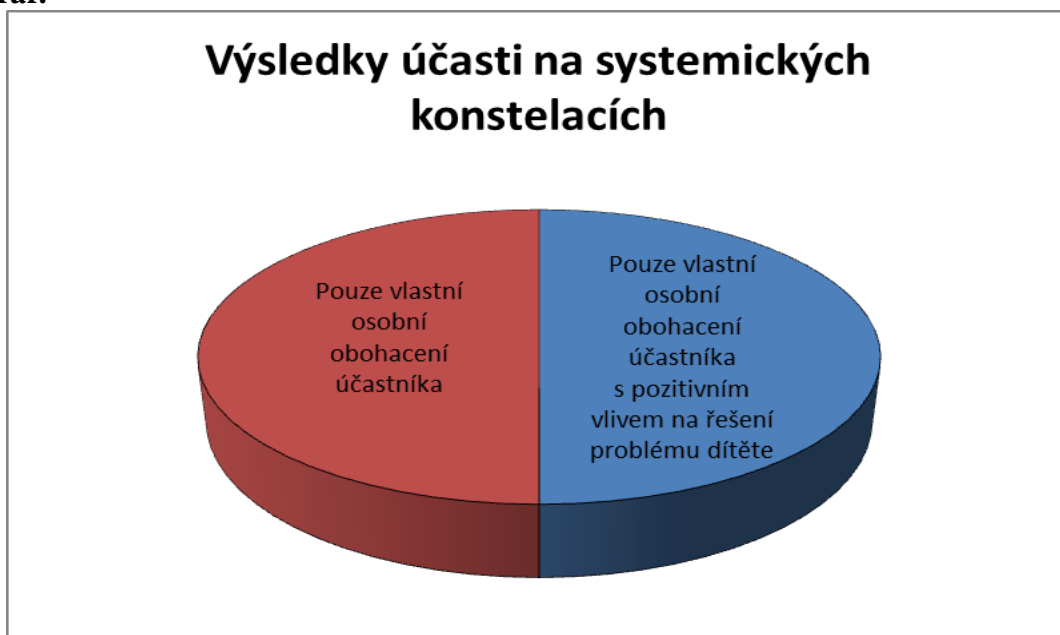
V rámci konstelací docházelo k takovým situacím, kdy se ukázaly slabosti a zranění zastupovaných, například biologických rodičů dítěte, ukázal se vliv událostí v rodinném systému (například tragická úmrtí, zranění, potraty, závažná onemocnění či závažné situace v rodině).

Všichni dotazovaní uvedli, že pro ně účast na systemických konstelacích byla životním zážitkem, který jim poskytl zcela nový náhled na problémy dítěte a tím pádem i problémy rodiny, a to jak biologické, tak pěstounské.

Tři respondenti uvedli, že z jejich pohledu měla účast na konstelacích a jejich postavení – kladný vliv na řešení problému dítěte. Tři účastníci uvedli, že nevnímali účastí na konstelaci přímo řešení samotného problému, ale kvitovali účast pozitivně s tím, že konstelace měla přínos pro jejich vlastní posílení, pro nový náhled na vlastní rodinný život i postavení pěstouna a okolnosti dítěte.

Všech šest respondentů uvedlo, že účast na konstelacích zcela změnila jejich pohled na biologickou rodinu, či rodiče dítěte a jejich důvody vedoucí k tomu, že nezvládli samostatně péči o dítě, které bylo umístěno do pěstounské péče.

Graf:



5.3.1 DÍLČÍ ZÁVĚR 3

Systemické konstelace byly vedeny zcela odděleně a bez jakékoliv návaznosti na kognitivně-behaviorální terapii.

Byly spíše konkrétním opodstatněným programem, který byl nabízen pěstounským rodinám, ale nejen jim. Účast na konstelačních večerech byla otevřená s tím, že počet účastníků byl omezen, ale následně byla z přihlášených vytvořena uzavřená skupina bez možnosti vstupu v průběhu cyklu.

Bylo zjištěno, že pro všechny respondenty byla účast na konstelacích pozitivním přínosem. Všech šest respondentů reagovalo v tom smyslu, že konstelace měla pozitivní vliv na jejich náhled na problematiku a byla určitou revizí jejich vnitřních postojů.

Tři ze šesti respondentů měli za to, že systemické konstelace přispěly k řešení problémů dítěte.

6 ZÁVĚR

V rámci zkoumání autorka konstatuje, že kognitivně-behaviorální terapie jednoznačně mají místo v terapiích uplatňovaných při psychických problémech dětí. Autorka také zjistila, že systemické konstelace jsou pozitivním doplněním terapií, nicméně nejsou jakkoliv vedeny společně či ve vzájemném souladu s kognitivně-behaviorálními terapiemi.

Lze konstatovat, že na základě zkoumání autorky bylo zjištěno, že nelze terapie vzájemně propojovat, ale pouze doplňovat, protože každá z terapií probíhá na jiném základě a s využitím jiných prvků. Kognitivně-behaviorální terapie probíhaly ve vzájemné interakci terapeuta a dítěte, kdy docházelo k občasným setkáním i s pěstouny, ovšem systemické konstelace probíhaly za účasti pouze jednoho rodiče z pěstounského páru. Není vyloučeno, aby se systemických konstelací účastnili oba pěstouni, ale v daném případě to nedovoloval omezený počet účastníků.

Kognitivně-behaviorální terapie přinesly výsledek při řešení problémů dítěte ve větší míře, než systemické konstelace. Měly tedy dopad na jednání a prožívání dítěte více, než systemické konstelace.

Systemické konstelace byly však zejména přínosem pro vnímání problémové situace ze strany pěstounů a impulsem pro jejich vlastní posílení a vnímání životních situací.

Pouze v polovině případů vedly také k řešení problémů dítěte, ale spíše měly vliv vytvoření větší harmonie prostředí dítěte, tedy pěstouna či pěstounů.

Systemické konstelace byly také dle výzkumu poměrně širokým spektrem k diskusím a rozhovorům mezi partnery, což zase posílilo jejich vztahy, vzájemné poznávání, důvěru a porozumění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Aspergerův syndrom. APLA [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z <http://www.praha.apla.cz/aspergeruv-syndrom-2.html>

BECK, Aaron T a Jan ROUBAL. Kognitivní terapie a emoční poruchy. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, Spektrum. ISBN 80-736-7032-1.

BOUČEK, J. Speciální psychiatrie. Olomouc: TISKSERVIS, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

CONTI-RAMSDEN, G. a K. DURKIN. Language development and assessment in the preschool period. Neuropsychology review. 2012, 4, 384-401. ISSN 1040-7308.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ a kol. Agrese u lidí s mentálním postižením a autismem. Praha: Portál, 2007.

ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha[online]. MŠMT ©2001 [cit. 2010-08-01]. Dostupné z: http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/bila-kniha/bila_kniha_2001_cz.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. In: Sběrka zákonů České republiky, 2005, roč. 2005, částka 4, s. 61-63. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Sběrka zákonů, Česká republika. 2004, roč. 2008, částka 103, s. 4826-4904. ISSN 1211-1244.

Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2005, roč. 2005, částka 20, s. 503-508. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2005, roč. 2005, Částka 20, ISSN 1211-1244.

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

ČESKO. Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. In: Sbírka zákonů. Česká republika, 2005, roč. 2005, částka 11, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-48-2005-sb-1>

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002.

DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia Clinica, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3870-140.

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou : příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2626-304.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. Dětský autismus : přehled současných poznatků.. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

HELLINGER, Bert. Rodinné konstelace: imperativy lásky. Vyd. 1. Překlad Kateřina Amiourová. Praha: Triton, 2007, 388 s. Psyché (Triton), sv. 47. ISBN 978-807-2548-484.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005.

JEŘÁBEK, J. a kol. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. Dostupné z http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. Dysgrafie. 2., rozš. vyd. Praha: D + H, 2009. ISBN 978-80-903869-9-0.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4726-977.

KOCUROVÁ, Marie. Integrace žáků se specifickou poruchou učení. Praha, 2001. ISBN 80-729-0060-9

LEJSKA, M. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

LOVE, J. R. a W.G. WEBB. Mozek a řeč. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MALÁ, E. ADHD – hyperkinetické poruchy [online]. 2005 [cit. 2014-08-01]. Dostupné z <http://www.predys.szm.com/zdrav_noviny.htm>.

MATĚJČEK, Zdeněk. Co děti nejvíc potřebují. 2. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-058-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie: specifické poruchy čtení. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-854-6756-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. Dyslexie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

MICHALOVÁ, Zdeňka. Sonda do problematiky specifických poruch chování. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 978-80-7311-075-8.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování (f00–f99). ÚZIS.cz [online] [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8625-X.

SELIKOWITZ, Mark. Dyslexie a jiné poruchy učení: co to jsou specifické poruchy učení a jak se diagnostikují, o poruchách koordinace a o nemotornosti, sociální a emocionální vývoj dítěte, jak mohou svým dětem pomoci rodiče, a jak to bývá v dospělosti. Praha: Grada, 2000, 136 s. ISBN 80-716-9773-7.

STRAUSS, Anselm. Corbinová, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999.

THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci. Vyd. 2. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, 2008. ISBN 978-80-254-6339-0.

Úmluva o právech dítěte a její charakteristika, mezinárodní ochrana práv dítěte a některé další dokumenty, rodina a základy rodinného práva. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1999. ISBN 80-718-2076-8.

VAŠUTOVÁ, Maria. Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2008. ISBN 978-807-3685-256.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4..

VÁGNEROVÁ, Marie. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4..

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-807-3676-827.

VYMĚTAL, Jan a Jan ROUBAL. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.

ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-141.

ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: Specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Vyd. 10. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

SEZNAM ZKRATEK

ADHD - hyperkynetická porucha

IVP - Individuální vzdělávací plán

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Úspěšnost KBT	52
Graf 2: Výsledky účasti na systemických konstelacích	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
----------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

- Jaké psychické problémy byly u dítěte zjištěny?
- Jakým způsobem byla v rámci KBT realizována terapie?
- Jakou změnu stavu přinesla uplatněná a realizovaná KBT?
- Jakým způsobem byla v rámci SK realizována terapie?
- Jakou změnu stavu přinesla uplatněná a realizovaná terapie SK?
- Byly obě terapie, respektive přístupy realizovány v určité souvztažnosti a návaznosti nebo byly realizovány spíše nahodile jako dvě možnosti přístupů k řešení problému dítěte?
- Jak hodnotíte tento postup?
- Co by z Vašeho pohledu bylo přínosem pro dítě i pěstounskou rodinu v případě využití obou typů terapie?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Rohelová Jarmila

Obor: 7506R002 - Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Psychické poruchy u dětí a využívání psychoterapie při jejich zvládnání

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 29

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 6

Počet internetových zdrojů: 10

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Hellerová Pavla