

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

HANA ACLAROVÁ

II. ročník - prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika - dramaterapie

**UPLATŇOVÁNÍ METOD DRAMATERAPIE
V DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

OLMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 4.4.2011

.....

Hana Aclarová

Děkuji Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D., za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů k práci, ale i odbornému personálu Psychiatrické léčebny Šternberk, kde jsem prováděla výzkum.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 DRAMATERAPIE.....	7
1.1 Klientela dramaterapie.....	8
1.2 Cíl dramaterapie.....	8
1.3 Prostředky dramaterapie.....	9
1.4 Formy dramaterapie.....	10
1.5 Účinné faktory dramaterapie.....	10
1.6 Dramaterapeutický proces.....	14
1.7 Dramaterapeutické techniky.....	15
1.8 Dramaterapeutický projekt.....	17
2 SPECIFIKA TERAPIE DĚTÍ A ADOLESCENTŮ.....	19
2.1 Osobnost terapeuta a terapeutický vztah.....	22
2.2 Terapeutický proces.....	25
2.3 Využívání expresivních terapeutických technik.....	26
2.3.1 Dramaterapie dětí a adolescentů.....	27
2.4 Specifické zvláštnosti.....	30
2.4.1 Velmi malé děti.....	30
2.4.2 Školní děti.....	31
2.4.3 Adolescenti.....	31
2.4.4 Rodina dítěte.....	32
2.5 Působení psychiatrické léčebny.....	33
3 KLASIFIKACE PSYCHIATRICKÝCH PORUCH V DĚTSKÉM A ADOLESCENTNÍM VĚKU.....	35
3.1 Poruchy chování a emocí.....	39
3.1.1 Hyperkinetické a pozornostní poruchy.....	39
3.1.2 Poruchy chování.....	40
3.1.3 Smíšené poruchy chování a emocí.....	44
3.2 Afektivní poruchy.....	44
3.2.1 Deprese.....	44
3.3 Neurotické a úzkostné poruchy.....	49

3.3.1 Poruchy přizpůsobení.....	49
3.4 Psychické poruchy se somatickými projevy.....	50
3.4.1 Neorganická enuréza.....	51
3.4.2 Neorganická enkopréza.....	52
3.5 Sebepoškozování.....	53
3.6 Suicidum a suicidální chování.....	54
3.7 Návykové užívání.....	57

EMPIRICKÁ ČÁST

4 UVEDENÍ DO VÝZKUMU.....	62
4.1 Motivace k výzkumu.....	62
4.2 Cíl výzkumu.....	63
4.3 Metody použité ve výzkumu.....	64
4.3.1 Metody výběru výzkumného vzorku.....	65
4.3.2 Metody získávání a zpracování dat.....	66
4.3.3 Metoda analýzy dat.....	67
5 VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU.....	68
5.1 Vhled do problematiky výzkumu.....	68
5.1.1 Organizační uspořádání.....	69
5.1.2 Personální obsazení.....	69
5.2 První dramaterapeutická skupina.....	70
5.2.1 Extrospektivní pozorování.....	71
5.2.2 Ohnisková skupina.....	75
5.3 Druhá dramaterapeutická skupina.....	76
5.3.1 Extrospektivní pozorování.....	76
5.3.2 Ohnisková skupina.....	80
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU - ANALÝZA DAT.....	82
7 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU, DISKUZE.....	92
ZÁVĚR.....	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	97

ÚVOD

„Když mi bylo šest let, viděl jsem jednou nádherný obrázek v knize o pralese, která se jmenovala Příběhy ze života. Na obrázku byl hroznýš, jak polyká šelmu. V knížce stálo: hroznýši svou kořist nežvýkají, polykají ji celou....Hodně jsem tehdy přemýšlel o dobrodružstvích v džungli a také mně se podařilo nakreslit pastelkou první kresbu..... Ukázal jsem své veledílo dospělým a ptal jsem se jich, nahání-li jim má kresba strach." Odpověděli mi: „Proč by klobouk naháněl strach?" „Ale on to nebyl klobouk. Byl to hroznýš, jak zažívá slona. Nakreslil jsem tedy vnitřek hroznýše, aby to dospělý pochopili. Oni totiž potřebují vždycky nějaká vysvětlení....." (Malý princ, Antoine de Saint-Exupéry).

Ano, adolescenti, a děti nemluvě, mají nesčetné množství představ. V nejideálnějším případě by viděli svět pestrý, plný otázek a odpovědí, vyrůstali by v prostředí, které by jim zajišťovalo maximální uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, dospělí by jim rozuměli. Nebylo by to krásné? Kdyby tomu tak opravdu bylo, nebyl by důvod, proč by vznikla tahle diplomová práce, ostatně jako spousta dalších prací, které se zabývají podobnou problematikou. V realitě tomu bývá i jinak. Některé děti a adolescenti nevnímají svět pestrý, ale jednotvárný, ať už bezbarvý, růžový nebo černý. Příčiny bývají různé, často se kombinují, ale výsledek je stejný, reagují na vzniklou nerovnováhu v okolí nebo ve svém nitru. Vyvrálost CNS, charakter, temperament a celkový vývoj pak předurčuje, jak vzniklou nerovnováhu dají najevo. Vznikají dva protipóly. Problém se projikuje ven, /extrovertní děti častou výslednicí jsou pak poruchy chování/, nebo se projikují dovnitř, /inkliminují k nim introvertnější děti, a výslednicí se často stává úzkostná porucha nebo deprese/. Tak jako tak dítě reaguje na změnu, nebo narušení integrity, rovnováhy, které pociťuje v sobě samém nebo ve svém okolí, a reaguje na ni s jistou urgentností. Na změnu v jejich chování nebo v prožívání se dá nahlížet jako na úmyslnou či nezáměrnou snahu komunikovat s dospělými, jako by říkali: pozor, něco není v pořádku. Právě tato hypotéza vedla ke zrodu diplomové práce: Uplatňování metod dramaterapie v dětské psychiatrické léčebně. Dramaterapie dětem a adolescentům dává jiný rozměr terapie skrze expresi, přirozený výraz, který je pro ně mnohdy přijatelnější než verbální působení.

„.....ano prosím, vědecká práce a začíná jako pohádka. To pro případ, že by to nevzala univerzita, tak to budu vyprávět dětem." (Jiří Suchý, Jonáš a tingl-tangl)

TEORETICKÁ ČÁST

„Styk vnímajícího subjektu s uměním přispívá k rozvoji jeho senzitivity, imaginace a invence, podněcuje jeho aktivní postoj ke světu i kulturní potřeby jako potřeby autentické, které korespondují s hledáním a nalézáním jeho vlastní identity.“

1 DRAMATERAPIE

Dramaterapie patří mezi léčebně-výchovnou (terapeuticko formativní) disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající skupinovou dynamiku divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti (Valenta 2007). Dramaterapie umožňuje jedinci projevit se skrze symbolické vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i neverbální složku komunikace (The British Association for Dramatherapists in Valenta 2007). Dramaterapie má smysl právě díky přenesení změn individuálních nebo skupinových přes přímou zkušenost s divadelním uměním (Jennings 1995).

Slovenská dramaterapie nedefinuje obor dramaterapie pouze jako disciplínu léčebně-výchovnou, ale také uměleckou (Majzlová in Valenta 2007). Z celkového kontextu řadíme dramaterapii společně i s ostatními uměleckými terapiemi, jakými jsou například arteterapie v užším slova smyslu, biblioterapie, poetoterapie, muzikoterapie, taneční a pohybové terapie, pod pojem arteterapie v širším slova smyslu. Pakliže je arteterapie v širším pojetí vnímána jako záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky, pak lze dramaterapii vymezit jako disciplínu upravující narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky (Valenta 2007). Přestože nosným prvkem dramaterapie jsou divadelní prostředky, není kladen důraz na výsledný produkt, jak je tomu u teatroterapie, ale na celý proces dramaterapeutického působení na jedince (Valenta in Müller 2007).

Pokud reflektujeme většinu prostředků, metod a forem, které dramaterapie využívá, patří tato disciplína nejen mezi expresivní terapie využívající blahodárného vlivu kreativity jednotlivých múz, ale také mezi paradivadelní systémy, které nahlíží na divadlo jako na syntetické umění, přičemž dramaterapie využívá tyto divadelní a dramatické prostředky

k edukačním a terapeutickým cílům (Valenta 2007). V dramaterapii je tak zastoupený aspekt edukační, diagnostický, terapeutický, reedukční, korekční a rozvíjející (Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

1.1 Klientela dramaterapie

Klientela dramaterapie je poměrně široká. Není omezená ani věkem, ani diagnózou, ani pohlavím. (Majzlanová in Valenta a kol. 2006). Nejpočetnější skupinu tvoří klientela mentálně postižených jedinců, další frekventovanou skupinou jsou klienti s psychiatrickou diagnózou, dále klienti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež s jinými poruchami chování nebo psychosociálně ohrožená, osoby sociálně vyloučení nebo ohrožení vyloučením, jedinci nacházející se ve výkonu trestu, gerontologičtí klienti a v neposlední řadě osoby v postpenitenciální péči (Valenta 2007).

Přestože není dramaterapie omezená věkem, nejčastěji se využívá u dětských klientů, především v rámci diagnostiky nebo jako podpůrná či doplňková terapie (Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

1.2 Cíl dramaterapie

Cíle dramaterapie vyplývají dle zaměření klientely (dle diagnózy, věku, pohlaví). Cíle jsou proto velmi specifické a variabilní (Valenta 2007).

Mezi obecné cíle dramaterapie patří redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie, kreativity, odblokování komunikačních kanálů, integrace osobnosti, rozvoj sebedůvěry, vytvoření pocitu zodpovědnosti a úprava reálné aspirace (Majzlanová in Valenta 2007).

Mezi nespécifické cíle pak řadíme zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, zvládnutí kontroly emocí, změnu nekonstruktivního chování, rozšíření repertoáru pro život, získání schopnosti spontánního chování, rozvoj představivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry, sebeúcty, získání schopnosti poznat a přijmout své omezení a možnosti (Emunahová in Valenta 2007).

Majzlanová (in Valenta a kol. 2006) doplňuje, že v dramaterapii jde o plnění terapeutických cílů každého klienta zvlášť. Dramaterapeut využívá dramatické struktury se specifickým cílem pomoci klientovi zažít emoce, získat vnitřní motivaci a schopnost lépe se orientovat v sobě, v druhých, ve vztazích a v problémech. Cílem dramaterapie tedy není pouhý aktuální omezený nadhled, ale cílené a dlouhodobé změny, které vedou k určitému

posunu v jedincově prožívání, chování a jednání.

Cíle se odvíjí především od klientů, jejich diagnózy a problémů, založení skupiny, a od aktuálních potřeb klientů. Všechny tyto atributy určují strukturu a organizaci dramaterapeutického působení, výběr dramaterapeutických metod a technik (Majzlanová in Valenta 2006).

1.3 Prostředky dramaterapie

Mezi hlavní prostředky dramaterapie se řadí improvizace. Improvizace odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, umožňuje expresi aktuálního stavu jedince a cítění, rozvíjí spontaneitu, a je zcela svobodná (jedinec může volně experimentovat s různými rolemi), podporuje vnitřní vhled do modelových situací a jejich dynamiky, buduje schopnost okamžité reakce a zapojení do spolupráce v societě. Improvizace má nejbliže ke skutečnému životu v porovnání s ostatními prostředky dramaterapie (Valenta 2007).

V dramaterapii rozlišujeme tři typy improvizací (Emunah in Valenta 2007):

- *Plánovaná improvizace.* Klient se dopředu rozhodne, jaké místo v improvizaci zaujme. Je to silně strukturovaná improvizace.
- *Neplánovaná improvizace.* Klient má okamžitou možnost volby, zda vstoupí do role nebo ne.
- *Nepřipravená improvizace.* Tato improvizace jde mimo plán a záměr terapeuta a klient dopředu nepředvídá roli ani situaci, ale plynule přechází z jedné scény do druhé.

Kolínová (in Valenta a kol. 2006) dodává, že právě improvizace, vstupování do role a práce s ní, je jednou z nejdůležitějších dimenzí dramaterapie.

Mezi další prostředky dramaterapie se kromě improvizace řadí mimická a řečová cvičení, dramatická a verbální hra, hra v roli, scénář, mýty a příběhy, práce s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutková a maňásková hra, pohyb, pantomima, hra s objekty a s kresbou aj. (Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

1.4 Formy dramaterapie

Dramaterapie může být realizována formou ambulantní nebo klinickou. Při ambulantní formě dochází klient na intervenci do různých zařízení. Většinou se jedná o občanské sdružení, privátní praxe, neziskový sektor, speciální školy, denní centra nebo instituce speciální výchovy. V tomto případě se nahlíží na dramaterapii jako na nosný terapeuticko-formativní přístup. Při klinické formě se realizuje dramaterapie v rámci léčeben, psychiatrických oddělení a klinik, kde je klient hospitalizován. V případě klinické formy je dramaterapie brána jako komplementární (doplňková, podpůrná) terapie. Jako další formu terapie lze zahrnout dramaterapii v denních sanatoriích a stacionářích. Zde patří mezi kardinální psychoterapeutické skupinové činnosti (Valenta 2007).

Dále se dramaterapie dělí dle počtu klientů, a to na individuální a skupinovou. Individuální forma dramaterapie se vyskytuje méně často. Vhodná je zejména pro jedince s pervazivní vývojovou poruchou, u klientů trpící posttraumatickým stresovým syndromem a u klientů s mentální retardací. Další dramaterapeutická forma je užitá v komunitách. (Valenta 2007).

Skupinová forma dramaterapie se používá nejčastěji. Skupiny se dělí na koedukované (smíšené pohlaví, používají se častěji a efektivita bývá větší) a izosexuální, ale také podle druhu a typu postižení na homogenní a heterogenní (objevují se častěji). Dále se dělí na otevřené a uzavřené (Valenta 2007).

Individuální a skupinová forma dramaterapie se mnohdy kombinuje dle potřeb jednotlivých klientů (Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

S formou dramaterapie souvisí i počet klientů a délka sezení. Jednotlivá sezení trvají obvykle hodinu a půl, počet klientů se pohybuje od 3 do 10 osob (Majzlanová in Valenta a kol. 2006). Někteří autoři uvádí až 12 klientů. Nejčastější počet ve skupině je však od 4 do 8 osob. Celková délka sezení se utváří podle potřeb klientů.

1.5 Účinné faktory dramaterapie

Kataraze je původem dramatický termín. Mnohem později se tento termín adaptoval ve slovníku psychologie (Valenta 2007). Kataraze má ozdravný účinek, zbavuje jedince pocitu viny a výčitek svědomí. Ten se osvobodí od svých duševních konfliktů, od vnitřního napětí a stresových stavů přímým vyjádřením. Dochází k uvolnění napětí, úzkosti, pocitu viny a svědomí sdělením nebo znovuprožitím minulých zážitků. Kataraze je využívána v dramatu

od dob Sofoklových a je využívána dodnes (Hartl, Hartlová 2000).

Abreakce je s katarazí organicky spojena. Abreakce je chápána jako prostředek k dosažení kataraze tím, že terapeut umožní klientovi znovuprožití patogenních emocionálních zážitků, které byly potlačené, a to s odpovídajícím citovým doprovodem, za účelem uvolnění emoční tenze (Valenta 2007). Po abreakci se počítá s katarazním (očistným) působením takového prožitku (Kratochvíl 2006).

Agování má svým obsahem blízko k abreakci. Znamená to vybití nevědomých emočních impulzů (Valenta 2007). Agování může také znamenat vypadnutí z role, při níž je herecký výraz klienta silně podmíněn jeho vnitřním prožitkem (Kratochvíl 2006).

Korektivní emoční zkušenost získává klient prožitím situace, která je kontrastní a zásadně rozporná s jeho nevhodným očekáváním. Při této emoční korektivní zkušenosti nabývá jedinec potenciál vedoucí k možné změně postoje, a tím i chování (Valenta 2007). Protože hodnotící soudy, vytvořené způsoby chování a prožívání nejsou záležitostí pouze rozumového náhledu, ale jsou i podbarveny emočně, je potřeba, aby klient věci prožil silnými emočními zážitky. Při pokusech o navození korektivní emoční zkušenosti je základem terapeutický vztah. V něm má klient získat nové zážitky. Jedinec se může sám, vlivem korektivní emoční zkušenosti změnit aniž by analyzoval příčiny. K rozumovému zpracování může dojít později, s časovým odstupem (Kratochvíl 2006).

Kataraze, abreakce a korektivní emoční zkušenost patří mezi účinné terapeutické faktory, které ovlivňují emocionální stránku jedince (Valenta 2007). Změna nastává v přímé souvislosti s jednáním terapeuta (Vymětal in Valenta 2007).

Mezi další účinné faktory, se kterými pracuje i dramaterapie, je působení skupiny na jednotlivce. Kratochvíl (in Valenta 2007) k těmto faktorům řadí členství ve skupině, **emoční podporu, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, zpětnou vazbu, náhled, získání nových informací a dovedností, nácvik nového chování a odreagování.**

Dle Yaloma (2007) je skupinová terapie významná pro interpersonální zkušenost, která zahrnuje **dobání naděje, univerzalitu, předávání informací, altruismus, korektivní rekapitulaci primární rodiny, rozvoj socializace, napodobující chování a interpersonální učení.**

Role zahrnuje jednak očekávání, které vůči jedinci zaujímá někdo jiný, než je on sám, jednak soubor vnějších projevů chování a jednání jedince, ale také vnitřní model, vnitřní představu jedince o výkonu určité role (Valenta 2007). Hraní rolí slouží k tomu, aby se

aktivní formou znázornily a řešily vnitřní konflikty a hledaly se nové způsoby jednání. Tímto způsobem si může klient, v situaci chráněné terapeutickým prostorem, vyzkoušet změněné jednání a přitom se velmi blízce přiblížit jednání skutečnému (Dörner, Plog 1999). Běžné rolové vztahy jsou skrze dramaterapii projektovány ven a přijímají symbolickou povahu transcendence (Landy in Valenta, Reisman 1999).

Landy (in Valenta 2007) dělí přijímání rolí na několik úrovní. Jsou to imitace, identifikace, projekce a přenos.

Imitace je přejímání vnějších znaků role. jedinec imituje hlavně pohyby a způsob komunikace jiných osob. Tento druh přejímání rolí má zpočátku podobu napodobování, teprve později jedinec vztahuje roli k vlastní osobě až do postupně se rozvíjející schopnosti vcházet do rolí.

Identifikace je hlubší přijetí role, kdy jedinec přijímá kromě vnějších znaků také pocity a hodnoty. Probíhá vnitřní dramatický proces, kdy jedinec poznává sám sebe i své schopnosti.

Pravým opakem identifikace je pak **projekce**, kdy se jedná o neuvědomované přenášení vlastních motivů, přání a pocitů na jiné osoby, věci nebo zvířata. Projekci lze chápat jako obranný mechanismus, který chrání jedince před úzkostí z vnitřních konfliktů. Projekce je velmi bezpečnou metodou, pokud klient aplikuje některé aspekty sebe mimo vlastní osobu, a tak si vytvoří bezpečný a jistý odstup.

Přenos se týká vztahu terapeuta a klienta, při němž klient přenáší na terapeuta minulé zkušenosti, neuvědomovaná očekávání a emoční vazby.

Skupinová dynamika je soubor skupinového dění a skupinových interakcí se všemi zákonitostmi, kterých se využívá jako součást terapeutické techniky. Do skupinové dynamiky patří cíle a normy skupiny, role, vůdcovství ve skupině, vztahy závislosti a rivalita, skupinová koheze, skupinové tenze, projekce a tvorba podskupin (Kratochvíl 2006). Právě skupinovou dynamiku využívá skupinová terapie k léčebným účelům (Kratochvíl 1995).

Terapeutická norma vymezuje pravidla skupiny pro projevení emocí, svěřování se a přijímání, toleranci, aktivitu ve skupinové diskuzi, poskytování zpětné vazby a zaměření se na dosažení užitečných změn u sebe i druhých.

Koheze (soudržnost) skupiny napomáhá uspokojování potřeb jedince skupinou (sympatie, motivace, přátelská atmosféra a vliv skupinových aktivit).

Tenze (napětí) vzniká vzájemnou interakcí členů ve skupině. Přílišná i nedostatečná

tenze skupiny může mít negativní důsledky.

Projekcí se rozumí projikování osobních zkušeností na druhé osoby. Pro přenášení emocionálních vztahů se používá pojem **přenos**.

Sociální facilitace je stimulace skupinou a zvýšení výkonu jedince ve skupině (Valenta 2007).

Jenningsová (in Valenta 2007) rozlišuje skupiny zaměřené primárně na rozvoj kreativity a exprese. Terapeut ve skupině působí jako facilitátor skupinové dynamiky. Skupiny zaměřené na rozvoj sociálních dovedností a učení. Terapeut je zde důležitým modelovým prvkem a skupina zaměřená na vnitřní vhled, na sebereflexi a následnou změnu.

Aby mohla skupina splňovat terapeutický záměr, musí být modelem klientových přirozených skupin, musí klienta podněcovat, musí být natolik plastická, aby náznakové obsazení rolí a jejich výkon bylo možné měnit. Členové skupiny se musí umět chovat jinak, než jak klient očekává, tj. jinak než členové jeho přirozených skupin (Kratochvíl 2006).

Dramaterapie záměrně využívá skupinovou dynamiku (kohezi a tenzi) při plnění terapeutických cílů (Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

Distancování je obecný pojem, který v sobě nese dva ekvivalenty, a to Brechtovo zcizování a Stanislavského evokování citové paměti. Brechtovo zcizování se z dramaterapeutického pohledu dělí na malou distanci, přílišnou distanci a estetickou distanci.

Klient s přílišnou distancí je odtažitý, potřebuje si stanovit pevné hranice mezi sebou a ostatními, vyhýbá se identifikaci, ve skupině je vnímán jako rigidní, až cizí část celku. Repertoár rolí má omezený, většinou hraje jednu roli, a to s velmi malou flexibilitou.

Klient s malou distancí si nestanovuje odpovídající hranici pro fyzickou, emoční i konativní identifikaci s druhými, stupeň empatie je vysoký, klient je nadměrně zranitelný, vyžaduje neustálou pozornost, neovládá své emoce, rolový repertoár je neomezený, tvárný.

Estetická distance je středovou hodnotou, kdy je klient schopen najít rovnováhu fyzické, emocionální a rozumové distance. V takovém stavu rozeznává mezi vlastním já a druhým, mezi skutečnou a hranou osobou. Hranice jsou pružné, mění se v závislosti na probíhajících interakcích. Estetická distance vytváří prostředí pro katarazi (Landa in Valenta 2007).

1.6 Dramaterapeutický proces

Struktura dramaterapeutického procesu se dělí na pozdrav terapeuta se skupinou, zahřívací cvičení, otevření hracího prostoru, nastartování hry, hlavní část a uzavření sezení.

Pozdrav terapeuta se skupinou je nutné použít před začátkem každé lekce. Terapeut naváže kontakt se skupinou, i s každým jedincem zvlášť. Během pozdravení zjišťuje terapeut naladění každého člena skupiny. Tato aktivita by se měla odehrávat v kruhu (Valenta 2007).

Warm up (rozcvička, zahřívací cvičení) slouží k uvolnění svalů a celkové tenze těla, včetně dýchání. Součástí je i relaxace. Někdy je vhodné použít jako warm up imaginaci místo fyzické aktivity. Správný warm up by měl upravit rovnováhu klientů s přílišnou a malou distancí (Valenta 2007). Této části se doporučuje věnovat asi čtvrtinu času. Součástí warm up je rozcvička, motivace a příprava skupiny na hlavní část sezení (Jenningsová in Valenta 2007).

Otevření hracího prostoru slouží pro vstup klientů na scénu, otevření vlastní terapeutické řady. Jako vhodný prostředek k otevření hracího prostoru slouží opakující se rituál.

Při **nastartování hry** musí terapeut reflektovat dva dramaterapeutické principy, a to vřadit do improvizace každý impulz, který zachytí ve skupině, a budovat improvizaci vyváženě v duchu ontogenetického schématu (pohyb-zvuk-obraz-postava-verbální exprese).

Hlavní část sezení by měl terapeut uměle rozdělit na personifikaci (vstup do rolí), strukturovanou hru v roli (objevuje se jedno téma a jedna situace pro celou skupinu), a nestrukturovanou hru v roli (práce s několika societami současně, které mají stejnou emocionální podobu (Valenta 2007). Hlavní části, která by měla obsahovat tvořivost, exploraci, hru v roli, nové modely chování nebo transformaci pocitů a postojů, by měl terapeut věnovat asi polovinu času sezení (Jenningsová in Valenta 2007).

Uzavření sezení je nejčastěji vyplněn rituálem. Měl by to být bod, kdy se klienti uklidní, čas pro přechod mezi hraním a realitou (Valenta 2007). Terapeut by neměl tuto část sezení podcenit nebo urychlit, měl by jí věnovat alespoň čtvrtinu času. Kromě rituálu se používá reflexe a relaxace. Je možné také použít techniku, která danému klientovi napomůže stát se sám sebou a vyrovnaně opustit skupinu (Jenningsová in Valenta 2007).

Etapy dramaterapeutického procesu jsou variabilní dle klientů, jejich schopností a délky trvání dramaterapeutického působení.

V případě dlouhodobě indikované dramaterapie rozděluje (Emunahová in Valenta 2007) pět etap dramaterapeutického procesu, které na sebe navozují. Jsou to tyto:

- *První etapa je dramatická hra.* Slouží k navození důvěry mezi členy skupiny i ve vztahu k terapeutovi, k vybudování atmosféry umožňující uvolnění a spontaneitu.
- *Druhá etapa je scénická práce.* Klienti hrají role, které nejsou totožné s obsahem rolí z jejich vlastního života (opakem je to u psychodramatu). Je zde možné použít široký sortiment rolí a situací, klient má možnost si je vyzkoušet a prožít je.
- *Třetí etapa obsahuje hraní rolí.* Tato etapa je přechodem od imaginární dramatizace do reality. V druhé etapě se klient naučil využít dramatu jako média, ale nyní už ho využívá pro vyjádření situací ze svého života. Prostředkem je hra v roli.
- *Čtvrtá etapa je kulminovaná akce.* Klientovo zkoušení rolí, vztahů a konfliktů v životních situacích vede k hlubší introspekci. Tato etapa je průnikem na psychodramatické pole. Je v ní kladen důraz na jedince na pozadí komunity, dramatizuje se jeho osobní příběh.
- *Pátou etapou je dramatický rituál.* Uzavírá se série sezení. Hlavní pozornost se soustřeďuje na slavnostní obřad, podává se celková reflexe a pozitivní zpětná vazba jako celku, jedincům se předkládá přehled toho, co se naučili (Emunahová in Valenta 2007).

1.7 Dramaterapeutické techniky

V dramaterapii se využívají **relaxační metody** (zaměřené na uvolnění), **zážitkové metody** (dramatické hry, hraní rolí), **scénické metody** (dramatická metafora), **motivační metody** (uspokojování potřeb, zájmu, pocit důvěry), **sebereflexní metody** (uvědomění si svého chování v různých situacích), **nácvikové metody** (zvládání nových zkušeností) a **behaviorální přístupy** (posilování správného chování) (Majzlanová in Valenta 2006).

V publikaci Dramaterapie od Valenty (2007) je popsán celý sumář dramaterapeutických technik, které se dají použít. Přesto, jak sám autor uvádí, techniky jsou uvedené jako vodítko, terapeutovi slouží jako podklad, nikoliv jako výčet. Každý

terapeut má svůj sumář technik, které používá dle potřeb klientů. Přesný výčet technik není obsahem této práce, proto zde budou uvedeny pouze schopnosti, které se pomocí dramaterapeutických technik dají rozvíjet, ve které fázi, a dále šest nejfrekventovanějších dramaterapeutických technik. V případě zájmu odkláním čtenářovo zacilení na vzhled do knihy výše zmiňované Dramaterapie.

Na začátku lekcí se doporučuje, aby se terapeut zaměřil na **citovou expresi, skupinovou interakci, tělesnou aktivaci, budování důvěry ve skupině a pozorování s koncentrací.**

V pokračovacích lekcích se doporučuje, aby se terapeut zaměřil na **expresi a komunikaci, role a charakter rolí, kooperaci skupiny a sebepoznání.**

V uzavíracích lekcích se doporučuje, aby se terapeut zaměřil na **schopnost dávat i přijímat, skupinovou tvořivost, skupinovou percepci a pohled zpět** (Valenta 2007).

Majzlanová (in Valenta a kol. 2006) uvádí následující schopnosti, které se skrze dramaterapii rozvíjí. Patří sem komunikace, oční kontakt, naslouchání, fyzická koordinace, vyjádření pocitů, pozornost a koncentrace, flexibilita a schopnost řešit problémy, sociální interakce a sebedůvěra. Techniky člení podobně jako Valenta (2007), dle fáze terapeutického procesu, a to:

- *První fáze.* V první fázi doporučuje zařadit techniky zaměřené na soustředění a zcitlivění vnímání. Řadí sem hry na uvolnění a odreagování napětí, na koncentraci pozornosti, neverbální techniky, práce s maskou, projektivní techniky, rituální hry, hry s pohybem, smyslové, rytmičké a dramatické hry
- *Druhá fáze.* V druhé fázi doporučuje používat metody a techniky zaměřené na získání určitých dramatických zručností, na rozvoj kognitivních, emocionálních, kreativních a estetických funkcí. Lze použít dramatizaci, rolové hry, hru s předmětem, s loutkami a maňásky, dialogickou improvizaci, make-up, masky, práci s příběhem, sociálně dramatické hry, etudy, pantomimu, taneční drama a divadlo.
- *Třetí fáze.* Ve třetí fázi doporučuje použít techniky zaměřené na získávání sociálních zkušeností v oblasti sociální interakce a komunikace, na senzibilitu, empatii, korekci chování, názorů a postojů. Lze použít stejné techniky jako v druhé fázi.

- *Závěrečná fáze.* V této fázi doporučuje zaměřit techniky na sebereflexi klientů, vhodná je diskuze, relaxace, jednoduché dramatické prvky.

Emunahová (in Valenta 2007) podává šest nejfrekventovanějších technik. Dvě techniky jsou převzaté z psychodramatu. Je to výměna rolí, alter ego, hra s časem, přidávání a ubírání postav, přebírání rolí a opakování výstupu.

Výměna rolí. Klient si na scéně vymění role ve všech jejich attributech (místo v prostoru, gesta, postoj). Výměna rolí dává scéně větší dynamiku, pomáhá překonat hluchá místa a pomůže klientovi porozumět perspektivě někoho jiného, a tím i empatii. Klient si vyzkouší jiný postoj, obohatí se mu jeho rolový repertoár a poskytne okamžitou zpětnou vazbu a potřebnou distanci jinému klientovi.

Alter ego. Klient, protagonista, je provázen jiným klientem nebo terapeutem, který vyjadřuje nahlas to, co se domnívá, že protagonista zrovna cítí, prožívá, a na co myslí. Ozvučuje jeho vnitřní svět. Tím se klientovi poskytne podpora a povzbuzení, překonávají se bariéry z použití hlasu a vyjádření jeho pocitů.

Hra s časem. Klient se pohybuje na časové křivce vpřed i vzad a to mu umožňuje vytvořit si nadhled na situaci.

Přidávání a ubírání postav. Změna počtu postav je příležitostí pro vznik nových perspektiv a prohloubení situací.

Přebírání rolí. Klient rozehraje roli a poté je vyzván jiný klient, aby roli převzal a pokračoval. Terapeut tak zajistí větší zainteresovanost skupiny a autorovi role dá možnost podílet se na situaci role jako divák. Technika učí hrát stejnou roli jiným způsobem a umožňuje emocionální distanci od role.

Opakování výstupu. Výstup se opakuje, jestliže se v něm objevilo něco terapeuticky závažného (Majzlanová in Valenta 2006).

1.8 Dramaterapeutický projekt

Dramaterapeutický projekt má dramatickou stavbu. Jednotlivé složky projektu na sebe navazují, vzájemně se umocňují a jsou soustředěné kolem sjednocujícího středu (jádra) projektu. Projekt díky tomu má svou expozici a průběh směřující k dramatickému závěru. Jestliže srovnáme projekt a metodické řady, zjistíme, že projekt je náročnější na organizaci a kontrolu terapeuta, ale na druhé straně je více motivující pro klienty.

Dramaterapeutický projekt rozvíjí kooperaci a motivaci klientů, kteří se tak se učí řešit

problémy, experimentují, umocněná je i jejich praktická zkušenost, vnitřní prožitek, i koncentrace, rozvíjí se kreativita, imaginace a intuice, vnitřní kázeň, odpovědnost a tolerance. Osobnost klienta se formuje jako celek, rozvíjí jeho empatii, asertivní jednání a emocionální inteligenci (Valenta 2007).

Časový plán a počet klientů dramaterapeutického projektu je daný rámcem instituce, kde se projekt realizuje, a povahou specifických potřeb klientely (Valenta in Müller 2007).

Dramaterapeutické metodické řady nejsou spojeny jednotícím prvkem, složky metodických řad mohou být položeny vedle sebe bez gradace, návaznosti. Metodická řada může být v libovolné složce ukončena (projekt ne), aniž by utrpěl její význam. Dramaterapeutický projekt a dramaterapeutická metodická řada mají identické terapeuticko-formativní cíle (Valenta 2007).

2 SPECIFIKA TERAPIE DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Dříve, než se budu zabývat specifikou terapie dětí a adolescentů, vymezím pojem terapie, lépe řečeno psychoterapie. Pojem dramaterapie je vymezen v kapitole 3.

Psychoterapie je léčebná činnost, specializovaná metoda léčení či soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce. Působí léčebnými prostředky, na nemoc, poruchu nebo anomálii. Psychoterapie má za úkol zmírnění nebo odstranění obtíží, a dle možností i odstranění jejich příčin. V procesu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování klienta. Provádí ji kvalifikovaná osoba (Kratochvíl 2006).

Psychoterapie znamená záměrné užívání psychologických prostředků k léčbě psychických, fyzických, sociálních a noogenních poruch. Porucha vždy způsobuje odchylku od normálního zdravého vývoje dítěte. Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky se zaměřením na odstranění této nežádoucí odchylky, obnovu zdravé funkce a vývoje osobnosti dítěte. Psychoterapie jako léčebné působení samostatně neuzdravuje, ale vytváří podmínky, ve kterých může uzdravení nastat. (Langmeier, Balcar, Špitz 1989).

Psychoterapeut působí cíleným zasahováním do vnitřního dění takové změny v duševním životě dítěte, jež jsou nezbytnou podmínkou k obnovení zdravého vývoje (Balcar in Říčan, Krejčířová a kol. 1997).

Terapie dětí se od terapie dospělých liší především v tělesné, duševní i společenské oblasti jedince. V těchto oblastech má jinak rozvinuté předpoklady k selhávání i uplatnění terapeutického vlivu. Předpoklady k terapii určitého zaměření a druhu, které je při volbě léčebných metod třeba vzít v úvahu, jsou z hlediska dětského pacienta buď přímo spjaty s jeho osobou (vnitřní), nebo spjaty s jeho okolím (vnější). Právě vnější okolí má důležitou funkci při terapii dětí, protože děti i dospívající mají zvýšenou míru závislosti na okolí než dospělí, a to značně ovlivňuje terapii. Dalším důležitým atributem, který ovlivní terapii, je věk dítěte, duševní vyspělost, povahové sklony, socializační působení a tělesný stav (Balcar in Říčan, Krejčířová a kol. 1997).

Děti přicházejí k terapeutovi častěji než dospělí a také jejich léčba má větší naději na úspěch. V zásadě platí, že čím je lidská bytost mladší, tím je zranitelnější, ale také snadněji měnitelná a léčitelná. Tedy čím mladší dítě, tím je více tvárnější a prostředím ovlivnitelnější. Dalším specifikem dětské terapie je nezbytnost informací o vývojové

úrovni dítěte a o zátěžích, jimž je vystaveno a které mohou být pro konkrétní vývojové období zásadně důležité. Samotné děti většinou o pomoc nežádají, přivádějí je jiné, zúčastněné osoby, nejčastěji rodiče nebo učitelé. Mnohé terapeutické postupy jsou však účinné za předpokladu, že klient je sám ochoten na změně spolupracovat. Děti, které jsou do terapie přinuceny, pracují neochotně a bez zájmu. Zvláště u adolescentů je nutné nejprve pro terapii vhodně motivovat a dát prostor pro jejich svobodné rozhodnutí (Langmeier, Balcar, Špitz 1989).

V dětské terapii je na rozdíl od terapie dospělých kladen větší důraz na city a chování, protože poznávací a volní schopnosti nejsou u dětí ještě tolik rozvinuty. Terapeutická intervence musí vždy respektovat specifika jednotlivých vývojových stádií dítěte. Respektování vývojových zvláštností je pro terapii zcela zásadní (Vymětal 2003).

Menší vývojová diferenciovanost dítěte vede k tomu, že poruchové vlivy tělesné, duševní nebo sociální povahy svými účinky mnohem snáze zasahují do dalších oblastí, než je tomu u dospělých. Osobnostní funkce poznávání, cítění a snažení jsou mnohem méně osamostatněny, a proto děti prožívají životní události méně diferenciovaně, s menší schopností rozumového nebo citového odstupu v prožívání a jednání. To stejné platí i o sepětí změn v prožívání a ve fyziologii. Děti snáze reagují celostně, psychosomaticky, zatímco u dospělých se setkáváme s určitou částí patologie (Balcar in Říčan, Krejčířová a kol. 1997).

Cílem dětské a adolescentní terapie je vždy všestranné a harmonické rozvíjení osobnosti. Dětská psychoterapie nezahrnuje pouze odstranění chorobných příznaků, kterými dítě trpí a obnovení normálního vývoje, ale i integraci dítěte do běžného života (Kratochvíl 2006). Psychoterapeutické působení směřuje k rozvoji osobnosti dítěte, a mělo by se ve svém vývoji dostat na vyšší úroveň, mělo by působit na lepší sebepoznání a sebepojetí, mělo by vést k lepšímu pochopení dítěte sebe samého, k pochopení vztahů s druhými lidmi. Dětská psychoterapie by měla odstraňovat, případně kompenzovat nedostatky a usilovat o větší vnitřní stabilitu a schopnost sebeřízení dítěte. (Vymětal 2003). Terapeut pracující s dítětem má za také úkol oddělit JÁ dítěte od vnějších soudů, hodnocení a mylných sebepojetí a pomoci mu znovu objevit jeho vlastní JÁ (Oaklander 2004).

Geldard (2008) dělí cíle terapie dětí a adolescentů na cíle, základní, cíle rodičovské a cíle formulované terapeutem a cíle dítěte.

Základní cíle. Základní cíle terapie u všech dětských klientů bez rozdílu jsou tyto:

- *naučit dítě zvládat bolestivé citové záležitosti*
- *umožnit dítěti dosáhnout určité úrovně kongruence s ohledem na jeho myšlenky, emoce a chování*
- *umožnit dítěti získat dobré mínění o sobě samém*
- *naučit dítě přijímat vlastní omezení i silné stránky*
- *přivést dítěte ke změně těch typů chování, které mají negativní důsledky*
- *umožnit dítěti, aby vnější prostředí působilo bez obtíží a aby se snadno přizpůsobovalo novým situacím*
- *zprostředkovat dítěti příležitost k dosažení vývojových mezníků*

Rodičovské cíle. Tyto cíle se vztahují k pohledu rodičů na danou problematiku a bývají založené na současném chování dítěte.

Terapeutovy cíle. Terapeut si vytváří hypotézy, proč se dítě chová určitým způsobem, poté si stanovuje cíle individuálně k danému dítěti.

Cíle dítěte. Tyto cíle se objevují v průběhu sezení. Dítě má většinou problém své cíle verbálně vyslovit. Někdy však zapadají do cílů terapeuta.

Terapeut pracující s dítětem, dospívajícím nebo s dospělým cestuje časem nazpátek a vzpomíná, znovu získává, obnovuje a posiluje to, co dotyčný měl jako malé dítě a nyní mu připadá ztracené. Jakmile se jeho smysly probudí, jakmile znovu začne naslouchat svému tělu, bude moci rozpoznat, přijmout a vyjádřit své ztracené emoce. Naučí se, že má na vybranou, že se může rozhodovat, volit a slovně vyjadřovat své potřeby a tužby, myšlenky a představy. Když klient zjistí, kdo je, a přijme svou odlišnost od druhých, může pak s někým vstoupit do kontaktu a ten druhý to bude vědět. Na věku v tomto případě nezáleží (Oaklander 2004).

Dětská psychoterapie úzce souvisí s výchovou. Terapeutické působení vždy výchovu doplňuje, provází nebo napravuje. Podobně jako psychoterapie i výchova se potýká s nejrůznějšími dětskými problémy a potížemi. Dítě prochází rychlým tělesným a psychickým vývojem, který má své úskalí a nese s sebou přirozeně i komplikace. Ty většinou pomocí rodičů a vychovatelů s dalším vývojem odezní. Psychoterapie se zaměřuje

na již existující poruchy vyžadující léčebný zásah (Langmeier, Balcar, Špitz 1989).

2.1 Osobnost terapeuta a terapeutický vztah

Osobnost terapeuta je velice důležitým proměnným prvkem v procesu terapie. Význam může mít jeho profese, věk, pohlaví, výcvik, zkušenost, zájmy, teoretická orientace, hodnotový systém, nadšení pro věc, charakterové a temperamentové vlastnosti, způsob řeči, jeho vlastní sociální přizpůsobování, zralost osobnosti, opravdovost, vřelost a schopnost empatie (Kratochvíl 2006)

Bartošíková a Voříšek (1998) uvádějí obecnou charakteristiku terapeuta. Ten má mít schopnost empatie, trpělivost a umění naslouchat, opravdovost, umění být sám sebou, tvárnost, pružnost, otevřenost, vyrovnanost, přiměřené sebepojetí, schopnost mít rád sám sebe a mít rád ostatní, ochota a kladný přístup k řešení problémů a komunikační dovednosti. Vzhledem k široké škále terapeutických směrů jsou kladeny i rozdílné požadavky na vlastnosti terapeuta. Značný význam pro terapii má empatie, vřelost, opravdovost, altruistický přístup ke klientovi, morální a etické zásady terapeuta a odborná připravenost (Kratochvíl 2006).

Osobnost dětského terapeuta by měla být (Geldard 2008):

- *kongruentní (integrovanou) osobností.* Dítě by se mělo cítit bezpečně. Vztah terapeuta a dítěte by měl být založen na důvěře. Toho dosáhne terapeut tehdy, je-li kongruentní, celistvou, integrovanou osobností, pevně zakotvený, upřímný, zásadový a vyrovnaný. Děti zpravidla velmi rychle odhalí dospělého, který jedná rozporuplně.
- *v kontaktu s dítětem v sobě.* Pakliže terapeut pronikne do svého dítěte, lépe pochopí svět dětského klienta a bez obtíží zapadne do jeho světa. Tím se zvýší pravděpodobnost, že spojení s dětským klientem bude úspěšnější, že terapeut klientovi porozumí. Dítě se v takovém vztahu více otevře, své pocity nepotlačí. Pro děti je důležité nevyhýbat se nepříjemným pocitům, naopak je prožít, pojmenovat si je. Jako terapeuti se stáváme pro naše klienty modelem. Proto je potřeba, abychom nejprve u sebe změnili věci, které chceme změnit u dětí. Abychom toho dosáhli, musíme se pravidelně zabývat našimi vlastními záležitostmi pod dohledem supervizora.
- *akceptující.* Pakliže terapeut chce, aby dítě zkoumalo svou soukromou a i temnější

součástí svého já, pak musí terapeut svým chováním dávat dítěti neustále najevo, že může být, bez jakéhokoliv omezení, tím, kým ve skutečnosti je, a terapeut ho musí takového přijmout.

- *citově nezaujatá*. Pokud se terapeut citově angažuje, pak ovlivňuje chování a prožívání dítěte. Dítě se pak bojí terapeuta zranit, bojí se o něj přijít, nebo naopak s ním manipuluje. Vzniká tak fenomén přenosu. Zásada, že terapeut musí zůstat citově nezaujatý, ještě neznamená, že musí být apatický, bez života a vzdálený.

Dítě se s terapeutem snaží do takové míry, nakolik se s ním cítí bezpečně (Oaklander 2004).

Terapeutický vztah s dětmi je klíčovým prvkem v procesu terapeutické změny. Geldard (2008) pojednává o vlastnostech vztahu dítě - terapeut. Terapeutický vztah dítě - terapeut by měl být:

- *Spojnicí mezi světem dítěte a terapeutem*. Dítě může vidět své rodinné prostředí zcela jinak než rodiče. Terapeut by se měl vcítit do vnímání dítěte, a v této rovině s ním pracovat. V žádném případě terapeut nesmí uvádět žádné soudy. Vztah by měl být spojnicí, to znamená, že díky vcítění se terapeuta do dítěte se umožní zachytit dětskou zkušenost. Přesto, že se terapeutovi mohou projíkovat dřívější zkušenosti, měl by snažit daným interpretacím co nejvíce vyvarovat.
- *Exkluzivní*. Terapeut by měl s dítětem vybudovat a udržovat dobrý vztah, ve kterém se dá utvářet vzájemná důvěra. Pro dítě musí mít tento vztah silnou příchut' výjimečnosti a jedinečnosti, proto v něm nesmí v docházet k nežádoucímu vměšování jiných lidí. Má-li být terapeutický vztah efektivní, musí terapeut plně přijímat způsob, jak na sebe dítě nahlíží. Udržovat exkluzivitu znamená nedovolit ostatním žádné vměšování ani účast bez výslovného svolení dítěte. S exkluzivitou souvisí i etický kodex.
- *Bezpečný*. Terapeut musí vytvořit prostředí, v němž dítě pociťuje svobodu mluvit o čemkoli a bezpečně se stává pánem nad svými city. Dítě musí být přesvědčené, že mu nehrozí žádné neblahé důsledky, nic, co by ho mohlo citově poškodit, když o sobě něco odhalí. Aby se dítě cítilo bezpečně, musí terapeut stanovit určitou strukturu sezení.
- *Autentický*. Měl by to být poctivý, nefalšovaný, skutečný vztah. Mezi terapeutem a dítětem by mělo docházet k přirozené, spontánní souhře, bez zábran, bez cenzury a bez zbytečné úzkosti. Terapeut nesmí potlačovat témata, se kterými dítě spontánně

přijde, nesmí je zesměšňovat a nesmí se jim snažit vyhýbat.

- *Důvěrný.* Terapeut se snaží vytvořit prostředí bezpečí, kde je dítě schopno sdílet velmi soukromé myšlenky a pocity. Takový pocit bezpečí nevznikne bez určité úrovně důvěry. Tuto důvěrnost a její omezení je nutné s dítětem probrat už na počátku budování vztahu.
- *Nevtíravý.* Dítě by se ve vztahu mělo cítit spokojeně a uvolněně. Spousta otázek, nemluvě na začátku terapeutického vztahu, může dítě odradit.
- *Cílevědomý.* Děti vstupují do terapie ochotněji a s větší důvěrou, pokud vědí, proč terapii navštěvují. Každý klient, i dětský, musí vědět, proč má terapeuta navštěvovat.

Vytváření účinného terapeutického vztahu s dětmi a s dospívajícími je náročnější v tom, že je třeba ustavit vztah plnoprávné součinnosti a osobní zúčastněnosti partnerů, kteří si nejsou rovni autoritou, schopnostmi a zkušenostmi. K tomu potřebuje terapeut dobře pochopit vnější i vnitřní svět dítěte, naučit se jeho jazyku chápání a vyjadřování, osvědčit mu toto své pochopení, svou solidaritu a vůli i schopnost mu pomoci. Je třeba dítěti co nejdříve vysvětlit, že terapeut není jeho agent, rodič či jiná osoba, ale jeho partner (Balcar in Říčan a kol. 1997).

Langmeier a kol. (1989) uvádějí, že není dobré zacílit terapeutický vztah pouze na dítě a terapeut, ale na dítě, terapeut a rodiče (zástupci, vychovatelé), protože ti bývají často účastníci patologických vazeb, kterým zdraví dítěte podlehl.

Pro úspěšné terapeutické působení se musí terapeut vyrovnat i s nároky svého vztahu a součinnosti s dospělými. Potřebuje získat důvěru a potřebnou spolupráci dospělých účastníků terapeutické činnosti, aniž by mu to bránilo pracovat s dítětem, popřípadě i s dospělými tak, jak to účinná léčba vyžaduje. Dětský nebo dospívající klient i jeho dospělé osoby se při dobrém terapeutickém vztahu stávají plnohodnotnými aktivními účastníky terapeutické práce a mají možnost prožívat její výsledky jako svůj úspěch (Balcar in Říčan a kol. 1997).

Přenos. Kratochvíl (2006) vymezuje přenos jako zvláště, afektivně zabarvený vztah klienta k terapeutovi. Pozitivní přenos vznikne, když se klient ochotně podrobí terapii, jeho sdělení jsou bohatá. Na uvědomění si těchto pocitů může klient reagovat novým odporem, tzv. přenosovým. Tím vzniká negativní přenos, ve kterém se projevuje skryté

nepřátelství, chladná rezervovanost a hostilní odmítání. Práce s přenosem klade na terapeuta značné nároky.

V dětské terapii k přenosu dochází, když se dítě začne chovat k terapeutovi tak, jako by byl jedním z jeho rodičů nebo jinou významnou osobností z jeho okolí. Příčinou takového chování je, že dítě svá přesvědčení o určité osobě promítá na terapeuta v domnění, že terapeut se osobě podobá. Dítě tak vnímá terapeuta kladně nebo záporně, ale v obojím případě zkresleně. Pakliže terapeut tuto roli převezme, dopustí se vážné terapeutické chyby. Převzetí této role se říká protipřenos. Přenos i protipřenos se ve vztahu dítě - terapeut objevuje často. Jestliže jsou přenos a protipřenos zavčas objeveny, terapeut si je uvědomí a začne jim čelit, nevznikne v procesu ani ve vztahu žádný problém. Pokud má terapeut podezření, že se objevuje přenos, musí se snažit o co největší možnou míru objektivitu. Někdy je potřeba poradit se supervizorem (Geldard 2008).

2.2 Terapeutický proces

Terapeuti pracující s dětmi a adolescenty by se měli snažit zapojovat se do terapeutického procesu skrze své terapeutické dovednosti, nejlépe skrze média a expresivní techniky (Geldard 2008).

Langmeier a kol. (1989) poznamenává, že průběh terapie dětí má podobnou skladbu jako terapie dospělého. Terapeutický proces tvoří::

- Navázání dobrého terapeutického vztahu
- Zásady poskytující dítěti bezprostřední ulehčení v jeho prožívaném utrpení a dokazující mu příležitost své nesnáze ve spojení s terapeutem překonat
- Vlastní psychoterapeutická práce, která obsahuje dle povahy problému citové odreagování, dosažení vzhledu do souvislosti obtíží, korektivní citovou zkušenost, ovlivnění motivů, osvojení nového chování, obnovu zdravého průběhu fyziologických funkcí a jiné léčebné změny ve vnitřních pochodech, funkcích a vývoji dítěte.
- Integrace dosažených terapeutických změn v dítěti do jeho běžného života opětovným zatížením daných funkcí a struktur osobnosti a organismu s postupně vrůstajícími nároky. Je nutné osvědčení zisků z terapie v mimoterapeutickém životě dítěte.
- Odpoutání dítěte od terapeuta, jeho osamostatnění. Terapeut často zůstává po ruce

pro případ potřeby.

Diagnostický proces, který je často prováděn v prvních částí terapeutického procesu, doporučuje Oaklander (2004) provádět neustále, po celou dobu sezení, terapie.

Nedílnou součástí terapeutického procesu jsou poznámky, které se musí prolínat napříč celým terapeutickým procesem. Terapeut může s jejich pomocí pozorovat vývoj terapie a na jejich základě může zjistit, jak má směřovat v dalších sezeních. Tyto poznámky nedoporučuje číst rodičům, ale naopak je doporučuje číst dětem (Oaklander 2004).

Violet Oaklander (2004) uvádí, že u mnoha problémů stačí 3 - 6 měsíců terapie jedenkrát týdně.

2.3 Využívání expresivních terapeutických technik

V terapii lze využít různých metod podle toho, které z nich jsou v daném věku (a také vzhledem k omezením danou situací, povahou a poruchou dítěte) přijatelné. Obecně lze říci, že v dětském věku se terapie zaměřuje více na prožití než pochopení. Je to proto, že je v tomto období omezena vyspělost kognitivní a řečová. Přestože se u větších dětí a dospívajících v terapii hodně mluví, mají nonverbální zkušenost a aktivní činy přednost (Balcar in Řičan a kol. 1997).

Pro nonverbální zkušenost, aktivní činy, prožití namísto pochopení, můžeme použít celou řadu technik, které pracují na podkladě praktické zkušenosti někdy na úkor slova. U dětí a adolescentů je vhodné použít jak expresivní terapie, tak psychoterapii s použitím technik z expresivních terapií, nebo lze použít pouze prvky exprese jako médium.

Expresivní terapie. Expresivní terapie jsou také nazývány jako terapie neverbální, umělecké nebo art, kreativní terapie (Kantor in Müller 2007).

Expresivní terapie jsou založené na expresi, tedy výrazu. V obecné rovině se jedná o terapeutické využití specifických expresivních jevů (skrže vnímání a prožívání jejich výsledků, nebo aktivní účastí v průběhu jejich procesů) uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby. Umění svými prostředky, metodami, technikami, formami a obsahy je jedno z hlavních zdrojů, které tvoří podstatu většiny expresivních terapií (Valenta, Müller 2007).

Expresivní terapie, tj. arteterapie v širším slova smyslu, zahrnují celou řadu uměleckých

terapií: arteterapii v užším slova smyslu, muzikoterapii, biblioterapii a poetoterapii, psychodramu, taneční a pohybovou terapii, teatroterapii a dramaterapii (Valenta 2007).

Arteterapie v širším slova smyslu si neklade za cíl vytváření umění a uměleckých děl, ale jejím prvořadým cílem je zmírnění nebo odstranění potíží, kterými jedinec trpí. Toto zmírnění nebo odstranění se děje prostřednictvím umění, kdy je jedinec veden k sebevyjádření, k práci s osobně důležitými tématy. Arteterapie v širším slova smyslu umožňuje mimoverbální vyjadřování, umožňuje zpracovávat témata na nižší úrovni vědomí, , pro které nemá klient slovní vyjádření. Tato témata se tak mohou nejen otevřít, ale také zpracovat do podoby, která bude pro život klienta vyhovující (Šicková in Müller 2007).

2.3.1 Dramaterapie dětí a adolescentů

V této podkapitole bude pojednáváno pouze o dramaterapii dětí a adolescentů. Obecné vymezení dramaterapie je v následující kapitole 3 Dramaterapie.

Dramaterapie je oblíbenou formou skupinové terapie dětí i adolescentů, jestliže panují v dané skupině důvěrné a přátelské vztahy (Langmeier, Balcar, Špitz 1989).

U dramaterapie dětí se využívají stejné postupy, jako u dospělých klientů. Rozdíl mezi dramaterapií dětí a dospělých je v tom, že u dětí musí terapeut věnovat více času na uvolnění, navázání kontaktu a komunikaci, na jejich stimulaci, celkový rozvoj i sociální zkušenosti. Všechny aktivity musí mít rozvíjející charakter, musí se zaměřit na ty oblasti, které vykazují nedostatek, ale také na potencionální schopnosti a možnosti, které zůstávají často skryté a nerozvinuté. Děti by měly prostřednictvím dramaterapie zažívat spoustu podnětné a zábavné činnosti s možností naplno využívat svůj tvořivý potencionál (Majlanová in Valenta a kol. 2006).

Dramaterapie poskytuje dětem korektivní emoční zkušenost přes zážitek úspěšnosti a seberealizace, pozitivní kontakty a budování vztahu ve skupině. Drama, v jakékoliv podobě, je nástrojem sebepoznání, sebeuvědomění, sebeakceptace, nástroj pro prohlubování vztahů a integrace do společnosti (Majlanová in Valenta a kol. 2009).

Cílem dramaterapie dětí je rozvíjet všechny stránky osobnosti, poskytnout jim vhodné prostředí a podmínky k uplatnění jejich zájmu a schopností. Prostřednictvím dramatických aktivit a dramaterapeutického vedení získává dítě zážitky a zkušenosti z různých oblastí života, pocit úspěšnosti a seberealizace, emocionální uvolnění, motivaci pro získávání nových zkušeností, nebo je základním předpokladem pro další terapeuticko-výchovné

působení (Majlanová in Valenta a kol. 2006).

Skrze dramaterapii by si měly děti rozvíjet zvláště tyto schopnosti (Majlanová in Valenta a kol. 2006):

- *Schopnost naslouchat.* Drama pomáhá dítěti rozvíjet schopnost naslouchání. Děti by se měly seznámit s příběhem dříve, než ho hrají.
- *Oční kontakt.* Tato oblast bývá často u dětí problematická. Schopnost navazovat oční kontakt s druhou osobou navozuje důvěru, která je velice důležitá v komunikaci. Vhodné jsou neverbální cvičení vyžadující oční kontakt.
- *Uvědomění si vlastního těla v prostoru.* Dramaterapeutické techniky, které umožní uvědomit si prostorovou orientaci sebe samých i druhých osob, jsou vhodné nejen pro děti se specifickými problémy chování a učení.
- *Fyzická koordinace a vyjádření.* Tyto schopnosti u dětí lze rozvíjet pomocí pantomimy a dramatických cvičení. Drama aktivuje využití těla přes expresivní, fyzické vyjádření. Děti vyjadřují emoce pomocí těla a vytvářejí různé charaktery. Tím se učí lépe poznat sebe sama i ostatní.
- *Vyjádření pocitů mimikou tváře.* Je to důležitá oblast dramaterapeutického působení, kdy se děti nejen učí vyjadřovat vlastní emoce mimikou, ale učí se i číst z jiných tváří.
- *Verbální vyjadřování.* Drama pomáhá rozvoji verbálních schopností dětí. Přes improvizaci se děti učí transformovat svoje myšlenky do slov. Dobrou technikou jsou rolové hry. Děti se tak učí sociální interakci.
- *Pozornost a koncentrace.* Pro děti jsou vhodné kratší dramatické hry a aktivity s intenzivním dějovým obsahem. Pozorování vlastního těla a emocí rozvíjí u dětí koncentraci a soustředění.
- *Flexibilita a schopnost řešit problémy.* Používají se podobné techniky jako při verbálním vyjadřování, především rolové hry, improvizace, dramatické hry.
- *Sociální interakce.* Děti se učí přes interaktivní učení. Transformují se ve hře do jiné osoby, zvířete nebo rostliny a přes tato média vytváří kontakty s ostatními dětmi na skupině.
- *Sebedůvěra.* Dětem velmi často sebedůvěra chybí. Drama velice dobře působí na její budování. Dítě by mělo zažívat úspěch.

Velice důležité je volit taková témata, která jsou dětem srozumitelná, známá. Začínáme se simultánním ztvárněním přes práci ve skupině, práci ve dvojici až po

individuální dramatické projevy. Větší pozornost musí věnovat terapeut práci s tělem, emocemi a také rozvoji sebeuvědomění. Sólové hry se zařazují do terapie až v době, kdy má dítě dostatečnou zkušenost s dramatem. Pokud mají děti dost zkušeností s neverbálními technikami a s improvizací, přistoupí se k přehrávání příběhu (Majlanová in Valenta a kol. 2006).

Děti mají svou logiku, kterou řeší tísnivé problémy. Přes metaforu pohádky je jim podání problémové situace přijatelnější, protože lépe zapadá do dětského světa logiky (Bettelheima in Majzlanová in Valenta a kol. 2006). Pohádka také otevírá perspektivy, které dítěti umožní překonat aktuální pocity beznaděje (Jennings in Majzlanová in Valenta a kol. 2006). Vhodné pohádky jsou např. o Jeníčkovi a Mařence, Sněhurce, Popelce aj., v nichž vítězí dobro nad zlem. V záporných pohádkách a v záporných rolích, se většina dětí necítí dobře. Přesto je to pro ně zajímavá zkušenost, že i v takové roli mohou vyjadřovat přání a pocity. Děti raději ztvárňují pohádku skupinově. Důležitý není jen výběr pohádky, ale také výběr materiálu, prostoru, času a atmosféry pro dramatizaci. (Majzlanová in Valenta a kol. 2006). Terapeut musí mít na mysli, že děti hrají stejným způsobem jako myslí a hrají proto, aby pochopily své zkušenosti. V těžkých situacích jsou schopny využívat hru k objasnění nevyřešených problémů z minulosti, k vyrovnání se s přítomností a k přípravě na budoucnost. Potřeby dítěte ovlivňují výběr technik, tj. i dané pohádky, kterou terapeut použije (Cattanach in Majzlanová in Valenta a kol. 2006).

Kromě pohádek se s dětmi v dramaterapii pracuje s maňásky nebo s maskami. Dítě je schopné přes maňásku vyjádřit své hluboké, často utajené city, vyjadřuje vztah k okolí, ventiluje i negativní emoce, a tím se uvolňuje vnitřní konflikt. Masky mají svůj magický význam, dítě se za nimi cítí bezpečně, cítí se vzdálené od svého problému. Tím, že se cítí bezpečněji, je přístupnější, ochotnější reagovat na podněty, modifikovat svoje chování a postoje, učí se empatii a toleranci (Majzlanová in Valenta a kol. 2009).

Mezi další prostředky používané v dramaterapii s dětmi a adolescenty řadí (Oaklander 2003) pantomimu, improvizaci a dramatickou hru. Improvizace, hraní rolí umožňuje dětem dostat se do intenzivnějšího kontaktu se sebou samým tím, že jim terapeut dovolí na chvíli opustit sebe sama. Při hraní děti ve skutečnosti nikdy samy sebe neopustí, při improvizaci mnohem více projeví sebe sama.

Méně náročnou formou než improvizace, a přitom efektivní, je vytváření tzv. živých obrazů, soch, kde se s úspěchem mohou zapojit i ostýchavé děti (Langmeier, Balcar, Špitz 1989).

Jednotlivé obsahy dramaterapeutických sezení musí zohledňovat zájmy a kulturu dětí,

adolescentů. Měly by respektovat trendy v hudbě, herecké vzory, módu atd. (Majlanová in Valenta a kol. 2009).

Při závažnějších problémech vyžaduje práce s dětmi dlouhodobější a komplexnější působení (integraci přístupů a metod, spolupráci s jinými odborníky, pedagogy, rodiči a sourozenci (Majlanová in Valenta a kol. 2006).

2.4 Specifické zvláštnosti

Terapie dětí je účinná pouze tehdy, pokud se respektují specifická úskalí jednotlivých vývojových fází života dítěte. Každý jedinec prochází jednotlivými stadii vývoje, které ho vybavují důležitými schopnostmi a dovednostmi pro budoucí život. Pouze úspěšné zvládnutí úkolů jednotlivých stádií a osvojení si potřebných schopností umožní dítěti nastoupit do vyšší vývojové fáze a zvládnout její nároky. Nový vývojový stupeň ukládá dítěti náročnější požadavky. Pakliže dítě nezvládá zvyšující se nároky, rozvíjí se u něj problémové prožívání a jednání. Takto vzniklé aktuální narušení zdravých funkcí má velkou naději na uzdravení. Mnohé poruchy u dětí jsou pouze reakcí na přetížení a náročné požadavky okolí a postupně se ztrácí, jakmile se podmínky upraví. Závažnější poruchy vznikají tehdy, dochází-li k narušení funkcí, které právě prochází vývojovými změnami. Často jsou poruchové příznaky provázející jevy normálních vývojových kroků a časem samy spontánně zmizí. Slouží jako signál ohrožení dítěte, a nejedná se o skutečné poškození (Langmeier a kol. 1989).

2.4.1 *Velmi malé děti.*

V raném věku, oproti pozdějšímu dětství, vystupují vývojové aspekty a poruchy vývoje mnohem více do popředí. Největší úlohu hraje prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Děti v raném věku jsou zcela závislé na pečujících osobách, kterým se, v případě problému u dítěte, dostává stejné pozornosti profesionálů. Samotná terapeutická práce u dětí v raném a mladším věku vyžaduje specifické dovednosti a techniky, které jsou odlišné od technik u starších dětí a dospívajících. Tyto děti často ještě neumí mluvit nebo je jejich řeč ve vývojovém stádiu, a tak nemohou poskytnout informace jako starší děti, nemohou sdělit, jak se cítí, o čem přemýšlí a jakou mají zkušenost. Profesionálové zabývající se dětmi

v raném a předškolním věku musí znát neverbální chování dětí, musí umět porozumět jejich přirozeným vyjadřovacím prostředkům. Podstatné jsou pro terapeuty informace získané od rodičů a jiných osob. Intimní vazby dětí v raném a předškolním věku s jejich rodinami a jejich úplná závislost na pečujících osobách implikuje, že jsou velmi vnímavé na napětí a problémy odehrávající se v rodině nebo v prostředí, ve kterém žijí. Léčebné, terapeutické intervence v raném věku se obvykle zaměřují na vztah mezi dítětem a rodičem, pečovateli nebo na funkci rodiny jako celku (Barker 2007).

Oaklander (2004) uvádí jako vhodnou techniku při práci s malými dětmi malování. Prostřednictvím malování a kresby může terapeut navázat vztah s dítětem, ale může to být i způsob komunikace, nebo terapeutická technika. Do terapeutického procesu jsou zařazeny děti i rodiče, ale doporučuje se dříve pracovat s dětmi.

2.4.2 Školní děti

Dítě je odrazem prostředí, ve kterém vyrůstá. Ještě během školní docházky není dítě schopné jednat diferencovaně, projevovat se jinak než se projevuje jeho nejbližší okolí, tj. rodina. V patologické rodině nemůže vyrůst zdravé dítě. V takovém případě terapie pomáhá měnit vnější podmínky, ve kterých se dítě nachází, nebo zlepšit rodičovskou péči. V období školní docházky docházejí do terapie nejčastěji děti úzkostné, fobické, nepřizpůsobivé, neschopné navazovat vztahy, přetěžované. K těmto reakcím dochází proto, že děti prožívají životní události méně diferencovaně, nejsou schopné rozumového a citového odstupu, reagují více celostně, psychosomaticky. Pro ně jsou traumata a frustrace (nap. i ze školy) více ohrožující a projevují se většinou bezprostředně v jejich chování (Balcar in Říčan 1997).

U dětí školního věku je třeba v rámci terapie zařadit nácvik kontaktních dovedností a trénovat schopnost zvládání zátěžových situací, řešení problému. Doporučuje se pracovat skupinově, nejlépe 3 - 6 dětí na 2 terapeuty (Oaklander 2004).

2.4.3 Adolescenti

Období adolescence přináší jedinci spoustu otázek, málo odpovědí, je to období získávání identity, období efektivní v navazování vztahů, upevňování sexuální orientace aj., ale také období, kdy se objevuje obrana a odcizení. V pestrých reakcích adolescenta je více zevního působení než vnitřní poruchy. Příznaky plní funkci zajištění rovnováhy

vlastní integrity, ale je v nich obsažena výzva autoritám, rodičům (Styx 2003).

Velice složité bývá nalezení správného tématu k rozhovoru. Navázání kontaktu je u nich velmi důležité a složité. Vhodné je začít z přátelské, partnerské pozice. Dalším specifikem při terapii s adolescenty je prvotní rozhovor, prvotní setkání. Terapeut by se neměl setkat dříve s rodiči adolescenta a teprve potom zapojit i jeho. Výhodné je si ihned na začátku procesu ujasnit pravidla, především o zachování mlčenlivosti. Dospívající by si měl sám říct, kdy by měli být rodiče informováni a kdy ne (Barker 2007).

Oaklander (2004) uvádí, že mnozí terapeuti považují zbytečně adolescenty jako oběti rodinného scénáře, a proto zařazují do terapie vždy celou rodinu. Dle Oaklander (2004) se adolescenti nijak zvlášť neliší od jiné věkové skupiny. Ze zážitku vlastní schopnosti podpořit sebe sama mají užitek všechny děti. Čím je dítě starší, tím více vyzrálosti a znalostí vnáší do terapeutického procesu. Rodinná sezení, pokud je to možné, jsou na místě, neměla by však předem vylučovat možnost terapie individuální nebo skupinové s vrstevníky. Adolescent, který má nějaké problémy, si může do značné míry pomoci sám. Může mít mnoho emocí, pocitů, vzpomínek a představ z minulosti, které narušují jeho přirozený vývoj, a může mít hluboko zakořeněný postoj, že s rodinnými příslušníky o svých problémech nemůže mluvit. Potřebuje pomoci vyjádřit pocity úzkosti, samoty, frustrace, sebepodceňování, strachu a zmatku. Potřebuje se naučit, jak převzít zodpovědnost za svůj život. Mnozí adolescenti terapeutickou pomoc odmítají, někdy ji vyhledají, někdy je jim přiřazena soudem, ale nejčastěji je dovedou rodiče. Neměli by ale být manipulováni ze strany rodičů. Jestliže adolescent terapii podstoupit nechce, neměl by ho nikdo, vyjma soudu, nutit.

2.4.4 Rodina dítěte

Rodina je základní sociální zkušeností. Zda to bude dobrá, nebo špatná zkušenost, závisí na komunikaci, způsobu vyjadřování a řešení konfliktu, vzorce, kterými se rodiny řídí a které zabezpečují její rovnováhu. Rodina není statický, ale naopak dynamický, vzájemně závislý systém. Každý člen se promítne v rodině jako celku. Rodina může být i velmi netolerantní skupinou. Člověk, který je definován biologickou, psychologickou a sociální bytostí, je výsledkem své rodinné konstelace. Pokud je v rodině nepříznivé klima, pak individuální terapie klienta selhává, jakmile se ocitá zpět v nezměněné situaci, která v podstatě mohla klienta inhibovat. Narušené rodinné klima ovlivňuje reakce klientů. Takové chování se pak dá objasnit jako normální odpověď na nepřiměřené okolnosti (Styx

2003).

Málokdy se stane, že terapeut pracuje s dítětem separovaně, že do léčby nezapojí rodiče či opatrovníky, protože rodina vytváří prostředí, které mají pro efektivitu terapie dítěte klíčový význam. Samotná pomoc rodičům je často skrze rady, trénink rodičovských schopností, někdy nastupuje rodinná terapie (Barker 2007).

2.5 Působení psychiatrické léčebny

Léčbě mimo domov a rodinné prostředí, zvláště u dlouhodobých pobytů, by mělo být dítě vystaveno jen v případě nutné potřeby. Mnohem lepší způsob práce s dítětem je skrze denní stacionáře, které poskytují podporu rodičům ve vzájemných kontaktech s jejich dětmi a v uspokojování jejich potřeb. V psychiatrické léčebně přebírají zodpovědnost za děti profesionálové. Návštěvy dětí doma by měly být vždy žádoucí a měly by být realizovány, kdykoliv je to možné. Psychiatrická léčebna poskytuje dítěti diagnostickou a terapeutickou službu. Indikace pro hospitalizování dítěte do psychiatrické léčebny jsou následující:

- Chování dítěte je už natolik narušené, že není prakticky možná léčba jinou formou.
- Při vážném nebezpečí suicidia nebo auto či heteroagresivity.
- U dětí, které žijí v nepříznivých podmínkách a pokusy o zlepšení jejich stavu selhávají.
- U mentální anorexie v případě, že méně radikální formy léčby selhávají (Barker 2007).

Většina nemocničních oddělení přijímá děti pouze ke krátkodobým pobytům, které jsou součástí dlouhodobějšího léčebného plánu. Na oddělení pracuje multidisciplinární tým, který je složen z psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, dětských sester, činnostních a volnočasových terapeutů, logopedů (Barker 2007).

Mladý člověk málokdy přichází na psychiatrické oddělení uvědoměle a dobrovolně. Na psychiatrickém oddělení představuje vždy určitý problém, a to proto, že neexistují oddělení vyhovujícího typu. Adolescent se staví k pobytu na oddělení jako k modelové životní situaci. Tváří v tvář racionalizacím zdravotníků může neústupně revoltovat, nebo být

v iracionální pozici, může se z něho stát mlčící, odcizený a apatický jedinec. Uzavřené oddělení, které užívá manipulační manévry, působí na adolescenta divně, zlověstně, jako prodloužená ruka mocných a trestajících rodičů. Jestliže bere psychiatrické oddělení jako prodlouženou ruku rodičů, jeho sociální situace se tam negativně stabilizuje a pokračuje ve své agresivní, nejisté nebo úzkostné pozici. Psychiatrie by měla pomáhat mladému člověku jít vlastní cestou tolerovanějším způsobem, aniž by mu hned ze začátku podsouvala čestné podmínky kapitulace. Pakliže je na oddělení otevřená, srozumitelná a neponižující atmosféra, projeví se ve změně negativistických postojů adolescenta (Styx 2003).

Získat mladého člověka pro spolupráci vyžaduje reálné rozpoznání toho, co jedinec potřebuje ke svému vývoji, a vyvinout obratné úsilí, jak mu v tom pomoci. Je potřeba nezaujatě a s vnitřní vyrovnaností posoudit, co se s dospívajícím klientem doopravdy děje a jaké podmínky vytvářejí danou skutečnost. Věcný postoj personálu psychiatrické léčebny zajistí vytvoření nových modelových vztahů mezi adolescentem a dospělými, který je nezatížený dřívějšími událostmi a problémovými postoji, aby ve vztahu k personálu mohli mladí lidé rozvíjet svoje nedostatečně upevněné zralé potřeby a pozice (Styx 2003). Proto pedopsycholog, psychiatr nebo terapeut pracující s dětmi v psychiatrické léčebně potřebuje nejen porozumět narušenému dítěti nebo adolescentovi, ale musí se také naučit zacházet s napětím vznikajícím mezi pracovníky v souvislosti s jejich rolí a se vztahy mezi klienty a zdravotním personálem (Flynn a kol. 1999).

3 KLASIFIKACE PSYCHIATRICKÝCH PORUCH V DĚTSKÉM A ADOLESCENTNÍM VĚKU

V psychiatrii dětí a adolescentů je až svízelné rozlišovat mezi nemocí, výchovnými vlivy, nápadností a narušeným chováním. Slovní označení může být pro dítě stigmatizující. Při diagnostice by se mělo vycházet ze skutečnosti, že některé projevy jsou přirozené věku, a že z některých způsobů chování nezletilí jedinci vyrostou (Plog 1999).

Klasifikace psychiatrických poruch, zvláště pak vznikajících v dětském věku, je úkolem komplexním. Důvodem je mnohočetná etiologie, která se často objevuje u psychiatrických poruch, ale také nejednoznačnost a četnost příznaků, které psychiatrickou diagnózu doprovázejí, proto také neexistují laboratorní metody, které by mohly diagnózu stoprocentně stanovit.

Protože dětské psychiatrické diagnózy jsou důsledkem vzájemného působení několika faktorů, byl vyvinut víceosový klasifikační systém, který zahrnuje různé aspekty klientovy poruchy a klasifikuje poruchu podle různých parametrů (os). Porucha by měla být tedy klasifikována podle:

- klinicky přítomných psychiatrických syndromů
- úrovně intelektu
- specifické vývojové odchylky
- přidružené somatické poruchy
- habitu
- stylu temperamentu, osobnostní charakteristiky
- abnormálního psychosociálního faktoru
- psychosociální zátěže
- celkového posouzení psychických, sociálních a pracovních funkcí (Barker 2007).

V praxi se používají dva diagnostické klasifikační manuály. Jeden byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO) a druhý Americkou psychiatrickou společností (APA) (Barker 2007).

Klasifikace Světové zdravotnické organizace. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zařadila duševní a behaviorální poruchy do páté třídy a vyhradila jim šesté písmeno abecedy F. Dále jsou duševní poruchy členěny do deseti kategorií (F0-F9),

poté se člení do skupin a podskupin (Hort a kol. 2008).

Klasifikační systém vyjadřuje diagnózy na osách:

- *klinické diagnózy*
- *vyjádření míry postižení*
- *související faktory* (Hort a kol. 2008).

V současnosti se upustilo od výběru striktně jedné diagnózy, ale dle potřeby se zaznamenává tolik diagnóz, kolik je v daném případě potřeba vymezit. Mluví se o tzv. komorbiditě (Hort a kol. 2008).

Jednotlivé oddíly klasifikace v rámci psychiatrických poruch dle Světové zdravotnické organizace jsou (kromě kategorií, které se mohou vyskytovat i u dětí, ale jsou uvedeny v kategoriích určených pro dospělou populaci):

Oddíl F70-F79 Mentální retardace

- *lehká mentální retardace*
- *středně těžká mentální retardace*
- *těžká mentální retardace*
- *hluboká mentální retardace*
- *jiná mentální retardace*
- *nespecifikovaná mentální retardace*

Oddíl F 80-89 Vývojové poruchy

- *specifické vývojové poruchy řeči a jazyka*
- *specifické vývojové poruchy školních dovedností*
- *specifické vývojové poruchy motorických funkcí*
- *smíšené specifické vývojové poruchy*
- *pervazivní vývojové poruchy*
- *jiné poruchy psychického vývoje*
- *nespecifikovaná porucha psychického vývoje*

Oddíl F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství

- *hyperkinetické poruchy*
- *poruchy chování*
- *smíšené poruchy chování a emocí*
- *emoční poruchy se začátkem specifickým v dětství*
- *poruchy sociálních vztahů s typickým začátkem v dětství a dospívání*

- *tikové poruchy*
- *jiné poruchy chování a emoci začínající obvykle v dětství a v dospívání (MKN 2006).*

Víceosová verze MKN-10 je představována 6 osami:

- *Osa 1. Psychiatrické poruchy (F90-F98)*
- *Osa 2. Opoždění psychologického vývoje (F80-F89)*
- *Osa 3. Úroveň intelektových funkcí (F70-F79)*
- *Osa 4. Somatický stav*
- *Osa 5. Nepříznivé psychosociální okolnosti*
- *Osa 6. Adaptivní funkce (MKN 2006)*

Klasifikace Americké psychiatrické společnosti. Tato klasifikace vydala diagnostický a statistický manuál (DSM-IV-TR).

Víceosová verze DSM-IV-TR je představována 5 osami

- *Osa 1. Klinické poruchy a jiné klinicky významné stavy*
- *Osa 2. Porucha osobnosti a mentální retardace*
- *Osa 3. Somatické stavy*
- *Osa 4. Psychosociální problémy a problémy prostředí*
- *Osa 5. Celkové hodnocení funkcí (in Barker 2007).*

Klinické poruchy a jiné klinicky významné stavy:

- *poruchy učení*
- *poruchy motorických dovedností*
- *komunikační poruchy*
- *pervazivní vývojové poruchy*
- *poruchy pozornosti a poruchy chování*
- *poruchy příjmu potravy v raném věku*
- *tikové poruchy*
- *vylučovací poruchy*
- *jiné poruchy vznikající v dětství a dospívání*

Poruchy osobnosti a mentální retardace (klasifikace dle MKN-10)

Somatické stavy (klasifikace dle MKN-9)

Psychosociální problémy a problémy prostředí

- *problémy s primární podpůrnou skupinou*
- *problémy vztahující se k sociálnímu prostředí*
- *školní a studijní problémy*
- *pracovní problémy*
- *problémy s bydlením*
- *ekonomické problémy*
- *problémy s dostupností zdravotní péče*
- *problémy s dodržováním práva*
- *jiné psychosociální problémy a jiné problémy prostředí*

(in Barker 2007).

Z kapacitních důvodů budou dále uvedeny pouze ty psychiatrické poruchy a fenomény, s nimiž jsem se setkala u klientů v rámci výzkumu, který je uveden v praktické části této publikace. Rozsah zpracování jednotlivých psychiatrických poruch uvedených níže bude omezen na nezbytně nutný. Zájemce o danou problematiku odkazuji k nahlédnutí MKN-10 Mezinárodní světové organizaci klasifikace nemocí nebo do DSM-IV-TR diagnostice a statistice monitorování Americkou psychiatrickou společností.

3.1 Poruchy chování a emocí

Costello a Angold (in Barker 2007) i Malá a kol. (2008) uvádějí poruchy chování jako nejčastější psychickou poruchu v dětském a adolescentním věku. Barker (2007) řadí poruchu chování i jako vývojovou poruchu, protože se také vyvíjí, a to v podobě, která je společností považována za přijatelnou. Mnohé z faktorů, které vedou k selhání tohoto vývoje, jsou komplexní povahy.

3.1.1 Hyperkinetické a pozornostní poruchy. Dříve se tyto poruchy nazývaly lehké mozkové dysfunkce (LMD), minimální mozková dysfunkce (MMD). V současné době je ustálen pojem porucha pozornosti (ADD) nebo porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Hyperkinetické poruchy se často objevují s poruchou chování a s impulzivitou (Malá a kol. 2008).

Prevalence je nejasná. Rolland a kol (in Barker 2007) uvádí 9 - 15 %, DSM-IV-TR uvádějí 3 - 7 %, Malá a kol. (2008) uvádějí 2 - 12 %. S daleko větší přesností lze vymezit poměr mezi pohlavím. Ve většině studií se poměr pohybuje od 2 :1 až 8:1 chlapci ku dívkám.

Etiologie. Významným faktorem je genetika. Uvádí se až 70 - 80 % (Barker 2007). Další faktory jsou zevní (negenetické). Mají podíl asi 20 - 30% na vzniku poruchy. Do těchto faktorů lze řadit perinatální komplikace, úrazy a ekologické vlivy (Malá a kol. 2008). Uvádí se, že se asi 20 % dětí s ADHD nebo ADD přidružuje jiná porucha vývoje, nejčastěji specifické školní problémy - dyslexie (Vágnerová 2008).

Klinický obraz. Hyperkinetické poruchy se diagnostikují ve všech věkových kategoriích od dětství do dospělosti. Tato porucha se vyznačuje různými symptomy, ale u jedince objevuje neurovývojové opoždění, které vytváří zátěžové životní události. Minimální organické poškození a kumulace zevních stresů vede k maladaptivnímu chování s vysokou psychiatrickou komorbiditou. U poruchy aktivity a pozornosti jde z behaviorálního hlediska uvažovat jako o poruše exekutivních (výkonových seberegulujících) funkcí (Malá a kol. 2008).

Klinický obraz. U jedince s ADHD se objevují:

- *Poruchy kognitivních funkcí* (porucha pozornosti, porucha vnímání, narušena je analyticko-syntetická činnost informací, porucha exekutivních funkcí, porucha motivace, úsilí a vytrvalosti, vizuospeciální porucha, porucha slovní a pracovní paměti).

- *Poruchy motoricko-percepční* (hyperaktivita s neschopností relaxace, sedavých aktivit, drobné neurologické odchylky (tzv. soft sign), motorická neobratnost, porucha vizuomotorické koordinace).
- *Poruchy emocí a afektů* (emoční a afektivní labilita, iritabilita, explozivita).
- *Impulzivita, chaotičnost*
- *Sociální maladaptace* (chybí stenické reakce, menší kontrola jednání, omezená empatie a altruismus, výkyvy emocí i chování (Malá a kol 2008).

Komorbidita. ADD a ADHD jsou významným rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy (Malá a kol. 2008).

Terapie. Mezi léčebná opatření lze zařadit:

- *Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)*
- *Trénink vizuomotorické koordinace*
- *Trénink školních dovedností*
- *EEG-biofeedback*
- *Farmakoterapie* (Malá a kol 2008)

Mezi ostatní opatření lze zahrnout rodičovské poradenství, intervence ve škole a komunitní léčbu (Barker 2007).

3.1.2 Poruchy chování. Vágnerová (2008) vymezuje poruchy chování jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, případně na úrovni svých rozumových schopností. Při diagnostice poruch chování, z pohledu dětské a adolescentní psychiatrie, je nutné brát ohled na vývoj jedince. Diferencují se poruchy chování dlouhodobé, s výraznou negativní prognostickou hodnotou, a přechodné nebo reaktivní, kde je charakteristická proměnlivost, reverzibilita a dynamický průběh. Mezi důležité faktory se řadí agrese a narušená socializace (Malá a kol. 2008)

Klasifikace. MKN-10 rozlišuje:

- *Poruchu chování ke vztahu k rodině*
- *Nesocializovanou poruchu chování*
- *Socializovanou poruchu chování*
- *Poruchu opozičního vzdoru*
- *Jiné poruchy chování*
- *Nespecifikované poruchy chování* (in Barker 2007).

Dále sem řadí:

- *Poruchy přizpůsobení*
- *Poruchy sociálních vztahů*
- *Hyperkinetické poruchy chování* (in Malá a kol 2008).

DSM-IV-TR dělí poruchy chování dle doby vzniku na poruchy chování se vznikem v dětství a poruchy chování se vznikem v dospívání nebo podle závažnosti poruchy na lehký, středně těžký a těžký stupeň (in Barker 2007).

Prevalence. Malá a kol (2008) uvádí 5 - 20 % nezletilých jedinců s poruchou chování, a to v poměru 4 - 12 : 1 chlapců ku dívkám.

Etiologie. Poruchy chování u dětí a adolescentů jsou často spojeny se společenskou kohezí, socioekonomickou úrovní a disharmonickým rodinným prostředím. Počet rizikových faktorů je zásadní a kumulace zvyšuje riziko poruchy. Mnohem častěji se porucha vyskytuje u potomků antisociálních a psychopatických rodičů. Predisponujícím faktorem k disharmonickému vývoji osobnosti může být drobné organické poškození CNS a specifické poruchy školních dovedností (nejčastěji dyslexie) (Malá a kol. 2008). Objevuje se bio-psycho-sociální etiologie, multifaktorová. Jen velmi vzácně je možné určit specifickou příčinu dětského antisociálního chování (Barker 2007).

Do atributů podmiňujících poruchy chování nebo jako možné spouštěče Barker (2007) řadí genetické a chromozomální abnormality, tělesná poškození a nemoci, temperament a faktory prostředí (častým faktorem je rodina).

Plog (1999) shledává rozdíl agresivity dospívajících dle ekonomických vrstev. Dospívající ze střední a vyšší sociální vrstvy bývají lépe verbálně vybaveni, a tak svou agresivitu jsou schopni ventilovat verbálně, v hádkách nebo agresivních fantaziích. Zato dospívající, kteří nejsou tolik verbálně zdatní a mají přímé agresivní vzory, mají sklon transformovat vnitřní napětí v činy.

Klinický obraz. Porucha chování je diagnostikována tehdy, tehdy, jde-li o stabilní vzorec chování, ve kterém jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých, nebo poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování. Příznaky poruchy chování se dělí na:

- *Agresi k lidem a zvířatům*
- *Destrukci majetku a vlastnictví*
- *Nepoctivost a krádeže*
- *Vážné násilné porušování pravidel* (Malá a kol. 2008).

Z pohledu psychologie se pak poruchy chování dělí na neagresivní a agresivní.

Neagresivní poruchy chování zahrnují lhaní, krádeže, čachrování, záškoláctví, útěky a toulky. Agresivní poruchy chování zahrnují agresi k lidem a ke zvířatům, násilné omezování práv druhých a šikanu (Vágnerová 2008).

Klasifikace. Poruchy chování se dělí na:

- *Poruchu chování ve vztahu k rodině*
- *Nesocializovanou poruchu chování*
- *Socializovanou poruchu chování*
- *Poruchu opozičního vzdoru* (Barker 2007)
- *Dezinhibovanou přichylností v dětství* (Malá a kol. 2008).

Porucha chování ve vztahu k rodině. Tato porucha chování se vykytuje zcela nebo jen s ojedinělou výjimkou doma, a to v interakcích se členy nukleární rodiny nebo s nejbližšími osobami v domácnosti. Tento klinický obraz zřídka kdy vzniká najednou v definitivní podobě. Často se u těchto dětí vyskytuje těžko zvladatelný temperament, obtížně se učí prosociálnímu chování (Barker 2007) Mezi symptomy lze řadit agresivní nebo disociální chování, krádeže, destrukce cenností nebo věcí z domácnosti, zakládání ohně v bytě a jiných prostorách patřící rodině (Malá a kol. 2008)

Nesocializovaná porucha chování. Jde o přetrvávající disociální nebo agresivní poruchu chování s trvale narušenými vztahy k vrstevníkům. Antisociální chování provádí jedinec většinou sám (Barker 2007). Často dochází ke kumulaci všech druhů antisociálního chování. Typickým znakem je agresivita k druhým lidem, ke zvířatům, rvačky, vydírání, násilnosti, neposlušnost, hrubost až krutost k lidem a zvířatům, opouštění domova i v noci, útěky z domova, záškoláctví, zakládání ohně, vandalismus, krádeže. U disharmonicky se vyvíjející osobnosti se často objevuje předčasná sexuální zralost. Při obzvláště těžké poruše se agrese kumuluje. Jedinec má narušené vztahy k vrstevníkům, je izolován, neoblíbený, má nedostatek přátel. Zcela mu chybí empatie. Tato porucha obvykle v dospělosti krystalizuje do amorální, antisociální, disociální poruchy osobnosti nebo explozivní, impulzivní, agresivní, emočně nestabilní poruchy osobnosti (Malá a kol. 2008).

Socializovaná porucha chování. Porucha se projevuje obdobně jako u dvou výše zmíněných, ale s rozdílem, že narušené chování se nemanifestuje omezeně na rodinu, a ani nejsou narušené vztahy s vrstevníky. Vztahy s dospělými bývají chudé. S postupným rozvojem poruchy se začíná projevovat antisociální chování stále častěji a v různých situacích. Mezi projevy se řadí záškoláctví, útěky z domova, pozdní návraty domů, vandalismus, který se může stupňovat až po kriminální činnost (Barker 2007). Tito jedinci jsou často ve skupinách stejného zaměření, stejného věku, s rituály. Jde o strukturovanou

organizaci, kde jedinci udržují velmi úzké přátelské vztahy. Ti mají špatný vztah k autoritám, ale doma mohou mít dobré vztahy. Vždy se objevuje specificky negativní vztah ke škole. Agrese ani emoční instabilita se u této poruchy téměř nikdy nevyskytuje (Malá a kol. 2008).

Porucha opozičního vzdoru. Protože tato porucha není obsažena v praktické části diplomové práce, nebude vymezena ani v teoretické části.

Dezinhibovaná porucha přichylnosti v dětství. Dezinhibovaná porucha přichylnosti vzniká v prvních pěti letech života. Malá a kol. (2008) vymezuje, že je dána tolerancí rodiny nebo společenstvím, kde se dítě pohybuje. Porucha, jako ostatní poruchy vznikající v útlém věku, ukazuje na problémy v rodině. Velmi často se obtížně zjišťuje, co hraje hlavní roli v problémech v rodinné interakci. Jako symptomy se objevují poruchy řeči a poruchy chování. Rozvoj řeči je u dětí s poruchou chování signifikantně opožděn. U dezinhibované přichylnosti se nachází abnormální sociální zapojení, které má úzkou vazbu ke specifickým rodičovským vztahům, k problémům v rodině. V rodině se objevuje rozvod, nepřítomnost otce a nepříznivé ekonomické poměry. Není vytvořený láskyplný vztah mezi rodičem a dítětem, rodiče často dítě ani nechtěli. U dítěte se objevuje přítulnost bez milovaného objektu, bez výběru zaměřené náklonnosti. Dítě se pak nenaučí navázat jeden stabilní bezpečný vztah, později se to projeví neschopností nebo ztíženou schopností navázat vztah s vrstevníky. Disperzní náklonnost bývá nahrazována vyžadováním pozornosti a tzv. nenasytelností lásky. Syndrom ústavního dítěte (následek citové deprivace) a počátky citově chladné anetické psychopatie jsou charakterizovány nevytvořením selektivního citového vztahu. Vzniká tak typická vztahová rozptýlenost bez zaměřené náklonnosti, chudé sociální interakce, nedostatečně situačně specifických projevů, neschopnosti důvěrného vztahu jak k nukleární rodině, tak k vrstevníkům.

Terapie poruch chování:

- *Terapie zaměřená na dítě / adolescenta* (individuální a skupinová psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie aj.)
- *Rodinná terapie*
- *Socioterapie*
- *Multisystematická terapie*
- *Ochranná a ústavní výchova*
- *Preventivní programy* (Malá a kol. 2008).

3.1.3 Smíšené poruchy chování a emocí. Jedná se o kombinaci trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy. Kromě poruch chování se často vyskytuje úzkost, fobie, hypochondrie, dále mohou být přítomny obsese, kompulze nebo derealizace či depersonalizace. Přitom platí, že čím je dítě mladší, tím jsou výraznější somatomorfni poruchy, tj. vegetativní dysfunkce, bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku a příjmu potravy (Malá a kol. 2008).

Klasifikace smíšených poruch chování a emocí dle Malé a kol. (2008):

- *Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování*
- *Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí*
- *Reaktivní porucha přichylnosti v dětství*

MKN-10 uvádí tuto klasifikaci:

- *Depresivní poruchy chování*
- *Jiné smíšené poruchy chování a emocí*
- *Nespecifické smíšené poruchy chování a emocí* (in Barker 2007).

Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování. Jedná se o reakci na zátěžovou situaci, která postihuje integritu sociálních vztahů, hodnot a zázemí. Projevuje se agresivním nebo disociativním chováním, a to převážně u adolescentů. Symptomy nemusí být okamžitou reakcí na stres. Tímto chováním se jedinec brání traumatizaci. Vyskytuje se vandalismus, záškoláctví, hazardní hry a rvačky (Malá a kol. 2008).

Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí, reaktivní porucha přichylnosti v dětství a depresivní poruchy chování nejsou obsahem diplomové práce.

3.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy byly dříve u dětí a adolescentů opomíjeny. V dnešní době se na tuto kategorii klade značný důraz. Soudobá medicína i psychologie zjistila, že se afektivní poruchy dětí a adolescentů se projevují odlišně než v dospělosti, zřejmě proto byly dříve brány jako atypické tápání při dozrávání a dospívání.

3.2.1 Deprese. Přestože byla v dětském věku podceňována, vyskytuje se často. I když se deprese dětí, adolescentů a dospělých projevuje podobně, u nezletilých jedinců se často komplikuje kombinací s agresivitou, poruchou chování a somatickými stesky. Deprese se

projevuje jako ztížená schopnost se radovat, jedinci mají nízké sebehodnocení, trpí pocity viny, propadají pesimismu, zoufalství až s myšlenkami na svou smrt, jsou podrážděni, osamoceni, sociálně izolováni, může docházet až k agresi, mohou být neklidní až hyperaktivní, nebo jsou naopak unavení, tiší, pomalí, s mnoha somatickými nebo vegetativními příznaky (Malá a kol. 2008)

Prevalence. Malá a kol. (2008) uvádí, že výskyt depresivní poruchy dětí a adolescentů se pohybuje od 0,4 do 2,5 % do 10 let věku, 0,4 - 8,3 % u adolescentů. Celkově se deprese objevuje u 1 - 8 % dětí a adolescentů. Riziko suicida je u nezletilých jedinců s depresí až 20x vyšší. Poměr výskytu deprese mezi chlapci a dívkami je 1 : 5 až 2 : 5.

Etiologie. Barker (2007) i Malá a kol. (2008) se shodují, že při vzniku depresivní poruchy se nejedná o jednu příčinu. Deprese vzniká multifaktoriálně. Podstatou onemocnění je dědičná dispozice nebo vulnerabilita vedoucí ke změnám funkce CNS, psychickým, vegetativním a endokrinním poruchám. Deprese vzniká na podkladě interakcí genetických a zevních faktorů. Mezi jednotlivé příčiny, které podmiňují depresivní poruchu, lze tedy řadit genetické faktory (často se objevuje depresivní porucha v rodinné anamnéze), stresující události (jsou důležité u predisponovaných jedinců), nejistou vazbu a citovou deprivaci, separační zkušenost, ztrátu blízkého nebo úmrtí, jiné psychiatrické stavy (deprese může komplikovat poruchy chování, poruchy přizpůsobení, separační úzkost, ADD, ADHD a jiné emoční a behaviorální poruchy), tělesné nemoci (cukrovka, astma aj.) a drogy (také chronický abúzus kokainu a jiných drog může komplikovat depresi) (Barker 2007), ztrátu širších sociálních vazeb, prestiže nebo životního naplnění (Styx 2003). Plog (1999) uvádí, že depresivní výrazové formy v jednání dětí a adolescentů bezprostředně souvisejí se ztrátou lásky (a objektu). Závislost dítěte je mnohem zřejmější a přirozenější, a proto jsou depresivní reakce bezprostřední.

Klinické příznaky. Hlavním rysem depresivní poruchy je smutná nálada, sklíčenost, pocity beznaděje a zoufalství. Dále sem patří poruchy spánku a jídla, pohybový útlum, apatie, ztráta zájmu, pokles energie, ztráta pocitu vlastní hodnoty, pocity viny, zhoršená soustředěnost, úvahy o smrti a suicidální myšlenky (Říčan a kol.2006).Na vysoké riziko suicidálního chování upozorňuje i Křivohlavý (1997). Uvádí, že při depresi se často objevuje agrese zaměřená vůči sobě. Tato vnitřní agrese vede jedince k sebepoškození nebo sebevražednému jednání. Riziko suicida se pohybuje u 10 až 15 %. Mnozí jedinci trpící depresí touží po smrti, která by pro ně byla vysvobozením a mnohdy se jedná o bolestivé a hrůzné sebevražedné tendence.

DSM - IV vymezuje příznaky depresivní nálady (u nezletilých často dochází ke

vznětливosti a nedůtklivosti), významným poklesem zájmu a potěšení ze všech, či téměř ze všech činností, poklesem tělesné hmotnosti nebo jejím přírůstkem, sníženou nebo zvýšenou chutí k jídlu, změnou vzorce spánku ve smyslu jeho omezení nebo excesivní spavosti, psychomotorickou agitovaností nebo zpomalením, únavou nebo ztrátou energie, pocity znehodnocení, masivními nebo nepřiměřenými pocity viny (mohou nabývat až bludného charakteru) a sníženou schopností myslet nebo se koncentrovat, nerozhodností (in Barker 2007). **MKN - 10** uvádí příznaky stejné jako DSM - IV a přidává myšlenky se sebevražděnými nebo sebepoškozujícími obsahy a bezútěšný, pesimistický výhled do budoucnosti (in Barker 2007).

Nezletilý s depresivní poruchou mají až o 40 % porušeno myšlení a vnímání. Objevují se halucinace, převážně sluchové (většinou imperativní). Bludy se u nezletilých týkají změn identity, ale častěji než bludy se objevuje paranoidní percepce. Poruchy myšlení a vnímání se u nezletilých (narozdíl od dospělých) nekoreluje s tíží deprese. U adolescentů se objevují bludy náboženské, cenestopatické a paranoidní. Depresivní syndrom, tj. deprese, má jak u nezletilých, tak u dospělých symptomy v oblasti kognitivní, emoční, afektní, motorické, somatické a sociální. Základní symptomy jsou shodné ve všech věkových kategoriích, ale objevují se v různé míře a podobě (Malá a kol 2008).

Symptomy deprese v jednotlivých věkových obdobích nezletilého jedince.

- *Deprese novorozenců a kojenců* se projevuje protestní reakcí, reakcí zoufalství a rezignace, vývojovou regresí a ztrátou základní důvěry (Malá a kol. 2008). Deprese v kojeneckém věku je typická postupným odtažením se od matky, nezájmem o okolí, smutným výrazem obličeje, utlumenou hybností i mimikou. Deprese nastává v případě těžké psychické deprivace nebo při dlouhodobém neuspokojování základních biologických potřeb. Nejčastěji se projevuje jako anaklitická deprese - reakce na separaci matky, dítě pláče až postupně ztrácí naději, přestává reagovat na okolí, potom se odpoutává od matky. (Říčan 2006).
- *Deprese batolat* se projevuje inhibicí vývojovou, motorickou, somatickou, sociální i intelektuální a dysforicko-depresivním laděním (Malá a kol. 2008) V batolecím věku dochází v důsledku deprese k poruše spánku i jídla, často se objevuje autostimulace, dítě ztrácí zájem o hru a zesiluje se u něho negativismus (Říčan 2006).
- *Deprese předškolních dětí* se projevuje nesoustředivostí, ztrátou zvědavosti a kreativity, hyperaktivita bývá střídána s apatií, afektivní dráždivostí, krátkými afektivními výbuchy, nechutenstvím, poruchami spánku, manipulací s genitáliemi,

regresivním chováním. Agrese bývá střídána zamlklostí a střídáním povrchních kontaktů, odmítáním sociálních kontaktů, odmítáním her a izolací (Malá a kol. 2008). Deprese předškolních dětí je výrazná somatickými symptomy, ztrátou zájmu o hru i o vrstevníky, u dítěte přibývá denního snění, dochází k destruktivnímu až agresivnímu jednání (Říčan 2006).

- *Deprese mladších školáků* se projevuje somatickými problémy (bolesti břicha, hlavy), které se transformují do anxiety a fobie, útlum bývá střídán agitovaností (hypeaktivitou), emoční labilitou, záchvaty pláče, křiku, nesoustředěností, touhou po sociálním kontaktu, ale zároveň okamžitým odmítáním, odporem k učení, auto i hetero agresí, sluchovými halucinacemi - imperativní (asi 1/3), které nekolerují s tíží deprese. Objevují se náznaky paranoidní percepce, enkopréza, enuréza, pavor nocturnus, masturbace (Malá a kol. 2008). Dítěti klesá sebevědomí, projevují se pocity viny a bezmoci, častá jsou depresivní témata. Obvyklým prvním symptomem je zhoršení prospěchu ve škole. V tomto období je už reálná hrozba suicida (Říčan 2006).
- *Deprese starších školáků* se projevuje útlumem, kolísáním nálad, sklíčeností, somatickou bolestí, změnou hmotnosti, performační anxiety, nesoustředěností, hloubavostí, izolací, neoblíbeností, kognitivním zhoršením, zhoršením kreativity, suicidálními úvahami, sníženým sebehodnocením, nárůstem sluchových halucinací, výskytem bludů (paranoidních) a nárůstem anxiety a fobií (Malá a kol. 2008). Deprese adolescentů se pak projevuje prudkým kolísáním nálad, iritabilitou, beznadějí, zoufalstvím, vitálním smutkem, spavostí, únavou, zneužíváním návykových látek a alkoholu, ztrátou zájmu, anhedonií, nudou, ztrátou komunikace, sociální fobií, kognitivním zhoršením, impulzivitou, sebevražedným jednáním, beznadějí, bludy, kolísáním, útlumem vedoucím až k psychomotorické agitaci a hypersomnii (Malá a kol. 2008). Projevy deprese jsou téměř shodné s projevy dospělé populace. Objevuje se porucha nálady, snížená energie, únava a tendence k izolaci i slabé sebehodnocení. Časté je také promiskuitní sexuální chování. Adolescent se prudce zhorší ve škole. V tomto věku je riziko suicida velmi vysoké (Říčan 2006).

Prognosticky nepříznivé faktory deprese v nezletilém věku jsou inhibice učení, zvědavosti, kreativity, kognitivní zhoršení, vnitřní neklid, dysforie, mutismus, pocity vitálního smutku bez otevřené budoucnosti a suicidální pokusy (Malá a kol. 2008).

Depresivní symptomy neovlivněné věkem jsou poruchy spánku, depresivní ladění

nebo poruchy chování, suicidiální tendence (5 - 20 %), poruchy koncentrace pozornosti.

Klasifikace depresivní poruchy a depresivního syndromu dle DSM - IV:

- *Mírná depresivní fáze*
- *Středně těžká depresivní fáze*
- *Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků*
- *Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky*
- *Jiné depresivní fáze*
- *Depresivní fáze nespecifikovaná*
- *Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze mírná*
- *Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká*
- *Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických příznaků*
- *Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky*
- *Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze v remisi*
- *Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy*
- *Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná*

Mírné depresivní fáze a poruchy se dále dělí na ty bez somatických příznaků nebo se somatickými příznaky (in Malá a kol. 2008).

Duševní poruchy u dětí, kde je různě vyjádřen depresivní syndrom

- *Porucha přizpůsobení*
- *Krátkodobá depresivní reakce*
- *Protrahovaná depresivní reakce*
- *Smíšená úzkostná a depresivní reakce*
- *Depresivní porucha chování*
- *Smíšená úzkostně-depresivní porucha*
- *Psychotická porucha s převahou depresivních (manických) příznaků při poruše vyvolané účinkem psychoaktivních látek*
- *Reziduální afektivní porucha vyvolaná účinkem psychoaktivních látek (in Malá a kol. 2008).*

Terapie. Terapie deprese bývá kombinací farmakoterapie s psychoterapií:

- *Odstranění nebo zmírnění zátěže, kterému dítě čelí.* Intervence může zahrnovat rodinnou terapii, rodičovské poradenství, intervence ve škole, léčbu deprese, léčbu alkoholismu aj. u jednoho nebo u obou rodičů, dočasné umístění dítěte do intervenčního centra nebo jiného zařízení.
- *Antidepresivní farmakologická léčba.* Využívají se selektivní inhibitory reuptaku

serotoninu, neuroleptika (leponex, risperdal, zyprexa) nebo antiepileptika (lamictal, neurontin, topamax).

- *Psychotherapie*. Nejčastěji kognitivně - behaviorální terapie (Barker 2007).
- *Elektrokonvulzivní terapie*
- *Léčba světlem*
- *Spánková deprivace*
- *Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) a stimulace nervus vagus* (Svoboda a kol. 2006).

Jedením z prvních kroků je psychoedukace pacienta a jeho okolí. Ta zahrnuje poskytnutí informací o depresivní poruše, její léčbě, spolupráci při ní, poučení o opoždění nástupu účinku antidepressivní léčby, účelném chování klienta i rodiny. V průběhu psychoedukace se pracuje i s následnou profylaktickou léčbou a s relapsem (Kučerová a kol. 2006).

3.3 Neurotické a úzkostné poruchy

Tyto poruchy jsou klasifikovány podle převažujících symptomů, jakými jsou úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, konverze nebo somatomorfnní příznaky. Do neurotických poruch spadají i poruchy vyvolané stresem, jako je posttraumatická stresová porucha a porucha přizpůsobení (Hrdlička a kol. 2008).

3.3.1 Poruchy přizpůsobení. Tato porucha je úzce spojena se stresem a životními událostmi, které navazují na stres. Vznik poruchy není primárně položen jen na objektivním stresovém faktoru, ale také na subjektivním významu stresové události, osobnostní dispozici vyrovnat se se stresem a na podpoře sociálního prostředí. Porucha přizpůsobení představuje stav subjektivní tísně a poruch emotivity i chování. Vzniká jako reakce na významnou životní změnu nebo stresovou událost. Projevy poruchy zahrnují depresivní náladu, úzkost, obavy, pocit bezmoci. U dětí a adolescentů se objevují regresivní projevy nebo poruchy chování. Toto maladaptivní chování je natolik výrazné, že ztěžuje fungování dítěte, oslabuje jeho schopnost udržet obvyklé sociální vztahy i aktivity (Kocourková a kol. 2008).

Prevalence. Výskyt poruchy u dětí a adolescentů se odhaduje mezi 25 - 65 %. Údaje o

rozdíl mezi pohlavím není vymezeno, nicméně je zjištěno, že mužské pohlaví představuje určitou vulnerabilitu nezávisle na věku či na typu stresující události.

Etiologie. V současné době se zdůrazňuje prožitek stresu při vzniklé poruše před samotným objektivním charakterem stresující události. Faktory, které hrají roli při vzniku poruchy jsou: specifický stresor, charakteristika dítěte a jeho vulnerabilita, vnější prostředí, v němž nezletilý jedinec žije, a dostupnost emocionální i praktické podpory (Kocourková a kol. 2008).

Klinický obraz. U jedince se projevují příznaky jako u afektivních poruch, neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem nebo poruch chování. Příznaky poruchy přizpůsobení musí začínat v průběhu jednoho měsíce od vystavení stresoru a mohou měnit formu i závažnost. **Převládající rysy příznaků mohou být:**

- *Krátká depresivní reakce*
- *Prodloužená depresivní reakce*
- *Smíšená úzkostná a depresivní reakce*
- *S převládajícími poruchami emotivity*
- *S převládajícími poruchami chování*
- *S převládajícími poruchami emotivity a chování*
- *S převahou jiných specifických příznaků* (Kocourková a kol. 2008).

Terapie. V případě poruchy přizpůsobení se doporučuje využití psychoterapie, naopak užití psychofarmak se považuje za nežádoucí postup léčby. **Do terapie se zařazuje:**

- *identifikace a zmírnění nebo odstranění stresového faktoru*
- *krátká dynamická terapie*
- *rodinná terapie* (Kocourková a kol. 2008).

3.4 Psychické poruchy se somatickými projevy

Psychická porucha se somatickými projevy se projikuje jak do psychiky, tak do somatiky. Vzniká vzájemnou interakcí biologických, somatických a psychosociálních faktorů. Problematika psychosomatických poruch je v dětském věku obzvláště zřetelná, protože dítě je disponováno k somatizaci deficitů a konfliktů z psychosociální oblasti (Hrdlička a kol. 2008).

3.4.1 Neorganická enuréza. Neorganická enuréza, dle MKN - 10, je bezděčné pomočování ve dne nebo v noci. Toto pomočování musí být nepřiměřené věku jedince, nesmí být důsledkem nedostatečné kontroly měchýře v důsledku neorganické poruchy, epilepsie, ani strukturální odchylky močového ústrojí (in Barker 2007). Enuréza (neorganická), dle DSM-IV-TR, je bezděčné i záměrné, úmyslné pomočování. Může být noční, denní nebo obojího typu (in Barker 2007). Jako enurézu můžeme označovat pomočování u dětí starších 5 let, ke kterému dochází minimálně dvakrát za měsíc. Další důležitou podmínkou je neorganická příčina (Malá a kol. 2008).

Prevalence. Do 5 let se nejedná o enurézu, je to fyziologický stav. V pěti letech se setkáváme s enurézou asi u 16 % dětí, v sedmi letech u 7 % a ve 14 letech asi u 2 %. Výskyt enurézy v dospělosti je 0,5 %. Do věku 7 let se noční enuréza objevuje stejně často u obou pohlaví, poté postupně stoupá v zastoupení chlapců. U denní enurézy je to obráceně (Malá a kol. 2008). Podle studií se enuréza vyskytuje jen vzácně u dívek starších 11 let a chlapců starších 13 let. Denní pomočování je méně časté než noční (Barker 2007).

Etiologie. Dříve se jako příčiny enurézy považovaly psychogenní faktory. V současné době se neuvažuje o jedné příčině, ale o více příčinách, které mohou v etiopatogenezi poruchy spolupůsobit. Mezi faktory se řadí hereditární vlivy (asi u 2/3 se objevuje v rodinné anamnéze), organické vlivy (nezralost CNS) a psychogenní vlivy (Malá a kol. 2008).

Klasifikace. Enuréza se dělí na primární (dítě se nikdy nenaučilo kontrolovat močení) a sekundární (příznaky se objevují po 3 až 12 měsíčním období kontroly močení v závislosti na různě definovaných podmínkách (Barker 2007).

Klinický obraz. Dle MKN-10 se jedná o bezděčné pomočování ve dne nebo v noci. Pomočování je pro mentální věk postiženého nenormální a není důsledkem neurologické poruchy, epileptických záchvatů nebo strukturální anomálie močového traktu. Frekvence pomočování může být rozdílná. Enuréza se může kombinovat s enkoprézou. Primární enuréza bývá kombinovaná i s hyperkinetickým syndromem. Primárně přináší enuréza emocionální problémy a sekundárně vede k neurotizaci. Dítě se za problémy stydí, izoluje se před vrstevníky. Pakliže je dítě za pomočování trestáno rodiči, může dojít k rozvoji depresivní symptomatiky, a může být posilován původní symptom (Malá a kol. 2008).

Terapie. V terapii se používá kombinace přístupů a opatření. Jedná se o.:

- *podporu a uklidnění rodiny a dítěte*
- *podmiňování* (metoda, kdy se použije budík, úspěšnost až 80 %)
- *farmakologickou léčbu* (používá se desmopresin, antidepresiva jako imipramin

nebo amitriptilin. U této léčby je vysoké procento relapsů (Svobodová 2007).

- *hypnoterapii (Barker 2007).*
- *režimová opatření (především pitný režim)*
- *psychoterapii a práci s rodinou (Malá a kol 2008).*

3.4.2 Neorganická enkopréza. Neorganická enkopréza je mimovolní defekce u dětí starších 4 let, a to při normální konzistenci stolice a bez zjištěné organické příčiny (Malá a kol 2008). Barker (2007) uvádí, že se nemusí jednat jen o bezděčnou defekci na nevhodných místech, ale může také docházet k rozmazávání stolice po okolí. DSM-IV-TR vyžaduje pro diagnózu enkoprézy výskyt tohoto chování alespoň 1 x měsíčně po dobu 3 měsíců a dítě musí být starší 4 let. MKN-10 uvádí, že se může jednat o monosymptomatickou poruchu, nebo může být příznakem komplexnější poruchy, především emoční, úzkostné nebo poruchy chování (in Barker 2007).

Prevalence. Po 4 roce se s enkoprézou setkáváme u 3 % dětí, v 8 let u 1,5 %, mezi 10. - 12. rokem se enkopréza vyskytuje u 1,3 % chlapců a 0,3 % dívek. Jak bylo zmíněno výše, enkopréza se často spojuje s enurézou (Malá a kol. 2008).

Etiologie. Na vzniku enkoprézy se podílí kumulace faktorů. Většinou se jedná o nadměrný nebo naopak malý tlak rodičů k brzkému získání kontroly nad defekcí, fyziologické zadržování stolice, psychologické a sociální vlivy jedince (Malá a kol. 2008).

Klasifikace. Enkopréza se podobně jako enuréza dělí na primární (dítě nikdy neudrželo stolici) a sekundární (dítě stolici dříve udrželo) (Malá a kol. 2008). DSM-IV-TR tyto formy dále dělí na enkoprézu se zácpou a bez zácpy (in Barker 2007).

Klinický obraz .Základním rysem je defekce na nevhodných místech, nejčastěji se jedná o šaty. Velmi zřídka je enkopréza omezena na určitou okolnost. V tomto případě se předpokládá emocionální problémy dítěte s okolností. Agresivní děti s enkoprézou bývají dobře upravené, mívají dobré výsledky ve škole. Obecně lze poznamenat, že jedinci trpící enkoprézou nemají rádi témata o vyprazdňování. U regresivní enkoprézy se objevuje infantilismus (Barker 2007).

Terapie. Léčba enkoprézy je přímo závislá na etiologických faktorech. Uplatňují se:

- *Režimová opatření (především režim stravy)*
- *Behaviorální psychoterapie*
- *Dynamicky orientované herní terapie*
- *Rodinná terapie*

- *Farmakoterapie* (antidepresiva s anxiolytickým efektem) (Malá a kol. 2008).

3.5 Sebepoškozování

Sebepoškozování znamená vědomé a cílené ovlivňování fyzické integrity jedince, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci. Nejčastěji se jedná o lokalizovanou automutilaci, ke které dochází pořezáním na zápěstí, ruce, ale i na dolních končetinách, zřídka v obličeji, na prsou a bříše. Sebepoškozování musí mít rituální složku, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí. Poškození nebývá vážné, ale často se u těchto jedinců objevuje suicidální jednání (Hort a kol. 2008).

Prevalence. U psychiatrických pacientů se sebepoškozování objevuje často, asi u 50 % lze z anamnézy zjistit pořezání, 3 x častěji bývá sebepoškozování u žen než u mužů. Z celkové populace se jedná o 4 %. Častěji se sebepoškozování objevuje u jedinců závislých na návykových látkách, u osob s disociativní poruchou a u osob s poruchou osobnosti. Endemicky se objevuje sebepoškozování v internátech, věznicích a jiných podobných zařízeních (Hort a kol. 2008).

Etiologie. Příčiny jsou různé. Většinou se předpokládají nevědomé motivy, které obracejí agresivní impulzy proti sobě, nebo sebepotrestání. Tito jedinci mívají často sadomasochistické fantazie. Předpokládá se, že byli v dětství fyzicky trestáni a že ve svém sebepoškozování opakují deformované vztahy se sadistickým rodičem. Sebepoškození může jedinci přinášet kontrolu, ale i uklidnění (Hort a kol. 2008).

Klasifikace. Kocourková (2006) uvádí toto členění sebepoškozování:

- *automutilace* je sebepoškozování, které vyplývá z psychotické poruchy. Je zaměřeno na určitou část těla a vyjadřuje pocity viny při těžké depresi, schizofrenii, jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik nebo u osob s poruchou osobnosti v těžkých zátěžových situacích
- *sebepoškozování* jakožto vědomé, záměrné a opakované sebepoškozování bez suicidální motivace. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, loktů, škrábance, vyřezávání znaků do kůže a popálení cigaretou. Motivů bývají různé, často se jedná o pocity vzteku na vlastní osobu, úlevu od napětí, přání zemřít.
- *syndrom záměrného sebepoškozování* je specifický patologický projev u poruch osobnosti, u poruch příjmu potravy a u pacientů závislých na návykových látkách
- *syndrom pořezávaného zápěstí* je poškozování zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidální motiv. Klient prožívá tenzi a dysforii a sebepořezáním dojde

k úlevě, což vede k opakování tohoto jednání. Tito jedinci mívají snahu bojovat s tím, ale ocitají se v kolotoči napětí a uvolnění.

- *předávkování léky* je nadměrné užití léku bez zjevného suicidálního úmyslu. Bývá časté a opakované.

Klinický obraz. Sebepoškozovací chování začíná obvykle v adolescenci a rané dospělosti, průběh může být chronický i kolísavý a může dojít až k úmyslnému nebo nahodilému suicidii.

Terapie. Měla by být směřována k bazální psychopatologii. Používá se:

- *Psychoterapie dynamická*
- *Kognitivní psychoterapie*
- *Skupinová psychoterapie*
- *Farmakoterapie* (fluoxetin, clomipramin, naltrexon) (Hort a kol. 2008).

3.6 Suicidium a suicidální chování

Suicidální chování je široký pojem. Zahrnuje suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokusy až po dokonalé suicidium. Suicidální chování nezahrnuje samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku, ale dá se označit jako syndrom. Teprve podrobná diagnostika stanoví eventuální diagnózu (Kocourek a kol. 2008).

Prevalence. Ve výskytu suicidálního jednání se objevují značné rozdíly v různých státech. V České republice byl počet dokonalých suicidií udáván 15,7 na 100 000 obyvatel, přitom trend je spíše sestupný. Mezi 9 - 11 rokem si dítě teprve plně uvědomuje ireverzibilní charakter suicida. Do této doby se nedá mluvit o suicidu, protože dítě může jednání brát jako reverzibilní bez úmyslu zemřít. (Kocourek a kol. 2008). Dokonalá suicidia jsou v předpubertálním věku vzácná, ale výskyt prudce vzrůstá v období dospívání, bývá doprovázen užíváním omamných látek (Fombone in Barker 2007). Plog (1999) uvádí, že asi 1/3 těchto jedinců si "usnadňuje" suicidium alkoholem. Od 90. let 20. století se objevuje obrovský nárůst suicidality u dětí a dospívajících. Sebevražednost vzrostla z 0,2 na 7,57 % na 100 000 nezletilých obyvatel. Suicidálních pokusů je mnohem více než dokonalých suicidií, a to 10 - 20 násobek, mnohem častěji se monitoruje u dívek. Dle statistik se chlapci častěji než dívky dopouštějí sebevražedného jednání s latentním koncem.

Etiologie. Na vzniku suicidálního chování se často podílí více etiologických faktorů. Málokdy existuje pouze jeden důvod. Při zdůvodňování nárůstu sebevražd a depresí se připisuje významná role rodině (okolí) a škole (Plog 1999). Obecně se mezi faktory řadí rodinné faktory (genetické dispozice k psychiatrickým onemocněním, vlivy výchovné a identifikační, neuspokojivé rodinné zázemí, situace a alkohol v rodině), psychiatrické onemocnění (především depresivní porucha, schizofrenie, poruchy vývoje osobnosti, hyperkinetický syndrom a poruchy chování, poruchy příjmu potravy a toxikomanie), kolektiv a sociální prostředí jedince, intrapsychické konflikty a význam ztráty objektu v raném věku (dle psychoanalýzy) (Kocourek a kol. 2008).

Každé suicidium je vykonáno částečně ze svobodné vůle, ale nikdy není úplně svobodné. Všichni lidé, kteří uvažují o suicidu, by si vystačili se svými normálními možnostmi transcendence a žádný z nich by se nepokoušel o suicidium, kdyby pro něj byly v momentu činu jeho životní podmínky příznivější (Plog 1999).

Vývoj suicidálního jednání. Tendence k suicidálnímu jednání se většinou vyvíjí, nevznikají zcela náhle a neočekávaně. Tento proces má tři fáze:

- tendence k sebevraždě existují na symbolické úrovni, často o sebevraždě mluví
- tendence dostává konkrétnější podobu, začíná uvažovat o způsobu uskutečnění
- uskutečnění jednání

Kontinuální model vypadá takto: suicidální nápady, pak suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus až po dokonalé suicidium (Vágnerová 1999)

Klasifikace.

- *Suicidium* je sebepoškozovací akt s následkem smrti, který je způsoben samotným jedincem, s vědomým úmyslem zemřít.
- *Suicidální pokus* je život ohrožující akt, s úmyslem zemřít, bez letálního konci.
- *Suicidální myšlenky a tendence* jsou verbální a neverbální tendence, které naznačují, že jedinec se zabývá myšlenkami na sebevraždu, přitom úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, mohou se objevovat ambivalentní postoje ke smrti. Suicidálním činem dává jedinec svůj život v sázku.
- *Parasuicidium* je suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl s letálním koncem, jde spíše o sebepoškození, které může skončit letálně.
- *Suicidální dohoda* je stav, kdy se dva nebo více jedinců domluví k sebevraždě.
- *Suicidium rozšířené* je takové suicidální jednání, kdy osoba v psychotické motivaci chrání osobu blízkou např. před zlem tohoto světa (Kocourek a kol. 2008).
- *Suicidální krize* je stav, který předchází suicidálnímu jednání. Pakliže se nezasáhne,

může vyústit v dokonalé suicidium (Češková a kol. 2006).

- *Účelové suicidální jednání* je stav, kdy účelem není smrt jedince, ale vyřešení nějaké situace, sledováno nevědomě.
- *Demonstrativní suicidální jednání* je stav, kdy účelem není smrt jedince, ale vyřešení nějaké situace, sledováno vědomě a záměrně.
- *Sebeobětování* je zvláštní forma jednání. Smrt tímto způsobem je ve prospěch jiných lidí. Chybí zde vědomá touha zemřít (Vágnerová 1999).

Členění dle důvodů provedení:

- *Emocionální sebevražda*. Jedince k tomu vedou emoce, pocity, především oblast osobního života.
- *Biologická sebevražda* je způsobena nemocí psychickou nebo fyzickou, nebo strachem z budoucí nemoci.
- *Ideologická sebevražda* je tzv. memeticko-genetická sebevražda nebo revolta vůči nějakému systému (Vágnerová 2006).

Dělení dle alternativy sebevražedného jednání:

- *Bilanční* sebevražda je výsledek dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů vyplývajících z rozumové podstaty.
- *Impulzivní* sebevražedné jednání je afektivní, náhlé rozhodnutí (Vágnerová 2006).

Klinický obraz. Lochel (in Kocourek a kol. 2008) vymezuje presuicidální syndrom. Ten avizuje nebezpečí následného suicidálního aktu. Jeho příznaky jsou konkrétní představy průběhu suicidálního činu, v anamnéze se nacházejí suicidální myšlenky, častá je dysforická nálada. Dítě a dospívající se cítí smutní, unavení, nemocní. Přítomny mohou být psychosomatické obtíže (poruchy spánku, změna jídelního chování a vegetativní projevy). Někdy dochází, po době zjevného napětí a depresivních nálad, k uvolnění (jedinec se definitivně rozhodl pro suicidium).

Při posuzování suicidálního chování je nezbytně nutné brát v úvahu výběr metody, místo jednání a okolnosti. Měkké metody (intoxikace medikamenty) se objevují častěji u dívek (existuje šance na přežití), a tvrdé metody (strangulace, skok z výšky, zastřelení), se objevují častěji u chlapců (šance na přežití je poměrně malá). Suicidální chování může mít demonstrativní účel, kdy se dítě nebo adolescent snaží vyřešit subjektivně nevyřešitelný problém. Může jít o jakýsi alarm.

V každém suicidálním aktu je obsažena agrese, která je obrácena proti jedinci samotnému (autoagrese), nebo proti okolí (heteroagrese). V současné době není výjimkou, když adolescent věří v posmrtný život, v tzv. neinkarnační teorii. Jedinci chtějí zemřít, aby

se mohli narodit v jiné podobě a prožít lepší život (Kocourek a kol. 2008).

Styx (2003) vymezuje suicidální chování jako jakýsi komunikační akt. Je vedený s velkým důrazem, je naléhavý, a často toto chování není myšleno až k latentnímu konci. Bezprostřední vyjádření křivdy vlastnímu organismu je dle Styxe vždy více agresí než únikem. Jedinec vlastně zabíjí osobu, která mu odepírá náklonnost a se kterou je vnitřně ztotožněn. Hluboké ztotožnění s významnou osobou může při jejím odmítání vést k pocitu ztráty vlastní hodnoty i k tendencím toho druhého v sobě zničit.

Terapie. Terapie vychází z výsledků vyšetření. V případě, že byla diagnostikována psychiatrická diagnóza (deprese, schizofrenie), terapie je zaměřena na léčbu dané poruchy. V případě nebezpečí opakování suicidálního chování je plně indikována hospitalizace. Bývá indikována psychoterapie, někdy také sociální práce (Kocourek a kol. 2008). Podle stavu klienta a okolností se může volit farmakoterapie (diazepam, midazolam (Kučerová a kol. 2006).

3.7 Návykové užívání

Návykové užívání nese v pojmu celou škálu látek, které mohou způsobit závislost. Pro potřeby této práce se zaměřím pouze na tabák, alkohol a kanabis.

Návykové užívání látek nese s sebou řadou rizik. Důležité je uvědomit si, že nejde "jen" o škodlivé účinky těchto látek. Tyto látky mohou dekompenzovat jiné duševní problémy dospívajících, a také jiné duševní poruchy (například ADHD) zvyšují riziko problémů s návykovými látkami. Návykové látky mají u dětí a adolescentů specifická rizika. Patří sem vyšší riziko těžkých otrav, rychleji se vytváří závislost, zaostávání v psychosociálním vývoji, vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. Návykové problémy se u dospívajících pojí často s dalšími komplikacemi, jako je selhávání v životních rolích, trestná činnost aj. (Nešpor a kol. 2008).

Dle Světové zdravotnické organizace se pro daný problém užívá pojem problémy působené alkoholem, jako zastřešující pojem, pod kterým se skrývají i problémy působení jiných návykových látek, vyjma patologického hráčství (Nešpor a kol. 2008).

DSM-IV-TR i MKN-10 rozlišují mezi pojmy užívání, zneužívání, závislostí, nutkavým užíváním a škodlivým užíváním. Užívání a zneužívání návykových látek v dospívání je

značný problém ve většině částech světa (Barker 2007).

Jak uvádí Barker (2007), byl zjištěn vztah mezi užíváním návykových látek a delikvencí a selháváním ve školním výkonu, přesto není jasné, jak jsou tyto vlivy kauzálně spojeny. Faktory, které se spojují s užíváním návykových látek, jsou sociální izolace, snížené sebevědomí, špatné vztahy s rodiči, deprese, nekonvenční názory a hodnoty týkajících se návykových látek a jejich užívání

Mladiství mívají pocit, že užívání návykových látek, zvláště ve společnosti druhých, uspokojí jejich potřebu přijetí a spojení s druhými, potřebu uspokojení jejich zvědavosti, potřebu změněných stavů vědomí, zábavy a uvolnění, potřebu zbavení se úzkosti, maskování obav a starostí (Barker 2007).

Závislost. Závislost je stav organismu, kdy jsou buňky, nervový okruh a orgány jedince progresivně adaptovány na expozici látky. Dochází k nové rovnováze fyziologických funkcí jako odpověď na opakovanou nebo kontinuální expozici látky a s tím spojené kompenzační mechanismy. Syndrom závislosti je charakteristický silnou touhou získat látku, zvýšenou tolerancí, potížemi s kontrolou jejího užívání a rozvojem tělesného odvykacího stavu při nedostatku látky (Češková a kol. 2006).

Prevalence. Prevalence návykových nemocí není konstantní, ale podstatně a rychle se mění s dostupností látky. Obecně lze říci, že dochází k nárůstu užívání návykových látek mladistvými a přesouvá se čím dál více do nižšího věku dítěte (Nešpor a kol. 2008.). Přesto, že nejde přesně určit užívání návykových látek mezi nezletilými, odhaduje se, že mezi 12 až 16 lety se příležitostné užívání alkoholu objevuje ve 42,5 % u chlapců a 48,8 % u dívek, pravidelné užívání alkoholu se objevuje v 10,6 % u chlapců a 15,9 % u dívek. Kanabis se objevuje u 13,3% chlapců a 17,6 % dívek. Tabák se odhaduje v příležitostném užívání 31,1 % chlapců a 45,6 % dívek, pravidelně ho užívá 15,8 % chlapců a 23,4 % dívek (Barker 2007).

Uživatelé návykových látek lze rozdělit do skupin dle závislosti na látce. Řadí se sem:

- *experimentátoři* (experimentování s látkou je dočasné. Většinou to nevede k pravidelnému užívání)
- *situační (rekreační) uživatelé* (užívání v jistých příležitostech, bývá to skupina, obvykle vrstevníků. Užívání je omezeno jen na jistou příležitost a skupinu)
- *nutkaví uživatelé* (jedinec je závislý minimálně na jedné látce) (Barker 2007).

Průchozí drogy. Nešpor (a kol. 2008) se zmiňuje o průchozích drogách, mezi které patří alkohol, tabák a kanabis. Setkání s těmito drogami by nemělo vést automaticky k „tvrdým drogám“ (heroin, pervitin aj.). Přesto průchozí drogy, zejména pak v časném

věku, přidávají nebo zesilují rizikové faktory a nebezpečí přechodu k jiným látkám.

Netík (in Vágnerová 1999) vymezuje vznik závislosti na návykových látkách do následujících stadií:

- *stadium experimentování.* Impulz může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po neobvyklém zážitku. Důležitou roli hraje sociální model. Zřejmá je potřeba úniku od problému, kdy danou situaci adolescent neumí nebo nechce řešit. Spouštěčem bývá osobní nouze. Látka je únikem, kdy může vzniknout proces rozvoje návyku.
- *fáze příležitostného užívání.* Konzument většinou tají, že látku aplikuje. Ví, že látka není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích.
- *fáze pravidelného užívání.* Jedinec užívá látku častěji a stále popírá riziko návyku.
- *fáze návykového užívání.* Postupně se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká dané látky. Jedinec ztrácí motivaci, neskrývá svůj návyk. Nezáleží mu na jeho okolí, je v kontaktu jen s uživateli stejné látky. Látka už má pro uživatele jiný význam. Nepovznáší, ale je potřebná. Buď ji akceptuje jako trvalou součást svého života, nebo se jí chce zbavit

Etiologie. Etiologie může být různá, multifaktoriální. Mezi faktory lze například řadit genetické dispozice, emocionální stabilitu a osobnost jedince, přítomnost závažných osobnostních problémů a psychiatrických stavů i sociální nouze (Barker 2007).

Klasifikace. MKN-10 vymezuje kategorie, které vycházejí z diagnostiky:

- *Akutní intoxikace*
- *Škodlivé užívání návykových látek*
- *Závislost na návykových látkách*
- *Odvykací syndrom*
- *Odvykací syndrom s deliriem*
- *Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami*
- *Amnestický syndrom*
- *Reziduální stavy a psychotická porucha s pozdním začátkem* (Nešpor a kol 2008).

Klinický obraz (dle výše zmíněné klasifikace MKN-10).

- *Akutní intoxikace.* O akutní intoxikaci lze uvažovat pouze v případě, že se nejedná o škodlivé užívání nebo závislost.
- *Akutní intoxikace alkoholem* dětí je charakteristická dysfunkčním jednáním, afektivní labilitou, zhoršuje se soudnost, výkonnost, pozornost je narušena, objevuje se agresivita. Narušena je i motorika, objevuje se nejistá chůze a postoj, dysartická řeč, nystagmus, nastříknutí spojivek, může nastat porucha

vědomí.

- *U akutní intoxikace kanabinoidy*, jako u intoxikace alkoholem, se objevuje dysfunkční jednání, poruchy vnímání, depersonalizace, derealizace, euforie, halucinace při zachované orientaci, pocit zpomalení času, nedůvěra nebo paranoidita, zrakové a taktilní iluze, zhoršená soudnost, porucha pozornosti, zpomalení reakčního času, zhoršení výkonnosti. K tomu se objevuje zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, sucho v ústech a nastříknuté spojivky (Barker 2007).
- *Škodlivé užívání návykových látek*. Při škodlivém užívání dochází k tělesnému a duševnímu poškození v důsledku návykové látky.
- *Závislost na návykových látkách*. Objevuje se silná touha nebo puzení užít látku, postupně se zvyšuje tolerance organismu vůči návykové látce, objevuje se somatický odvykací syndrom, jedinec zanedbává své zájmy, zaměřuje se jen na požívání návykové látky a pokračuje v užívání i přes její škodlivé následky, které jsou jedinci známy.
- *Odvykacímu syndromu* musí předcházet nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání.
 - *Při odvykacím syndromu alkoholem* dochází k bolesti hlavy, pocení, tachykardii nebo hypertenzi, epileptickým záchvatům GM, nauzei nebo zvracení, přechodným halucinacím nebo iluzím, psychomotorickému neklidu, pocitu choroby a slabosti, nespavosti, třesu jazyka, víček nebo prstů.
 - *Při odvykacím syndromu kanabinoidy* se může objevovat úzkost, podráždění, třesy rukou, pocení a svalová slabost.
- *Odvykací syndrom s deliriem*, nejčastěji delirium tremens. Tento odvykací stav se u dětí a adolescentů objevuje velmi zřídka.
- *Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami* je charakterizována smyslově živými halucinacemi, záměnou osob, bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami a abnormními emocemi.
- *Amnestický syndrom* je syndrom sdružený s chronickým zhoršením krátkodobé paměti. Svobodová (2007) doplňuje, že jedinec své mezery v paměti doplňuje smyšlenkami, tj. konfabulacemi. Zahrnuje například Korsakovu psychózu. Amnestický syndrom se u dětí a adolescentů objevuje výjimečně.
- *Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem*. U adolescentů se v této souvislosti dá mluvit o psychotické reminiscenci (tzv. flashback). Je to stav, kdy se opakují prožitky dříve vyvolané návykovou látkou, přestože látka nebyla nyní

použita. Flashback se velmi často objevuje u kanabis (Nešpor a kol. 2008).

Terapie. Protože návykové užívání zapříčiňuje celá řada faktorů, je i soubor technik, metod a přístupů k léčbě závislosti pestrý. Rejstřík možné léčby zahrnuje:

- *psychoterapii* (arteterapie v širším slova smyslu, relaxační a imaginativní techniky, skupinová forma, KBT
- *rodinnou terapii*
- *somatickou léčbu*
- *léčbu prostředím*
- *poradenství*
- *změnu životního stylu*
- *zvládání stresu a relaxace*
- *ústavní léčbu* (Nešpor a kol.2008)
- *farmakologickou léčbu*(Barker 2007)
- *substituční léčbu* (Kučerová a kol. 2006)

Velmi vhodné je použít časnou a krátkou intervenci. Ta zahrnuje doporučení přestat užívat návykovou látku (včetně alkoholu nebo tabáku), svépomocné manuály, posilování motivace, spolupráci s rodinou, zapojení linky důvěry, centrum krizové intervence aj., doporučení ke specializované léčbě a následné kontroly jedince (Nešpor a kol. 2008).

EMPIRICKÁ ČÁST

*„Hrajte jako nikdy předtím, abyste mohli začít být tím,
čím byste mohli být. Pust'te se do toho. Buďte svou
vlastní inspirací, svým vlastním dramatikem, svým
vlastním hercem, svým vlastním terapeutem a konečně
i svým vlastním stvořitelem.“*

J. L. Moreno

4 UVEDENÍ DO VÝZKUMU

V souladu s názvem diplomové práce, Uplatnění dramaterapeutických metod v dětské psychiatrické léčebně, jsem se zaměřila na jednu konkrétní psychiatrickou léčebnu, a to na psychiatrickou léčebnu ve Šternberku (dále jen PL), jejíž součástí je dětské oddělení. Na dětské oddělení PL docházím dva roky na praxi, a mimo praxi jako dobrovolník. PL pořádá letní tábory a víkendové pobyty pro rodiče s dětmi, kde působím jako dramaterapeut. Od září 2010 vedu v PL dramaterapeutické skupiny s adolescenty.

4.1 Motivace k výzkumu

Vize diplomové práce vznikla kontinuálně s mým profesním zaměřením na klienty v období adolescence, se studiem dramaterapie a s možností spolupráce s PL Šternberk. Problematika adolescentů s psychiatrickou diagnózou se prolíná celým mým studiem dramaterapie. Samotný obor dramaterapie je více či méně inklínován k etopedii, psychologii a také psychiatrii. Dalším impulzem, který mě motivoval k diplomové práci, je fakt, že se ve PL Šternberk dramaterapie s adolescenty nekoná, přestože jsem přesvědčena, že se může významným způsobem podílet v léčbě adolescentů s psychiatrickou diagnózou.

4.2 Cíl výzkumu

V průběhu mé práce s dramaterapeutickými skupinami v PL mi kontinuálně vyplynulo množství otázek souvisejících s dramaterapií adolescentů. Některé z nich nejsou součástí diplomové práce, přesto podotýkám, že by si také zasloužily zpracování.

Otázky, jež jsem si pokládala:

- *Jaké jsou možnosti a meze uplatnění dramaterapeutických metod v PL na dětské a adolescentní klienty?*
- *Co může ovlivnit dramaterapeutické působení - průběh a výsledek?*
- *Jaká je efektivita dramaterapeutického působení na adolescenty PL?*
- *Je možné uplatňovat dramaterapeutické působení na všechny klienty, tj. s jakoukoliv diagnózou?*
- *Ovlivní nějak dramaterapeutické působení chování a prožívání adolescentů PL?*
- *Jaké jsou moje možnosti a meze uplatňování dramaterapeutických metod v PL na adolescentní klienty?*
- *Jaké jsou možnosti a meze adolescentů v dramaterapii?*
- *Jaká jsou specifika při působení dramaterapie u adolescentů s psychiatrickou diagnózou?*
- *Jak jsou adolescenti schopni přijmout do svého léčebného rozvrhu dramaterapii?*
- *Co jim dramaterapie přináší, nebo naopak co jim nevyhovuje?*
- *Jaká oblast osobnosti klientů by se měla rozvíjet skrze dramaterapeutické působení?*
- *Pakliže dramaterapeutické působení žádným způsobem neovlivní chování a prožívání klientů, tak proč?*

Z množství otázek byly pro výzkumné potřeby zvoleny ty, které jsem považovala za kardinální. Ostatní otázky nejsou dále součástí diplomové práce.

Z obecných otázek byly pak vytvořeny konkrétní výzkumné otázky:

- *Jak vnímají adolescenti v PL dramaterapii?*
- *Jak dramaterapie může ovlivnit chování a prožívání adolescentů PL?*
- *Které specifické dovednosti se dají rozvíjet u adolescentů PL skrze dramaterapeutické metody?*
- *Jaká jsou specifika užití dramaterapie u adolescentů PL?*

Z výzkumných otázek byly vytvořeny výzkumné cíle.

Výzkumné cíle jsou následující:

- *Zmapovat subjektivní vnímání dramaterapie klienty PL.*
- *Zjistit, jaký vliv má působení dramaterapeutických metod na chování a prožívání klientů PL. Zjistit, které specifické schopnosti je možné skrze dramaterapii rozvíjet.*
- *Prozkoumat, jaká jsou specifika dramaterapeutického působení na adolescenty PL.*

4.3 Metody použité ve výzkumu

Z možných přístupů, jakým způsobem lze provádět výzkum, jsem si zvolila **kvalitativní**, který nejlépe koreluje s problematikou výzkumu. Jako nejvhodnější typ výzkumu byl zvolen výzkum **terénní**.

Kvalitativní přístup. Kvalita je dle Klimeše (in Miovský 2006) pojímána jako jakost, hodnota nebo souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu. Disman (in Miovský 2006) uvádí, že kvalitativní přístup je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrývání významu podkládaného sdělovanými informacemi.

Miovský (2006) poznamenává, že kvalitativní výzkum je vždy jedinečný a neopakovatelný, což má přímou souvislost s psychologií, protože v ní existuje jen málo pravidel nebo zákonitostí, které by platily obecně. Ke stejné tezi se přikláním. Jen stěží by se dal opakovat výzkum této diplomové práce se stejným průběhem a závěrem, i kdyby to dělala stejná osoba, dokonce se stejnou klientelou.

Kvalitativní přístup charakterizují čtyři základní dimenze, které popisuje Čermák (in Miovský):

- *Antifundamentalismus.* Každý člověk vše „filtruje“ interpretativními schémata, a vědění je tedy vždy výsledkem procesu interpretace.
- *Fragmentárnost.* Realita není jednoduchý integrovaný systém a podléhá neustálému procesu kontinuálních změn.
- *Konstruktivismus.* Naše vědomí není zrcadlení reality. Lidské vědění je konstrukcí vystavěnou z kognitivních procesů a interakcí s vnějším i vnitřním světem člověka.
- *Neopragmatismus.* Neexistuje žádné konkrétní prediktivní vědění založené na

transparentním přístupem do nezávislé reality. Posun spočívá v tom, že se nesnažíme za každou cenu vytvořit obraz, který by co nejlépe korespondoval s realitou, neboť nemáme možnost si tuto korespondenci přímo ověřit.

Při kvalitativním přístupu výzkumník spoluvytváří realitu, na kterou je možné nahlížet z několika možných perspektiv. Realitu je třeba interpretovat, nikoliv objevovat. Kvalitativní přístup posuzuje celek, ne součásti, tj. používá holistický přístup. Výzkumník je vždy součástí, účastníkem. Osobní vztah s účastníky výzkumu je základním předpokladem úspěchu. Pole výzkumu bývá zpravidla velmi otevřené a výzkumník až v průběhu zjišťuje proměnné a vztahy.

Kvalitativní přístup nahlíží na jednání jako na svobodný akt, vůli člověka a projev jeho možnosti volby. Přístup umožňuje nízkou strukturaci a možnost změny v průběhu výzkumu. Povaha výzkumu bývá hluboká a bohatá, a bývá neopakovatelná (Wooglar in Miovský 2006).

Terénní výzkum, jak uvádí Miovský (2006), je spolu s případovou studií základem kvalitativního přístupu. Pro terénní výzkum je charakteristická nízká strukturovanost, zato hluboká struktura poznání. Terénní výzkum má za cíl zkoumat objekt v nejpřirozenějším prostředí. Účastníci výzkumu nevystupují jako pokusné osoby, ale jako partneři.

4.3.1 Metody výběru výzkumného vzorku

Při kvalitativním přístupu není většinou předem dána metoda výběru vzorku, protože se často mění v průběhu výzkumu. Žádná metoda výběru není exkluzivní, ale vždy se jedná o kombinaci různých metod výběru. Ten by měl být vždy podřízen cílům výzkumu (Mioviský 2006).

V ideovém plánu výzkumu jsem si zvolila metodu výběru vzorku záměrného výběru, konkrétně prostý záměr, tedy výběr účastníků, kteří jsou v účasti pro výzkum vhodní.

Jak zmiňuje Mioviský (2006), ve většině případů výběru vzorku se kombinují metody, při realizaci výzkumu se výběr pozmění na **záměrný výběr přes instituci**, přes PL. Mioviský (2006) vymezuje, že v situaci, kdy základním souborem našeho výzkumu jsou klienti určité instituce, pak je záměrný výběr prostřednictvím instituce nejlepší volbou.

Další metodou výběru, která byla v průběhu výzkumu použita, je **metoda sněhové koule**, kdy klient, který byl v první dramaterapeutické skupině, je účastníkem i druhé dramaterapeutické skupiny.

4.3.2 Metody získávání a zpracování dat.

Jako hlavní metodu získávání dat bylo pro potřeby výzkumu zvoleno **pozorování**, které bylo doplněno o **ohniskovou skupinu**. Během výzkumu jsem měla možnost získávat informace o klientech skrze **textové dokumenty**, konkrétně chorobopisy, a dále skrze kontrakty, dopisy a kresby, které vznikaly v průběhu dramaterapie (Miovský 2006).

Pozorování je metoda, při které se psychika lidí zkoumá na základě jejich vnějších projevů, projevů chování a činnosti (Maršálová a Mišík in Miovský 2006).

Ve výzkumu byla použita forma extrospektivního nestrukturovaného pozorování, které bylo skryté a zúčastněné.

Zúčastněné extrospektivní pozorování je takové pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, v němž se vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se součástí těchto jevů, je jedním z aktérů. V průběhu pozorování dochází mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem k interakci (Miovský 2006).

Morgan (in Miovský 2006) uvádí, že **Ohnisková skupina** je metoda, při které se získávají kvalitativní data za využití skupinové interakce a probíhající v debatě na určité téma. Badatel určuje zaměření diskuze, určuje ohnisko, které se odvíjí od cílů výzkumu. Ohnisko musí být srozumitelné pro všechny účastníky diskuze a ohraničené.

Pro Barkera (in Miovský) je to metoda, která povzbuzuje spontaneitu a skupinovou interakci a umožňuje pozorovat členy cílové populace aktuálně reagující na dané téma. Podle Morgana (2001) je tato metoda výhodná zejména proto, že badatel může zjistit velké množství informací, týkajících se předmětu výzkumu, v omezeném časovém úseku.

Pro potřeby výzkumu byla vybrána forma nestrukturované ohniskové skupiny, kdy není dopředu vytvořena žádná závazná struktura, kterou by se průběh řídil, ale je dáno základní téma a základní časový plán (Miovský 2006).

Metoda zpracování dat. Pro potřeby výzkumného šetření byl použit audiozáznam na diktafon, který byl doplněn poznámkami.

4.3.3 Metoda analýzy dat.

Pro potřebu výzkumu byla zvolena **metoda vytváření trsů**.

Metoda vytváření trsů slouží k seskupení, srovnání a agregaci dat. Má povahu jisté hierarchie, protože skrze kategorizaci zvolených základních jednotek se vytvářejí jednotky obecnější (Miovský 2006)

Touto metodou byly zpracovány cíle: **zjistit vliv dramaterapeutických metod na prožívání a chování adolescentů PL, zjistit, které specifické schopnosti je možné skrze dramaterapii u adolescentů PL rozvíjet, prozkoumat, jaká jsou specifika dramaterapeutického působení u adolescentů PL, a zmapovat subjektivní vnímání dramaterapie klienty.**

5 VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum se konal v Psychiatrické léčebně Šternberk na dětském oddělení, v dramaterapeutických skupinách, které jsem vedla od 29. 9 2010 do 16.3. 2011.

5.1 Vhled do problematiky výzkumu

Vizity. Součástí dramaterapeutických skupin, tedy i výzkumu, bylo účastnit se velkých vizit, které se konaly každou středu od 8 hod. do 11 - 11 : 30 hod. Na vizitách jsme si s personálem PL předávali nové informace o klientech, které jsme během předešlého týdne zjistili, vyjadřovali jsme se k léčbě klientů, navrhovaly se změny léčby, přístupu, řešily se otázky odměn nebo trestů klientů s ohledem na jejich chování.

Skrze vizity jsem měla možnost nahlédnout blíže do problematiky léčby, radit se s personálem, mohla jsem poskytovat informace o klientech, které jsem získala v průběhu dramaterapeutických skupin a které by mohly pomoci v léčebném procesu. Tyto informace byly s klienty zpracovávány v individuální terapii. Přenos informací fungoval i obráceně. Personál PL mi předával informace o klientech, se kterými jsem v dramaterapeutických skupinách pracovala, a nebo mi jeho pracovníci předávali své interpretace o klientech, které bylo zapotřebí skrze expresivní techniky, jež využívá dramaterapie, otevřít nebo rozpracovat.

Další součástí dramaterapeutických skupin, a zároveň výzkumu, bylo vzájemné **předávání informací** s PhDr. Jiřím Smejkalem. PhDr. Smejkal pracuje na dětském oddělení PL jako psycholog, byl můj „garant“ a zároveň supervizor. S PhDr. Smejkalem jsme se kontaktovali přes elektronickou poštu nebo mobilním telefonem, a to v případě jakékoliv změny, která se týkala obsazení klientů ve skupině, nebo jakékoliv důležité informace, jež bylo potřeba ihned předat do PL.

Další součástí výzkumu byly, jak jsem zmínila výše, **supervize**. V průběhu výzkumu jsem absolvovala supervizi třikrát. Supervize je nezbytnou součástí terapeutické profese.

A nakonec **chorobopisy**. Do chorobopisů klientů z dramaterapeutické skupiny jsem měla možnost nahlédnout kdykoliv. Protože všichni klienti v PL mají psychiatrickou diagnózu a poněvadž se ve většině případů vyskytuje komorbidita poruch. často absolvovali hospitalizaci v PL vícekrát. Chorobopisy byly tedy nezbytnou součástí skupin i výzkumu.

5.1.1 Organizační uspořádání

Místem konání dramaterapeutických skupin byla společenská místnost. Kromě přístupu do společenské místnosti jsem měla přístup i do terapeutické místnosti. Protože je terapeutická místnost prostorově omezená, využívala jsem ji k dramaterapeutickým skupinám jen v případě, že jsem s klienty dělala dramatickou hru, nebo pracovala s jinými dramaterapeutickými prostředky, a využila tak „pódia a hlediště“ v místnosti.

Časové vymezení výzkumu bylo od 29. 9. 2010 do 16. 3. 2011, a to každou středu odpoledne od 15:30 hod. do 17:00 hod., tj. 90 min. V případě potřeby se doba ukončení skupiny posunula až o půl hodiny.

Forma skupiny byla v ideovém plánu vyhraněná jako uzavřená a heterogenní. Při realizaci výzkumu se forma změnila na polouzavřenou, homogenní. Důvodem byla nestejná délka pobytů klientů v PL a omezené množství dívek a chlapců stejného věku. Obvyklá délka pobytu bývá tři měsíce, ale klient může odejít domů dříve, pokud jeho stav nepotřebuje hospitalizovanou péči, nebo z důvodu podepsání reverzu rodiči či opatrovníky.

5.1.2 Personální obsazení

Výzkum byl specifikován na adolescenty. Konkrétní klienti byli vybíráni PL. Po dobu výzkumu byly vytvořeny dvě dramaterapeutické skupiny chronologicky jdoucí za sebou.

První skupina byla realizována od 29.9. 2010 do 8.12.2010. Věk klientů se byl v rozmezí od 13 do 17 let, pohlaví mužské, a jejich počet se pohyboval od 6 do 9. Skupina klientů byla relativně stálá po celou dobu, první klient odešel domů v polovině měsíce listopadu. Klienti, kteří odešli, byli vystřídáni jinými. U klientů často se objevovala komorbidita poruch. Nejčastěji byla zastoupena porucha chování, která se kombinovala s hyperaktivitou nebo návykovým užíváním kanabis a tabáku, se sebepoškozováním. Dále tam byl klient s poruchou přizpůsobení, klient s depresí se suicidálními pokusy. U většiny klientů se vyskytovala, nebo v minulosti byla zaznamenána, neorganická enuréza nebo neorganická enkopréza. Více jak polovina klientů dramaterapeutické skupiny byla hospitalizována v PL opakovaně.

Druhá skupina byla realizována od 5.1.2011 do 16.3.2011. Věk klientů se pohyboval v rozmezí od 12 do 16 let, pohlaví mužské, jejich počet se pohyboval od 7 do 9. Skupina se udržela stálá téměř po celou dobu, první klient odešel domů po první skupinové dramaterapii, dva ke konci měsíce února. Tak jako u první dramaterapeutické skupiny, po

odchodu klientů domů, přibyli do skupiny noví klienti. U klientů druhé skupiny se také vyskytovala komorbidita poruch, a poruchy chování, dva byli závislí na alkoholu, jeden měl depresivní poruchu nálady a další klient smíšenou poruchou chování a emocí.

Obě dvě skupiny jsem dělala ve spolupráci s Bc. Jiřím Křivánkem.

5.2 První dramaterapeutická skupina

První dramaterapeutická skupina obsahovala 11 skupinových lekcí, každá trvala 90 min., s přihlédnutím k aktuálnímu stavu a situaci se prodloužila někdy až o 20 min.

Zaměření dramaterapeutické skupiny se odvíjelo od specifík poruch klientů (u klientů se objevovaly poruchy chování, poruchy chování s hyperaktivitou, deprese, poruchy přizpůsobení se, návykové užívání) anebo podle aktuálních potřeb klientů. Zaměření první dramaterapeutické skupiny bylo cíleno především na změnu chování.

Zaměření skupiny na:

- *změnu chování*
- *změnu prožívání*
- *osobnostní rozvoj*
- *rozvoj v oblasti emocí*
- *rozvoj v oblasti socializace*

Struktura každého skupinového setkání obsahovala (kromě první a poslední skupiny):

- *Pozdrav*
- *Uvítací rituál*
- *Uvítací reflexi*
- *Aktivita*
- *Hlavní část lekce*
- *Aktivita*
- *Závěrečnou reflexe*
- *Závěrečný rituál*
- *Pozdrav*

5.2.1 *Extrospektivní pozorování*

Pozdrav. Klienti byli po celou dobu vedeni k jisté samostatnosti a svobodě volby. Pozdrav si určili sami v první skupině. Byl to velmi důležitý moment, protože se museli jednohlasně domluvit. V průběhu jejich výběru pozdravu bylo možné pozorovat, jak se každý klient vyjadřuje, kdo je dominantní, kdo submisivní, jaké volí strategie přesvědčování, jak se vzájemně nechají ovlivnit a kým, kdo je ochotný ustoupit a kdo naopak ne, s jakým důrazem obhajují své názory, kdo se nevyjadřuje vůbec zvolili si pozdrav "Dobrý den" a "Nashledanou". Ten se vždy týkal všech členů skupiny, tj. klientů i terapeutů.

Rituál. Tak jako u pozdravu, klienti si stejným způsobem volili společný uvítací i závěrečný rituál. Uvítacím i závěrečným rituálem bylo společné obejmutí kolem ramen v úzkém kruhu s hlavami blízko u sebe. Společně vymyslet rituál bylo pro klienty složitější než pozdrav. Bylo zřejmé pozorovat jisté napětí, které klienty prostupovalo, interakce byla daleko živější a se spoustou nápadů. Rituál se opět týkal všech členů skupiny (klientů i terapeutů). Klienti brali rituály nadměru vážně.

Uvítací reflexe. Uvítací reflexe sloužila ke stručnému shrnutí týdne, kdy jsme se se skupinou neviděli, a emotivnímu či energetickému vyjádření každého člena skupiny, tj., jak se všichni členi měli, co se stalo nového, jak se kdo má v dnešní den. Slovo si brali klienti sami.

Uvítací reflexe byla ve většině případů vyjádřena verbálně, nebo byla vyjádřena skrze sochu, kresbu, personifikaci, metaforu. V případě, že se uvítací reflexe neproběhla verbálně, ale např. znázorněním sochy, v konečné fázi uvítací reflexe označili klienti sochu alespoň jednoslovným vyjádřením. Verbální označení, ač třeba jednoslovné, bylo voleno úmyslně. Přestože byly tvořeny na jednotlivé skupiny předem připravené plány s jistým zaměřením, obsah a průběh práce skupin se odvíjel od aktuálních potřeb. V některých případech se plány musely modifikovat, nebo přesunout na jinou skupinu.

Na začátku skupinových setkání bylo vyjádření klientů strohé, mnohdy jednoslovné, obsahově ploché. S přibývajícimi lekcemi se prodlužovalo, až po snahu klientů vyjádřit své aktuální problémy nebo problémy související s hospitalizací v PL s tendencí obsadit celých 90 min. skupiny.

Aktivity (warm up). Aktivity se odvíjely od hlavní části skupin a od nastavení klientů.

Aktivity byly přípravou na hlavní část. Jak bylo zmíněno výše, mohly se aktivity měnit od původních plánů, dle nastavení klientů (př. aktivity, které byly zaměřené na zvýšení energie se vystřídalily nebo pozměnily za jiné, zaměřující se na koncentraci a naopak).

Z důvodu hyperaktivity většiny klientů se na začátku volily aktivity zaměřené na vybití energie, především pohybové, poté se podle potřeby plynule přešlo k aktivitám zaměřeným na koncentraci, komunikaci aj. Aktivity se různě kombinovaly. Před hlavní částí se použilo podle situace aktivit několik, , ale vždy minimálně tři.

Volba aktivit významně ovlivnila průběh hlavních částí sezení. V případě, že se volily nevhodné aktivity, takové, které klienty vhodně nepřipravily na hlavní část skupinového sezení, a v případě, kdy se špatně odhadla reálná potřeba klientů zaktivizování nebo se volilo méně aktivit, klienti nebyli dostatečně připraveni. Při nevhodné volbě aktivit se klienti nemohli nebo nechtěli vžít do hlavních částí dramaterapeutických skupinových sezení.

Aktivity dělali vždy všichni klienti skupiny, většinou s jedním terapeutem, dle potřeby s oběma, a ve výjimečných případech s žádným, pouze v případě, že to daná aktivita vyžadovala.

Hlavní část. Hlavní část začínala většinou sezením v kruhu, kdy byly klientům předány a vysvětleny informace, které byly nutné znát k hlavní části. Řádné vysvětlení mělo zásadní vliv na průběh a výsledek hlavní části. Popis, vysvětlení a pochopení nebo naopak nepochopení, nepřesné instrukce a použití nevhodného slovníku, který adolescenti neznali, pozměnil význam hlavní části, nebo jej téměř anuloval. V takovém případě bylo potřeba klientům vysvětlit zadání znovu. Velmi dobře se osvědčilo udělat krátkou ukázkou, pakliže to jenom trochu situace dovoluje a neovlivnilo by to úmysl hlavní části nebo naopak není úmyslem předat jen část či zkreslené informace.

Hlavní část se vždy odvíjela od potřeb klientů, které si stanovili sami (ať už v průběhu dramaterapeutických skupin nebo dle aktuální situace) nebo které vyplývaly z jejich problémů, které souvisely s následnou hospitalizací v PL, nebo nám byly předány instrukce od personálu PL, na kterou konkrétní oblast se u konkrétního klienta v konkrétní den máme zaměřit.

To bylo primárně dáno jednotlivými poruchami klientů a instrukcemi personálu PL, , na které změny v chování a v prožívání klienta se tedy máme zaměřit. Změny v chování a prožívání je široký pojem, který u každého jednotlivého klienta znamenal odlišné zaměření terapeutického působení na jeho specifickou oblast.

Dramaterapeutické působení se soustředilo především na:

- *uvědomění si svého problému*
- *„přijetí“ problému za svůj*
- *uvědomění si kladů, záporů a důsledků svého chování, tj. orientace*
- *vyzkoušení si jiných způsobů chování a různých rolí*
- *vyzkoušení si různých způsobů řešení*

S přihlédnutím k problematice jednotlivých klientů se skrze dramaterapeutické techniky působilo na především na tyto dílčí oblasti:

- *sebeakceptaci, přiměřené sebevědomí, seberealizace, sebeúcta*
- *estetickou distanci, empatii, toleranci, altruismus, sebeovládání, zvládání impulzivity, zvýšení frustrační tolerance v zátěžových situacích, práci s agresí a strachem*
- *navozování, udržování a pěstování přiměřených mezilidských vztahů, přijetí sociální role a pozice, vytvoření si vztahu k autoritám*
- *naslouchání, orientaci v komunikačních manévrech komunikanta, umění říci "ne "*

Pakliže si to žádala situace, bylo součástí závěru v hlavní části lekce sezení v kruhu, kde probíhala debata nad problémem nebo nad situací, která vznikla během techniky.

Hlavní části, kromě debaty v kruhu, se aktivně účastnili vždy jen klienti.

Aktivity. Aktivity po hlavní části sezení sloužily k odreagování, zrelaxování, uvolnění nebo naopak zaktivizování, pokud klienti po hlavní části upadali příliš do depresivního ladění. Tyto aktivity nikdy nebyly zaměřeny na koncentraci. Většinou byly pohybové, slovní hříčky, hraní aktivit, relaxace a pod. Důležitá byla časová a fyzická nebo psychická nenáročnost. Tuto část terapeutických skupin opět dělali všichni členové skupiny, tj. i terapeuti. Aktivity nebyvaly více jak dvě.

Závěrečná reflexe. Závěrečná reflexe sloužila vždy ke stručnému shrnutí dramaterapeutické lekce, tj. klienti zmiňovali postoje k dané skupině (k danému dni), k jednotlivým aktivitám a technikám, které jim něco daly nebo naopak se jim nelíbily, zmiňovali, co si z dramaterapie odnáší, co jim to přinese do osobního života. Zmíněná reflexe měla také funkci zpětné vazby mezi všemi členy skupiny.

Závěrečnou reflexi měli klienti možnost zpracovat skrze kresbu, sochou, pohybem,

hudbou apod. Výběr byl pouze na klientech.

Jinou strukturu lekcí měla první a poslední skupina.

První skupina. První sezení skupiny nemělo žádnou hlavní část, ale sloužila k seznámení všech členů skupiny. Součástí byly tedy aktivity vedoucí k jejich seznámení, dále se členové soustředili na tvorbu pozdravů a rituálů (které jsou popsány výše) a tvorbu pravidel. Pravidla si klienti tvořili sami, jen dvě byla doplněna. Mohly se kdykoliv dopisovat, byly vyvěšeny neustále v terapeutické místnosti. V případě, že přišel nový člen do skupiny, klienti jej s pravidly seznámili. Tresty za porušování pravidel nebyly a nemusely být stanoveny. V případě, že ve skupině došlo k porušení pravidla, a nejednalo se vždy o vážné porušení, ostatní členové skupiny daného jedince jen upozornili. V pozdějších skupinových setkáních se klienti sami přiznali k porušenému pravidlu a omluvili se.

Pravidla byla stanovena s důrazem na:

- *dochvilnost*
- *bezpečnost sobě i jiným*
- *neničit majetek, nekrást*
- *mluvit pravdu*
- *tolerovat se*
- *nemluvit vulgárně*
- *uzavřenost skupiny, tj. nevynášet informace mimo skupinu*
- *stop* (pravidlo stanovené terapeutem)
- *otevřenost* (pravidlo stanovené terapeutem)

Poslední skupina. Celou poslední lekce skupiny tvořil rituál, kdy se všichni členové skupiny loučili. Byla to nezbytná součást, ukončení, které mohlo dát vzniknout novému začátku.

Situace, která byla skrze rituál nastolena, působila na klienty mysticky, tajemně, mezi klienty vznikala hluboce důvěrná, až intimní atmosféra.

Rituál byl postaven na tom, že se ukončuje určitá etapa, která s sebou nese určité poselství, poslání, které pak s klienty jde dál. Klienti si poselství mezi sebou předávali.

V poslední třetině rituálu se loučili terapeuti s každým klientem zvlášť. Předávali jsme jim poselství, které jim prozradilo něco o nich samotných, a to s optimistickým, ale reálným výhledem.

5.2.2 *Ohnisková skupina*

Pro potřeby výzkumu sloužily jako ohniskové skupiny závěrečné reflexe dramaterapeutických skupin. Ohniskové skupiny byly použity ve formě nestrukturované. Byl položen základní rámeček: jak vnímají členové skupiny dramaterapii? Závěrečná reflexe byla zaměřená na shrnutí celého sezení, klienti se vyjadřovali k dramaterapeutickým metodám, které se prováděly, docházelo k celkové zpětné reflexi.

Každé skupinové setkání doprovázely v závěrečných reflexích otázky, které navedly klienty k reakci na to, jak vnímají dramaterapii, dramaterapeutické působení anebo dramaterapeutické metody. Odpovědi byly nesčetné množství. Protože výzkumný cíl, v němž je použita jako doplňková metoda ohnisková skupina, není přesné vymezení subjektivního vnímání dramaterapie klienty PL, ale zmapování subjektivního vnímání dramaterapie klienty PL, proto zde budou zmíněny jen ty odpovědi, které mají vliv na výsledek výzkumného cíle.

Otázka:

- *Jak byste zhodnotili dnešní skupinu?*

Odpovědi:

- *„Líbily se mi ty sochy, to bylo mnohem lepší než se o tom bavit“*
- *„Chtěl bych vám poděkovat, že tady s náma jste. Moc se mi to líbí. Nemohli by jste jezdit častěji?“*
- *„Taky Vám chci poděkovat a chci se Vám omluvit za první to, no, skupinu, že jsem se smál. Víím, že jsem to narušoval.“*
- *„Chci Vám poděkovat, moc se mi to líbilo.“*
- *„Nó, dobrý.“*
- *„Já bych už sem nechtěl chodit, nebaví mě to. Příště: můžu sem zase chodit, já jsem to tak nemyslel.“*
- *„Můžu si na příště vymyslet aktivity?“*
- *„Nebavilo mě kreslit, nesnáším to. Ale jak jsme chodili se zavřenýma očima a někdo nás vodil...to byl úlet“*
- *Líbilo se mi všechno, ale nejvíc, jak jsme stáli proti sobě a mlátili se naprázdno. Sem byl rád, že jsem to ustál. Mazec, normálně bych řekl mám vstát....ale jsem rád, že jsem si to ustál, kdyby to tak bylo furt..*
- *Budete příště dodělávat ten příběh? Já mám jít od středy domů na stálo. Zeptám se doktora, jestli stihnu skupinu, chci to taky dodělat.*

5.3 Druhá dramaterapeutická skupina

Program druhé dramaterapeutické skupiny obsahoval, obdobně jako v první dramaterapeutické skupině, 11 skupinových setkání, každá trvala 90 min. S přihlédnutím k aktuálnímu potřebám se program prodloužil někdy až o 35 min.

Zaměření dramaterapeutické skupiny se také odvíjelo od problémů klientů (většina klientů skupiny měla poruchy chování, které se kombinovaly s hyperaktivitou, a modifikovaly se do užívání alkoholu, do impulzivity až agrese) anebo podle jejich aktuálních potřeb. V případě druhé dramaterapeutické skupiny byl kladen velký důraz na změnu chování, v ostatních oblastech bylo zaměření téměř rovnocenné jako u první skupiny.

Zaměření skupiny na:

- *změnu chování*
- *změnu prožívání*
- *osobnostní rozvoj*
- *rozvoj v oblasti emocí*
- *rozvoj v oblasti socializace*

Struktura lekcí obsahovala (mimo první a poslední skupinu):

- *Pozdrav*
- *Uvítací rituál*
- *Uvítací reflexe*
- *Aktivity*
- *Hlavní část lekce*
- *Aktivity*
- *Závěrečnou reflexi*
- *Závěrečný rituál*
- *Pozdrav*

5.3.1 Extrospektivní pozorování

Pozdrav. Pozdrav si klienti vymýšleli sami dle svých představ, terapeuti jim do výběru žádným způsobem nezasahovali. Tak jako v první skupině, společný výběr pozdravu byl

silný moment jak pro klienty, protože si sami vytváří pozdrav podle svých potřeb, tak pro terapeuty, jakožto pozorovatele. Uvítací i závěrečný pozdrav si klienti zvolili "Ahoj".

Pozdrav se vždy týkal všech členů skupiny, tj. klientů i terapeutů.

Rituál. Tak jako u první skupiny, klienti si sami volili uvítací i závěrečný rituál. Vytváření rituálu doprovázela spontánní živá debata. Skupina se relativně rychle, po bouři rozličných nápadů, rozhodla, že při vstupním rituálu budou stát všichni členové v kruhu a každý s každým si podá ruku. Během podávání rukou bylo možné pozorovat rozličné způsoby haptiky, a to podle vztahů mezi klienty nebo dle aktuálních sympatií. Závěrečný rituál probíhal opět v kruhu, všichni členové dali jednu ruku do jeho středu, ruce se položily na sebe a pak je naráz „vyhodili“ do vzduchu.

Stejně jako u první skupiny, byl rituál pro klienty této skupiny důležitou součástí terapie. S rituály začínali sami, bez instrukcí, s patřičnou vážností.

Uvítací reflexe. Uvítací reflexe zahrnovala naladění skupiny, aktivizaci, rozhovor o změnách a novinkách, které se v průběhu týdne staly nebo sloužily ke sdělení čehokoliv, co chtějí klienti. V této části často řešili své kontrakty, jak je plní nebo neplní, hledali rady mezi sebou aj. Kontrakt je blíže popsán v hlavní části. Uvítací reflexe byla téměř totožná s první dramaterapeutickou skupinou

V uvítací reflexi se klienti vyjadřovali verbálně, vytvořili si motto, někdy byly použity k vyjádření různé materiály, nebo použili metodu sochy a teprve poté ji doplnili verbálním označením. V této části docházelo k modifikacím, změnám nebo k přesunutí konkrétního plánu skupinového setkání na setkání jiné.

V poměrně velké části uvítacích reflexí chtěli klienti řešit své kontrakty. Protože by to omezilo další práci, bylo dáno časové omezení, které se rozpočítalo mezi klienty, kteří chtějí mluvit.. Tak jako u první skupiny, objevoval se i zde zájem klientů prodlužovat uvítací reflexe na několik desítek minut, jindy se omezila na pár jednoduchých slov nebo vět.

Uvítací reflexe se účastnili všichni členové skupiny.

Aktivity (warm up). Aktivity se odvíjely od hlavní části programu skupiny i od nastavení klientů. Aktivity sloužily k naladění, zklidnění nebo zaktivizování klientů na hlavní část programu. Nejčastěji se používaly pohybové aktivity, aktivity zaměřené na expresi, skupinovou interakci, ale také na citovou expresi. Aktivity se různě kombinovaly.

Před hlavní částí bylo použito dle potřeby více aktivit, avšak minimálně tři.

Na aktivitách se podíleli většinou všichni členové skupiny, ve výjimečných případech s jedním terapeutem. Míra aktivizování terapeutů měla přímý vliv na aktivaci klientů. Čím více se terapeuti vžili do aktivit, čím více se aktivizovali, tím se také více vžívali do aktivit klienti a i oni více se aktivizovali. To se pak projevilo v přístupu k hlavní části skupinového setkání. Stejně jako v první skupině, warm up i zde ovlivňoval hlavní část práce skupiny.

Hlavní část. Hlavní část začínala většinou sezením v kruhu, kdy byly klientům předány informace, jejichž znalost byla nutná k hlavní části skupinového sezení. Byly vysvětleny instrukce k jednotlivým technikám, někdy se použila názorná ukázka. Stejně jako v případě první skupiny, správně podané instrukce přímo ovlivňovaly průběh a výsledek terapeutického působení.

Hlavní část se odvíjela od potřeb klientů, které si stanovili sami (ať už v průběhu dramaterapeutických skupin nebo dle aktuální situace), nebo které vyplývaly z jejich problémů souvisejících s hospitalizací v PL, anebo nám byly předány instrukce od personálu PL (na kterou konkrétní oblast se u konkrétního klienta v konkrétní den máme zaměřit).

Tento úkol, který primárně vyplynul z jednotlivých poruch klientů a z instrukcí personálu PL, znamenal zaměřit se především na změny v chování klientů. Změny v chování je široce definovaný pojem, který se dále konkretizoval do potřeb konkrétního klienta.

Dramaterapeutické působení se soustředilo především na:

- *uvědomění si svého problému*
- *"přijetí" problému za svůj*
- *uvědomění si kladů, záporů a důsledků svého chování, tj. orientace*
- *vyzkoušení si jiných způsobů chování a různých rolí s ním souvisejících*
- *vyzkoušení si různých způsobů řešení*

S přihlédnutím k problematice jednotlivých klientů se skrze dramaterapeutické techniky působilo na tyto dílčí oblasti:

- *sebeakceptaci, přiměřené sebevědomí, seberealizaci, sebeúctu, sebekritiku*
- *estetickou distanci, empatii, toleranci, altruismus, sebeovládání, zvládání impulzivity, práci s agresí*
- *navozování, udržování a pěstování přiměřených mezilidských vztahů, přijetí sociální role a pozice, vytvoření si vztahu k autoritám*

- *naslouchání, schopnost orientovat se v komunikačních manévrech komunikanta, umění říci "ne "*

Protože do výše zmíněného zaměření nemohli klienti nijak zasahovat, byl v druhé dramaterapeutické skupině vytvořen **kontrakt**. Kontrakt si vytvořil každý klient skupiny a jeho obsah si zvolil také sám, avšak musel mít minimálně tři cíle změnit. Dosažení cílů bylo nutné časově omezit a jejich plnění muselo zasahovat už do pobytu v PL. Cíle musely být reálné, a klienti si určili, jakým způsobem jich dosáhnou, popřípadě kdo nebo co jim může pomoci k jejich dosažení. Každý klient zvlášť měl úkol svůj kontrakt obhájit před všemi ostatními členy skupiny. Pakliže si jenom jeden z cílů neobhájil, členové skupiny mu jej z jakéhokoliv reálného důvodu zamítli a klient musel přeformulovat cíl tak, aby si ho obhájil. V případě, že byl kontrakt obhájen, všichni členové se klientovi na kontrakt podepsali.

Pro klienty byl kontrakt symbolem vůle a zapření, byla v něm obsažena silná motivace, učení plánovat si reálné cíle, ale byla to také důvěra, posílení skupinou. Kontrakt rozvíjel u klientů altruismus, empatii, otevřenou komunikaci, vhodnou kritiku a rovněž se u nich začalo objevovat asertivní jednání.

Klientům na kontraktu velmi záleželo. V průběhu sezení se sami ke kontraktu vraceli, hodnotili postupné dosahování svého cíle nebo naopak. Hodnotili se navzájem, pomáhali si. Záleželo jim, co si o každém z nich myslí ostatní.

Pakliže si to žádala situace, bylo součástí hlavní části programu sezení v kruhu. Tady probíhala debata nad problémem nebo situací, která vznikla během použité terapeutické techniky.

Hlavní částí programu, kromě debaty v kruhu, se aktivně účastnili vždy jen klienti.

Aktivity. Aktivity po hlavní části sezení sloužily k odreagování, zrelaxování, uvolnění nebo naopak zaktivizování. Opět ověřily od vzniklé situace, patřily do celkového komplexu jednotlivého dramaterapeutického působení.

Účastnili se jich všichni členové skupiny, nebývaly však více jak dvě.

Závěrečná reflexe. Obsahem závěrečné reflexe bylo, stejně jako u první skupiny, shrnutí dramaterapeutické lekce, zpětná vazba.

Závěrečnou reflexi měli klienti možnost zpracovat kresbou, sochou, pohybem,

hudbou..... Výběr byl pouze na klientech.

Jinou strukturu lekcí měla první a poslední skupina.

První skupina. Práce v první skupině vycházela opět od seznámení všech členů skupiny, k tvorbě pozdravů a rituálů (které jsou popsány výše) a k tvorbě pravidel. Pravidla si klienti tvořili sami, bylo jim pouze doplněno o jedno. Pravidla se mohla kdykoliv dopisovat, byla vyvěšena v terapeutické místnosti. V případě, že přišel nový člen do skupiny, klienti ho s pravidly seznámili.

Tresty za porušování pravidel nebyly a nemusely být stanoveny. V případě, že ve skupině došlo k porušení nějakého pravidla, nikdy se nejednalo o vážné porušení. Ostatní členové skupiny daného jedince na porušení upozornili.

Pravidla byla stanovena následovně:

- *bezpečnost sobě i jiným*
- *neničit majetek, nekrást*
- *tolerovat se*
- *nemluvit vulgárně*
- *nevynášet informace, dodržovat uzavřenost skupiny,*
- *stop (pravidlo stanovené terapeutem)*
- *otevřenost, upřímnost*

Poslední lekce. Jako v případě první dramaterapeutické skupiny, byl i v poslední skupině, kdy se loučili všichni členové. realizován stejný rituál.

Pozorování obou dramaterapeutických skupin bylo zaznamenáváno metodou audiozáznamu na diktafon. Audiozáznam byl po skončení programu každé skupiny doplněn poznámkami z průběhu sezení skupin a materiálními podklady vzniklých během práce se skupinou.

5.3.2 Ohnisková skupina

Program ohniskové skupiny byl realizován obdobným způsobem jako u ohniskových skupin první dramaterapeutické skupiny a přinášíme tyto závěrečné reflexe:

Ohniskové skupiny byly provedeny obdobným způsobem jako K ohniskovým skupinám

sloužily závěrečné reflexe.

Otázka:

- *Jak byste zhodnotili dnešní skupinu?*

Odpovědi:

- *„Líbilo se mi to. Co budeme dělat příště?“*
- *„Nejvíce se mi líbil kontrakt.“*
- *„Mně se také nejvíce líbil kontrakt. A líbí se mi, že s náma nejednáte jak s malými děckama.“*
- *„Chtěl jsem Vám poděkovat za dnešní skupinu. Jak jsme tvořili ten společný příběh, uvědomil jsem si, že je to skoro stejný příběh jako ten můj. Nechci, abych taky dopadl v tom našem příběhu. Nemůžeme si příště udělat nový příběh? S lepším koncem....“*
- *„Jo, dnes to bylo dobrý. Chtěl jsem se zeptat: podle čeho se to vybírá, kdo sem bude chodit. Jeden kamoš tady odsud by sem chtěl chodit taky.“*
- *„Lepší jak se učit.“*
- *„Dnes to bylo lepší jak posledně. Jak jsme třeba dělali náladu sochama, tak to bylo lepší jak posledně, když jste se nás ptali. Nevěděl jsem, co mám říct. Jinak normálka.“*
- *„Nemůžeme to prodloužit? My máme po skupinách čas až do večere.“*
- *„Mě divadlo baví, ale chci se na příště omluvit, já už sem chodit nechci. Jak mě pustijou na stálo dom, mám hrát zase v divadle, tak se musím učit scénář.“*

Závěrečné reflexe obou dramaterapeutických skupin byly zaznamenávány spolu s pozorováním, metodou audiozáznamu na diktafon.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU - ANALÝZA DAT

Metoda vytváření trsů slouží k seskupování a konceptualizaci určitých výroků do skupin, kategorií. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Z toho důvodu už dále nebudou členěny dramaterapeutické skupiny na první a druhou. Ve skupinách docházelo k podobným projevům, k jistému překryvu. Dále budou profily skupin zpracovány celistvě pod zastřešujícím pojmem dramaterapeutická skupina. Skrze deskripci dramaterapeutické skupiny i ohniskových skupin byly důkladnou analýzou dat vytvořeny kategorie, které charakterizují významné oblasti dramaterapeutického působení na adolescenty v PL.

Kategorie:

- *Možnost volby*
- *Zodpovědnost*
- *Ochranná skořápka*
- *Důvěra*
- *Přístup*
- *Otevřená budoucnost*
- *Emoce*
- *Komunikace*
- *Role*
- *Sociální postavení*
- *Sociální vztahy*
- *Aktivita*
- *Kreativita*
- *Nízké sebevědomí*
- *Pospolitost*
- *Individualita*
- *Stabilita*

Možnost volby. Možnost volby se v průběhu dramaterapeutické skupiny jevila jako jeden ze zásadních faktorů, který ovlivnil chování klientů. Dramaterapie byla sice

postavena jako součást uceleného léčebného programu klientů, ale v rámci skupiny měli klienti možnost zvolit si, zda budou dramaterapii navštěvovat. Klienti, mimo jedné výjimky, do dramaterapie chodit chtěli.

Dalším momentem, kdy se svoboda a možnost volby ukázaly jako hybný prvek skupiny, bylo vytváření kontraktu klienty. Klienti si sami zvolili, co je v současné chvíli pro ně nejaktuálnější, co by na sobě chtěli změnit. Protože si kontrakt vytvořili sami, cítili se jako součást léčby a velmi často se ke kontraktu vraceli v průběhu programu skupin. Personálem PL nám bylo sděleno, že se u některých klientů začínají po kontraktu projevovat změny v chování. Když jsme se na zmíněnou změnu chování ptali klientů na skupinách, vyjádřili se tak, že se snaží držet kontraktu. A že jim kontrakt pomáhá změnit se. Podle výpovědi jim kontrakt pomáhal ve změně chování i při propuštění na dovolenku, kde je podstatné riziko, že se vrátí do původních vzorců svého jednání.

Kromě jiného se sami klienti v průběhu programu dramaterapeutické skupiny zmínili o tom, že by chtěli alespoň nějakým způsobem zasahovat do své léčby v PL, že nejsou přece malé děti, že mají právo o sobě také rozhodovat. Rozhodování za ně do nynější doby dělali rodiče či opatrovníci nebo zařízení, ve kterém se zrovna nacházeli. V takovém prostředí se necítí svobodně, důstojně a rovnocenně.

Další možnost volby měli v reflexích. Mohli si sami zvolit, jakou formou budou reflexi sdílet. Často se objevovalo experimentování s různými expresivními technikami.

V průběhu programu dramaterapeutické skupiny nebyli klienti k ničemu nuceni, samostatně volili, co chtějí s námi sdílet a co ne. Právě tato volnost se projevovala v tom, že s námi sdíleli bez omezení svá osobní traumata, která ani nesdíleli s personálem v individuální nebo skupinové psychoterapii. Prostředí, které na klienty nevytvářelo žádný tlak, hodnotili jako příjemný. Necítily se svázány ani nikam tlačeny.

Na druhé straně byl pozorován jistý protiklad. Čím více volnosti měli klienti v rozhodování, tím více bylo jejich chování předvídatelné. Pocit, že jim nikdo neříká, jak se mají rozhodnout, co a jak mají dělat, je nutilo začít přemýšlet o důsledcích svého chování, o tom, co bude dál, když udělají něco, co není například pravidly povoleno. Možnost volby jim dával pocit svobody, ale také pocit zodpovědnosti za sebe.

Zodpovědnost. Zodpovědnost přímo souvisí s možností volby. Jakmile klienti přijali jinou roli, než na jakou jsou standardně zvyklí, tj. od pasivního účastníka léčby po aktivního partnera, začal se postupně měnit jejich smysl pro zodpovědnost.

Když si stanovili pravidla, kterými se budou všichni členové řídit, zajímalo je, jaké

budou tresty za porušení. Tresty stanovené nebyly. Pokud klienti nebyli schopni udržet pravidla, omluvili se skupině v případě, že ji výrazně narušovali, dobrovolně ji opustili a vrátili se až tehdy, že byli schopni pokračovat dál bez rušivých elementů. Zodpovědnost má dále přímou souvislost s pospolitostí, která se ve skupině významně projevovala.

Zodpovědnost klienta se objevovala nejenom za sebe, nebo za sebe vůči skupině, ale také vůči jednotlivci. Při terapeutické technice, kdy jeden chodil se zavřenýma očima a druhý jej vodil, objevil se dříve neobjevený cit, empatie. Vodili se klidně, pomalu, rozhodně, bezpečně. Při reflexi zmiňovali, že byli tak nervózní, že udělají něco špatně, že toho druhého špatně navedou nebo ho nestihnou zabrzdit, až cítili vibraci v rukou. Tuto vibraci pak druhá polovina (nevidící) potvrdila.

Svobodná volba jim dala možnost zodpovědnosti za sebe a za své chování.

Ochranná skořápka. V průběhu programu dramaterapeutické skupiny bylo zaznamenáno záměrné manévrování, které vedlo k odklonu od tématu, jež bylo pro klienty osobně významné. Svě boly klienti schovávali za vtipkování, dělali si legraci sami ze sebe nebo z někoho jiného.

Na začátku skupinových setkání se stávalo, že klienti začali mluvit o svém kamarádovi, který má nějaký problém. Velmi často o něm něco prohlásili, řekli negativní hodnocení a pak čekali, jaká bude reakce okolí. Žádný člen skupiny, ani terapeut, by neměl vyřknout hodnotící soudy. Klienti si tak zkoušeli, v jakém by byli postavení, kdyby to řekli o sobě. Přitom měli na mysli vždy sebe, avšak pod ochrannou schránkou někoho jiného. Jestliže zjistili, že jsou v prostředí, kde není zakázáno mluvit otevřeně, ať je to jakkoliv vážné nebo nepřijemné, sami se začali o sobě bavit otevřeně, bez ochranné skořápky.

Další argument, který potvrzuje ochranné manévrování klientů, je ten, že se klienti o sobě zpočátku snažili mluvit jen v tom nejlepším světle. Důvody, proč jsou v PL absolutně neuznávali, přestože sami věděli, jaká je realita. Snažili se tak zabránit negativnímu hodnocení.

U některých klientů se stávalo, že terapeutické techniky, které jsme používali a které se jich přímo týkaly, si nijak zvláště k sobě nepřipustili, nebo alespoň „na oko ne.“ Postupně se však k svému problému vraceli, ať už ihned v reflexi: „já jsem se v tom příběhu našel“, nebo s odstupem až po několika sezeních ve skupinách.

Ochranná skořápka je přirozený stav, který slouží k ochraně klientů. Změnit jej může jen prostředí důvěry a prostředí bez hodnotících stanovisek.

Důvěra. Důvěra ve skupině přímo ovlivňuje dosahování formativně-terapeutických cílů. Klienti si sami určili při tvorbě pravidel, že je nutná otevřenost, ale zároveň si nepřáli, aby se jakékoliv informace vynášely ven mimo skupinu.

Prostředí důvěry se musí vytvořit postupně, jen stěží se dá představit, kdyby se řeklo, že teď jste v důvěrném prostředí, a proto se můžete cítit bezpečně. Na rozvoji důvěrného prostředí se podílelo především hodnotící posouzení, které bylo zmíněno pod kategorií ochranné skořápky.

Než se vytvořila plná důvěra mezi členy skupiny, klienti zkoušeli, zda se pravidlem nevynášení informací řídí všichni členové skupiny. Nejdéle trvalo vytvoření důvěrného vztahu mezi klienty a terapeuty. Mezi klienty navzájem byla důvěrná atmosféra vytvořena daleko rychleji a postupně zkoušeli, co mohou říct a co ne. Postupně sdělovali informace o sobě, zprvu banální, ale přesto si přáli, aby se nedostaly ven. Zkoušeli si tak důvěryhodnost vztahu s terapeuty. Po několikerém zkušebním vzhledu, který odkrýval vždy o něco podstatnější souvislost, a po opakovaném úspěchu v důvěrném prostředí, se vztah zcela změnil. Odhodili své skořápky, chovali se autenticky, vyjadřovali se spontánně. Během terapie ve skupinách se klienti začali otevírat a sdělovat o sobě informace, které byly do té doby PL zamlčeny.

Další podmínkou, která se ukázala jako kardinální při vytváření důvěryhodného vztahu, bylo, že vše je možné, vše je normální. Pakliže terapeut nepřijme všechny informace a bude vytvářet jakkoliv negativní anebo kladné názory na vnitřní svět klienta, klient se stáhne. Bojí se odhalit sám sebe, aby toho někdo nezneužil nebo ho negativně nehodnotil.

Fakt, že je pro klienty důvěrné prostředí zásadní, dali najevo, když za námi přišly studentky oboru psychologie, že by se chtěly podívat, jak dramaterapie probíhá. Klienti si ani jednou nepřáli jejich přítomnost.

Plná důvěra, která se vytvořila během terapeutického působení, nastolila terapeutům jisté úskalí. Klienti o sobě začali říkat informace, které by mohly, pokud by se s nimi pracovalo i mimo dramaterapeutickou skupinu, např. individuálně, ovlivnit jejich léčbu. Na druhé straně tu byl fakt, že důvěrné prostředí, které klienti zažívali v dramaterapeutických skupinách, jim bylo vzácné. Při přenosu informací ven mimo skupinu by se mohla narušit jejich důvěra a s pohledem do další budoucnosti klientů je těžké odhadnout, zda předání informací by mělo více pozitiv než negativ.

Vztah založený na důvěře lze považovat při terapeutické práci za další nutnou podmínku, která přímo ovlivňuje efekt terapeutického působení.

Přístup. Během výzkumu bylo vyzorováno, že adolescenti jsou velmi citliví na způsob, jak se s nimi jedná, na styl komunikace, který používá dospělý jedinec. Všímají si i minimálních nuancí ve změně chování, které si interpretují dle svých zkušeností. Velmi jim záleželo, aby byli bráni jako adolescenti, ne jako děti, ale také ne jako dospělí. Vyžadovali rovnocenný přístup, necítili se jako objekty, ale jako subjekty. Ukázalo se, že jsou velmi citliví na důstojné zacházení a rovnocenný přístup. Aktivní účast je vedla k větší zaujatosti léčby svých poruch.

Během terapie ve skupinách se poměrně často stávalo, že nám klienti děkovali, ať už konkrétně za techniky, s nimiž jsme pracovali, nebo za strávený čas s nimi, anebo za přístup, s jakým s nimi pracujeme. Tento fakt mě dostal do rozpaků. Nemůže to být manipulace? Během jedné supervize jsem toto téma řešila s PhDr. Jiřím Smejkaem. Ten mi na mou otázku, zda za děkováním, které se objevuje více méně po každém sezení, nemůže být jistý úmysl manipulace, odpověděl: „*Manipulace to být může, ale myslím si, že je to tím, že děláte něco jiného, dramaterapie se jim líbí, ale je to také Vaším přístupem a osobností, kterou na ně působíte.*”

Otevřená budoucnost. Otevřená budoucnost a optimistické vyhlídky do budoucna se ve skupinách objevovaly často. Klienti znali svoji poruchu, stávalo se, že se na ni někdy vymlouvají, ale nebyli schopni se ztotožnit s faktem, že by se nepodařilo situaci změnit.

Během jednoho sezení si klienti vytvářeli společný smyšlený příběh, ve kterém se objevila součást osobnostního jednání každého klienta zvlášť. Tento smyšlený příběh dopadl velmi negativně. Hlavní hrdina (který byl součtem zkušeností jednotlivých klientů, takže se s ním každý z nich nějakou měrou ztotožňoval) umřel. Přestože si příběh vytvořili sami, výsledek nechtěli přijmout. Společně přišli s návrhem, že příběh vymyslí znovu, protože oni tak dopadnout nechtějí.

Emoce. Emoce jsou z fyziologického hlediska přirozenou součástí jakékoliv aktivity, kterou adolescent vykonává, zvláště pak v případě dramaterapie, kde se klade značný důraz na prožívání. Adolescenty emoce doprovázely celým dramaterapeutickým působením. Emotivní ladění pak přímo ovlivňovalo prožití dramaterapeutické techniky.

Přestože se silné emotivní zabarvení prolínalo po celou dobu dramaterapeutického působení, klienti v prvních skupinách nebyli téměř vůbec schopni verbálně vyjádřit emoci. Daleko spokojenější byli s vyjádřením neverbálním, ve většině případů to byla vyjádření sochou, poté pohybem. Postupným tréninkem a verbalizováním emocí, které se objevovaly

v každém sezení skupiny při úvodu, bylo možné zpozorovat zlepšení v tom, že klienti byli více spokojeni se svým vyjádřením. Důvodem, proč neradi vyjadřovali emoce verbálně, byl ze začátku ostych, ale hlavním důvodem pak byla nepřesnost jejich verbálního vyjádření, která nekorelovala s jejich vnitřním světem. Adolescenti si velmi zakládali na přesnosti vyjádření, avšak emoce plnohodnotně zverbalizovat nelze.

Objevovaly se emoce silné, ale ne tak diferencované, a přicházela rovněž rychlá změna v prožívání. Častou a silnou emocí byla impulzivita. Emoce, které klienti cítili, se stupňovaly, klienti byli v napětí, takže se necítili dostatečně stabilně. V tomto stavu stačila malá připomínka na jeho osobu od jiného klienta a emoce, která byla původně kladná, se změnila v impulzivitu, afekt, obrovský negativismus. Tento jev inklinuje k tomu, že klienti v adolescenci ještě nejsou schopni natolik ovládat své emoce, emocím se poddávají a dle emocí reagují. Emoce předbíhají raciono.

Komunikace. Komunikativně byli klienti velmi vyzrálí.

Téměř stoprocentně byli schopni dekodovat neverbální sdělení, ale i naopak jim nedělalo problémy komunikovat pouze neverbálně, aniž by ztráceli význam sdělení nebo jej předávali nepřesně.

Verbální sdělení se jevilo jako méně obratné než neverbální. Zřejmé to bylo zejména tehdy, když mezi klienty vznikl nějaký problém. V takové situaci nebyli schopni zformulovat své výpovědi podle svých představ. V takovém případě docházelo ke střetům, rostla impulzivita. Anebo se jeden z klientů stáhl do sebe a stával se apatickým. Schopnost plnohodnotně komunikovat velmi ovlivňovaly emoce, které zrovna jedinci prožívali nebo vztahy, které do komunikace vstupovaly jako dynamické stimuly.

V případě, že se měli klienti společně domluvit, docházelo k jisté neobratnosti, která zpomalovala tok informací. Objevovala se rostoucí nervozita, která se u některých klientů měnila v apatii, u jiných se projevovala impulzivitou. Apatie i impulzivita vznikaly, když někteří jedinci byli komunikativně silnější a ti slabší nebyli schopni obhajovat své argumenty. V konečném výsledku se domluvili společně, což také hromadně ocenili.

Když si klienti vytvářeli kontrakt, součástí byla i obhajoba jejich kontraktu před ostatními členy, aby se kontrakt stal platným. Obhajoba kontraktu znamenala pro klienty pružnost ve vyjadřování jejich stanovisek, vytváření argumentů i protiargumentů. I přes náročnost s tím neměli větší problém.

Otevřenost ve vyjadřování rostla společně s rostoucí důvěrou, a tím také rostla přijatelnost kritiky. Ze začátku sezení skupin klienti nepřijímali jakoukoliv adresnou

kritiku od jiného klienta. S postupem času se kritice nebránili, byla to součást komunikace, kterou akceptovali, zpracovali si ji po svém. Objevily se však i další problémy. Klienti neradi vyřkli jakoukoliv kritiku, jakoukoliv připomínku, ač o ní byli hluboce přesvědčeni, a raději to danému jedinci dali najevo jinak, a to chováním. Vlivem kontraktu, kde byla kritika jeho součástí a postupem času, po terapeutických technikách, které pracují s tímto tématem, přijali možnost vhodné kritiky jako lepší způsob předávání informací než jsou výhrůžky aj.

Role. Role ve skupině byly rozdělené od začátku vzniku skupin. Klienti se znali z PL a rozdělování rolí probíhalo po přijetí do skupiny..

Dramaterapeutická skupina byla však pro klienty trochu jiným prostředím, a tak začalo nové rozdělování pozic a rolí. Role se postupně měnily podle toho, v čem jednotliví klienti vynikali. Přesto, že role byly už dané, bylo zřejmé vnímat napětí a souboj o role a pozice. Tento souboj měl často za následek konflikt ve skupině.

Při řešení zmíněných konfliktů se osvědčila individuální práce s klienty. Použily se takové terapeutické techniky, kde každý klient pracoval samostatně, dle svých schopností a volil si takové zpracování, které mu nejvíce vyhovuje.

V situaci, kdy měli všichni klienti své role a pozice a byli s nimi ztotožnění, ubylo konfliktů, a naopak přibýlo tolerance a empatie.

Sociální postavení. Sociální postavení má u adolescentů úzkou vazbu se sociálními vztahy. U klientů často docházelo k nevhodnému chování, i mimo PL, právě z důvodu sociálního postavení. Následoval stav, kdy se obávali změny chování v důsledku sociální izolace. Téma sociální izolace se u adolescentů objevovalo téměř ve všech skupinových setkáních.

Významné pro klienty bylo, jak je hodnotili vrstevníci. Obávaná ztráta postavení ve skupině vrstevníků vedla k opakovanému chování, které mělo mnohdy za následek hospitalizaci v PL.

Důležité pro ně bylo zjištění, že podobné obavy mají téměř všichni klienti skupiny.

Sociální vztahy. Sociální vztahy hrají důležitou úlohu v životě adolescenta.

Vztahy ve skupině nebyly nijak hraniční, vytvořily se podskupinky, které však nijak nenarušovaly skupinovou interakci, ani pospolitost skupiny. V některých případech se stávaly iniciátorem, který podněcoval skupinovou tenzi, jindy působily jako katalyzátor,

vytvářely kohezi.

Vztahy ve skupině byly ovlivňovány vztahy klientů, které měli mimo skupinu, a to především v případě, že byli se vztahem nespokojeni. Problémy se vztahy mimo skupinu nosili pak do skupin, nebyli schopni se od vztahových problémů oprostit. V podobných případech se skupina nejvíce semkla, vytvořila se silná pospolitost. Přestože dospělí jedinci by mohli některé vztahové problémy pokládat za banální, adolescent to vidí úplně jinak, je to pro něj v danou chvíli to nejdůležitější. Při řešení podobné situace se osvědčilo podpořit skupinovou pospolitost a pracovat s technikami, které jsou zaměřeny kohezi skupiny.

Aktivita. Aktivita byla zaznamenána ve třech rozdílných faktorech.

Aktivita, ve smyslu warm up před hlavní částí práce skupiny nebo po hlavní části, přímo souvisela s přístupem k hlavní části a s jejím průběhem. Klienti dávali přednost aktivnímu warm up, důležitá byla pro ně pestrost technik. V případě, že technika neodpovídala jejich naladění, odpoutávali pozornost, měli tendenci dělat něco jiného, než je v zadání warm up a pozornost směřovali sami na sebe. Oblíbenější se také jevily terapeutické techniky, které nebyly přesně vymezené, ale bylo možné jejich kreativní zpracování. S těmito technikami chtěli klienti pracovat ve skupinách opakovaně. Při opakování v jiném skupinovém sezení si zkoušeli, jaké alternativy aplikovaná technika naskýtá.

Aktivita ve smyslu účasti terapeutů na aktivitách.

V průběhu sezení skupin byly vyzkoušeny všechny možnosti, tj. aktivity bez terapeutů, aktivity s jedním terapeutem a aktivity s oběma terapeuty. Poslední forma (přítomni oba terapeuti) se jevila jako nejvýhodnější. Pokud se na aktivitách podíleli oba terapeuti, a zaujatě, vzrostla zaujatost i u klientů. Při pozdějším hodnocení se jim technika zdála zajímavá, přínosná, i když už s ní pracovali jindy, bez terapeutů, a nijak více je neoslovila. Čím více jsou klienti zaktivizováni, tím více bude pro ně hlavní část sezení přínosnější.

Aktivita, ve smyslu energie klientů.

Na začátku programu skupin nebyl spatřen významný rozdíl, pokud jde o energii klientů, kterou projevují v rozličných částech sezení skupiny. V následných skupinových lekcích bylo možné zaregistrovat úbytek energie především po hlavní části práce ve skupině. Větší únava se objevovala u těch klientů, na něž byla upoutána během skupinové dramaterapie větší pozornost.

Kreativita. Na začátku sezení skupiny se jevila kreativita adolescentů jako velmi omezená. Nápad jednoho klienta ostatní kopírovali. Kreativní myšlení jim problémy

nedělalo, ale kreativní jednání ano, poněvadž souviselo s nízkým sebevědomím klientů. Ze začátku se báli zkoušet, experimentovat, vytvářet něco nového, jiného. Bylo pro ně snazší kopírovat nápad někoho jiného, tím se vyhnuli osobnímu znehodnocení, které by mohlo, jak se domnívali, nastat.

Kreativita souvisí i s expresí. Když jsme ve warm up pracovali s technikou „kevina“, trvalo to po dobu šesti sezení, než se klienti přestali stydět pořádně si „zařvali“. Tak jako se přestali stydět „zařvat u kevína“, přestali se bát vyjadřovat se i jinými způsoby. Docházelo k uvolnění.

S přibývajícimi sezeními ve skupinách se vyjadřovali kreativněji, začalo se ukazovat, že adolescenti mají velmi vyvinutou fantazii a jsou kreativní, ale stydí se. Obávají se „trapasu“, a protože chtějí být jako ostatní a nechtějí se odlišovat, nechávají tyto vlastnosti skryté uvnitř sebe.

K rozvoji kreativity se osvědčily volné improvizace a techniky rozvíjející kreativitu. Adolescenti se jevíli jako velmi kreativní, alternace, kreace i exprese byla výrazná, proto nelze mluvit o rozvoji kreativity, ale o její podoře.

Nezbytnou součástí dramaterapeutického působení na adolescenty, související s kreativitou, je výběr kreativních technik, které terapeut při práci zvolí. Techniky, které mají dané přesné hranice, jsou pro adolescenty nelákavé, a podle toho k technice přistupují.

Nízké sebevědomí. Nízké sebevědomí se u adolescentů objevovalo ve všech případech, a to přímo, nebo nepřímo. Snažili se své nízké sebevědomí zakrývat manévrováním skrze své obranné mechanismy.

Když absolvovali klienti techniku, která byla zaměřena na jejich negativní vlastnosti, a měli vyslovit jednu svoji kladnou vlastnost, ukázalo se, že jim to dělá velký problém. Nebyli schopni sdělit kladnou vlastnost, anebo ji řekli váhavě, jako by se ptali, zda je možné, že i oni mají nějakou mají. K obdobným technikám jsme se v dalších lekcích vraceli. Na konci terapie byli schopni napočítat dokonce několik kladných vlastností, ale přesto bylo pro ně přijatelnější vymezovat své negativní vlastnosti.

Naopak reagovali, když hovořili o vlastnostech někoho jiného. Negativní vlastnosti ustupovaly do útlumu, vyjmenovali jenom ty, které se nějakým způsobem týkají jen jejich osoby, a popisovali především kladné vlastnosti. Práce na posílení nízkého sebevědomí klientů by měla být zahrnuta do dlouhodobé léčby.

Pospolitost. Pospolitost mezi klienty byla od začátku skupiny zřejmá, s přibývajícimi sezeními rostla. Pospolitost se objevovala ve třech situacích.

Pospolitost všech klientů PL vůči personálu PL.

Pospolitost klientů dramaterapie vůči ostatním klientům.

Pospolitost mezi klienty skupiny.

Jak bylo zmíněno výše, adolescenti potřebovali vědět, „že v tom nejsou sami“, potřebovali cítit oporu, potřebovali důvěru u ostatních. To, že někam patřili, jim dodávalo sílu.

Když jsme vytvářeli kontrakt, jeden klient začal mluvit o svém problému s alkoholem. Začal dělat stereotypní pohyby, měl slzy v očích, mluvil šeptem a pomalu. Ostatní klienti, aniž by se domluvili, semkli kruh blíže k němu, aby cítil jejich oporu.

Individualita. Individualita versus být jeden z davu. Adolescenti nechtějí v žádném případě vymykat, snaží se být nenápadní, nechtějí, aby na ně skupina upínala pozornost. Na druhé straně se snaží být středem pozornosti, chtějí se vymykat, chtějí, aby se skupina zabývala jen jimi.

Zpočátku se tyto dva protipóly objevovaly často. Tím, že někteří klienti upoutávali pozornost na sebe, vznikalo napětí a vznikal konflikt mezi klienty. Projev individualismu se měnil v impulzivitu, tj. já za každou cenu. V obdobných případech byl nutný co nejdříve zásah terapeuta.

Se vzrůstající kohezí skupiny se postupně vytrácely souboje mezi skupinou a jednotlivci, kdo bude středem zájmu. Na konci lekcí byli adolescenti schopni působit jako skupina tak, že se všichni věnovali jednomu klientovi, který to v danou chvíli potřeboval.

Stabilita. Stabilita, stálost, opakovatelnost a jistota byla pro adolescenty důležitá.

Stabilním přístupem se mohl vytvořit bezpečný prostor, důvěrné prostředí.

Opakovatelnost dávala klientům pocity jistoty. Skrze vstupní a výstupní rituály, které se opakovaly na každém sezení skupiny, mohli adolescenti plynule přejít z pravidel PL do pravidel skupiny, z přístupu personálu PL do přístupu ve skupině, a z reálného prostředí do prostředí dramatu.

Stabilita jim dávala pocit jistoty, bezpečí, ale také sounáležitosti jako aktivních členů. Jednotlivé prvky skupiny, které se pokaždé opakovaly, což byly pozdrav, rituál, vstupní a výstupní kolečko, prováděli klienti sami, dříve, než bylo potřeba autoritativního vedení terapeuta.

7 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU, DISKUZE

Výzkum v Psychiatrické léčebně Šternberk probíhal půl roku. Během této doby se v dramaterapeutické skupině vystřídalo mnoho adolescentů s různou psychiatrickou diagnózou. Obecně lze zhodnotit výzkum pozitivně. Dramaterapie, jak bude v následujícím textu blíže vymezeno, může zaujímat nezastupitelné místo v komplexní léčbě psychických poruch adolescentů s různorodou psychiatrickou diagnózou.

Jak vnímají adolescenti v PL dramaterapii? V průběhu lekcí dramaterapeutických skupin se ukázalo, že ji vnímají kladně. Pro adolescenty není dramaterapie jen „jakousi“ nutnou součástí léčebného režimu. Nevnímají dramaterapii jako psychoterapii, kterou mají v době hospitalizace běžně ve svém rozvrhu. Je to pro ně něco zcela jiného, odlišného, originálního. Dramaterapie se přímo prolíná do potřeb adolescentů.

Jak může dramaterapie ovlivnit chování a jednání adolescentů PL? Během výzkumu bylo zjištěno, že dramaterapie ovlivňuje chování a jednání adolescentů skrze terapeuticko-formativní působení, skrze zkušenost a učení.

Adolescenti si mohou vyzkoušet různé situace, různé role, a to v bezpečném prostředí. Dochází k nabírání zkušeností přímo, skrze roli, situaci, nebo nepřímo, s odstupem, ať už osobním, že tedy adolescent není protagonista, ale divák, nebo s časovým odstupem, kdy si promítá danou situaci, jak ji řešili ostatní klienti, jak on sám ji řešil, jak by se to dalo udělat jinak. Může porovnávat se zkušenostmi ze svého přirozeného prostředí.

Dalším významným atributem při ovlivňování adolescentů je skupina, která na něj vyvíjí přirozený tlak.

Které specifické dovednosti se dají rozvíjet u adolescentů v PL skrze dramaterapeutické metody? Působení dramaterapeutických metod ovlivňuje přístup, s jakým adolescent k terapeutické technice či metodě přistupuje. Dokud adolescent nemá zájem o léčbu, není vhodná žádná metoda. Během výzkumu se ukázalo, že je dobré nechat adolescenta, aby si stanovil cíle sám, aby on sám si vymezil, co je pro něj v současné době důležité rozvíjet. Při podrobnější analýze cílů jím vytvořených docházíme k závěru, že jsou totožné s cíli, které si stanovuje PL nebo s cíli, které si stanovil terapeut. Při stanovování cílů samými adolescenty je výhodné směřovat je k bližší budoucnosti, aby byli více

motivování..

Každá psychická porucha má své specifické oblasti, kterou je jedinec více či méně indisponován. Navíc je každý jedinec individuální, neopakovatelnou osobností. A poněvadž každý klient pochází z odlišného prostředí, nelze specifikovat, které oblasti lze obecně u adolescentů s psychiatrickou diagnózou rozvíjet. Lze jen vymezit oblasti, které se obecně u adolescentů objevují jako problematické. Patří sem emotivita, labilita, impulzivita, problémy se sebeovládáním, problémy s přiměřeným sebehodnocením.

Jaká jsou specifika užití dramaterapie u adolescentů v PL? V průběhu výzkumu byl zjištěn velký podíl přístupu terapeuta na efektivitě terapeutického procesu. Adolescenty musí osobnost terapeuta zaujmout. Přístup, který nejlépe vyhovuje adolescentům, je demokratický. Adolescenti potřebují svobodu, možnost volby, ale také hranice a zodpovědnost.

Dalším specifikem, které opět vyplývá z odbornosti terapeuta, je respektování vývojového stádia, ve němž se adolescent nachází. Vyšší podíl emotivity, impulzivity, lability je pro toto období přirozeným jevem.

Důležitými prvky, které ovlivňují terapeutické působení, jsou hravost a kreativita.

Adolescenti se sice snaží být dospělí, osamostatnit se, ale jsou ještě závislí na svém okolí. To se týká přímo konkrétní dramaterapeutické práce s nimi. Pro adolescenty je velmi přínosná práce ve skupinkách, nejlépe v malých, podle vzájemných sympatií. Zdá se být efektivnější než individuální práce. To se týká nejen formy dramaterapie, ale také technik využívaných při skupinové dramaterapii.

Hodnocení cílů. Jeden z výzkumných cílů spočíval v zjištění, **jaký vliv má působení dramaterapeutických metod na chování a prožívání klientů v PL.** To však nelze přesně vymezit. V dramaterapeutických skupinách byl zaznamenán kladný vliv dramaterapeutického působení na změnu chování a prožívání adolescentů. Měli zájem chodit na dramaterapii, aktivně se podíleli na terapeutickém procesu.

Změna v chování i prožívání byla zaznamenána i personálem PL. Adolescenti jsou v PL hodnoceni na „škále“, podle toho, jak se chovají, a tak se pohybují od pomyslné jedné až po pět. Po kontraktu, kterým si klienti sami vymezili oblasti, se kterými chtějí pracovat, a v důsledku právě v dramaterapeutických skupinách se přestali posouvat do nižší škály, do horšího hodnocení. Tento fakt nelze hodnotit jinak, než pozitivně.

Z tohoto pohledu by odpověď na výzkumnou otázku a výsledek výzkumného cíle byl

jednoznačný: dramaterapie má velký vliv na chování a prožívání adolescentů v PL.

Z druhého pohledu není odpověď přesná, a jen stěží se dá výzkumný cíl zjistit. V současné době nikdo neví, jak se klienti budou chovat ve svém přirozeném prostředí nebo s časovým odstupem. Vzhledem k tomu, že do léčby není zahrnuta rodina klientů, protože to stát nevymezuje, adolescent se vrátí zpět do téhož prostředí. Prostředí adolescentů je jeden z hlavních atributů, který se podílí na vzniku psychické poruchy. S největší pravděpodobností se dá očekávat, že chování, které bylo vlivem terapeutického působení změněno, se opět vrátí do původního stavu.

Podobně nelze přesně **zjistit, které specifické schopnosti je možné skrze dramaterapii rozvíjet.**

V dramaterapeutické skupině se působilo na změnu chování a prožívání, která je podmíněna, mimo jiné, rozvojem jedince v oblasti emotivní, sociální atd. Tyto oblasti pak zahrnují jednotlivé dílčí elementy, jako je estetická distance, emoční inteligence, osobnostní vyzrálость aj. Působením na dílčí oblasti osobnosti adolescentů se docházelo ke změnám v chování a prožívání, které byly v konečném výsledku hodnoceny jako pozitivní přínos v léčebném působení adolescentů. Přesto nelze za půlroční výzkum upřesnit, které specifické oblasti nelze nebo nadměrně lze skrze dramaterapii rozvíjet.

Efektivita působení závisí na zaujatosti adolescenta pro terapii, terapeutické působení a na složení a práci ve skupině. Ta se během výzkumu jevila jako jeden z nejdůležitějších iniciátorů, který ovlivňuje terapeutické působení, a tím podmiňuje změnu chování a prožívání adolescentů, tj. i dílčích specifických schopností, které lze skrze dramaterapii u adolescentů rozvíjet. Dramaterapie rozvíjí osobnost adolescenta celistvě. Nelze působit izolovaně na jednotlivé struktury osobnosti bez překryvu do jiné..

Další cíl výzkumu bylo **prozkoumat, jaká jsou specifika dramaterapeutického působení u adolescentů v PL.**

Hlavním specifikem, které by měl být samozřejmostí, je respekt k adolescentům, především respektování jejich rozhodnutí. Adolescenti mají právo rozhodovat o sobě, o své léčbě nebo alespoň do ní zasahovat. Situace, že byli rovnocennými aktivními partnery, významně ovlivnila terapeutické působení.

Dalším specifikem, které bylo během výzkumu zjištěno, je využívání skupinové formy dramaterapie. Skupina přímo koresponduje s požadavky adolescentů. Skrze skupinovou terapii je adolescent schopen přijímat nové zkušenosti přirozenou cestou, tedy nápodobou,

učením, zpětnou vazbou a vlivem skupinového tlaku.

Jako další specifikum lze uvést zvýšenou emotivitu, labilitu a impulzivitu. Zvýšená emotivita a labilita nálad je fyziologický stav „normálních“ adolescentů, natož pak u adolescentů s poruchou chování, poruchou chování s hyperaktivitou a smíšenou poruchou chování a emocí.

Z dramaterapeutických prostředků je pro adolescenty nejvíce motivující neplánovaná improvizace, kdy si adolescent sám určí, zda roli přijme nebo ne, a určí si i sám vstup do role.

Mezi možné dramaterapeutické prostředky, které mají při dramaterapeutické práci s adolescenty nezastupitelné místo, jsou práce s textem, s příběhy, pohyb, pantomima, dramatická hra a hra v roli. Jako méně významné se jeví kresba anebo malba.

Specifikem je rovněž plánování krátkodobějších cílů, tzn.. postupovat dílčími cíli, které jsou pro adolescenta více motivující. Cíle, které jsou plánované dlouho dopředu, postupně ztrácejí atraktivitu, motivace je malá, aktivita se snižuje, a postupně vyhasíná zájem klienta dosahovat stanoveného terapeutického cíle.

Poslední specifikum, které bylo během výzkumu zjištěno, je „atraktivnost“ terapeuta a jeho přístup k adolescentům, způsob práce.

Poslední cíl výzkumu je **zmapovat, jak klienti PL subjektivně vnímají dramaterapii**. Došli jsme k závěru, že adolescenti přijímají dramaterapii kladně, dalo by se říci, že až nekriticky. Během výzkumu se objevilo jen pozitivní hodnocení, klienti by rádi chodili do dramaterapeutických skupin častěji než jednou týdně.

ZÁVĚR

*„Díky beránku se mi odhalilo tajemství života malého prince. Zeptal se mě náhle..“
„Když beránek okusuje keře, spásá i květiny, které mají trny? Tak načpak jsou ty trny?“
„Trny nejsou na nic“ „Nevěřím Ti! Květiny jsou slabé. Jsou naivní. Zabezpečují se, jak dovedou. Myslí si, že jsou strašné, když mají trny....“*

„Květinu malého prince jsem poznal velice brzy lépe.“ „Já nejsem tráva,“ odpověděla jemně květina.....ale zarazila se. Přišla jako semeno. Nemohla z jiných světů nic poznat. Zahanbena, že se nechala chytit při pokusu o tak prostinkou lež, dvakrát nebo třikrát zakašlala, aby malého prince upozornila.....Tu nuceně zakašlala, aby v něm přece jenom probudila výčitky svědomí.

A tak malý princ, ačkoliv měl dobrou vůli mít ji rád, brzy o ní zapochyboval. Bral vážně bezvýznamná slova, a byl proto velice nešťasten. „Neměl jsem ji nikdy poslouchat, květiny nesmíme nikdy poslouchat. Musíme se na ně dívat a vdechovat jejich vůni. Tehdy jsem nedovedl nic pochopit. Měl jsem ji posuzovat podle jednání, ne podle slov. Měl jsem pod jejími chabými lstmi vytušit něžnost. Květiny si tak odporují.....“

Malý princ, Antoine de Saint-Exupéry

Diplomová práce je zaměřená na uplatňování dramaterapeutických metod v dětské psychiatrické léčebně. Během výzkumu byl zjištěn význam dramaterapie při léčbě psychických poruch adolescentů PL. Oblast dramaterapie v psychiatrických léčebnách není v současné době v našich geografických podmínkách dostatečně zpracována a u adolescentů s psychickou poruchou hospitalizovaných v psychiatrické léčebně už vůbec ne.

Tato práce potvrdila vhodnost využití dramatických metod u adolescentů v psychiatrické léčebně, vymezila základní specifika přístupu, který je při uplatňování dramaterapie u adolescentů významný, objasnila, jak adolescenti vnímají dramaterapii, jak ji subjektivně hodnotí a zjistila, jaký vliv může mít dramaterapeutické působení na chování a prožívání adolescentů.

Výzkumem byla zjištěna spousta zajímavých informací, které by mohly být inspirací i podkladem pro další, obsáhlejší výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Praha : Triton, 2007. 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.
- BARTOŠÍKOVÁ, I., VOŘÍŠEK, R. *Příručka pro nízkoprahové terapeuty*. Boskovice: Albert, 1998. 78 s. ISBN 80-85834-57-X.
- CIMICKÝ, J. *Psychoterapie slov*. Praha : Pražská imaginace, 1992. 234 s. ISBN 80-7110-103-6.
- COREY, G. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha : Portál, 2006. 246 s. ISBN 80-7367-160-3.
- DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
- ELLIOTT, J. *Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie*. Praha : Grada, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
- GELDARD, K., GELDARD, D. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha : Portál, 2008. 328 s. ISBN 978-80-7367-476-2.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- JENNINGS, S. *Dramatherapy with children and adolescents*. London : Routledge, 1995. 250 s. ISBN 0-415-11040-8.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 791 s.
- KOTTLER, J. A. *Nezdařená terapie : nejhorší chyby z praxe předních současných psychoterapeutů*. Praha : Portál, 2006. 214 s. ISBN 80-7367-088-7.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha : Portál, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

- KRATOCHVÍL, S. *Příběhy terapeutických skupin*. Praha : Triton, 2007. 266 s. ISBN 978-80-7254-934-4.
- KRAUS, J., et al. *Slovník cizích slov*. Praha : Academia, 2005. 879 s. ISBN 80-200-1415-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha : Grada, 1997. 125 s. ISBN 80-7169-349-9.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha : Avicenum, 1989. 288 s. ISBN 08-073-89.
- LANYADOOVÁ, M., HORNEOVÁ, A., et al. *Psychoterapie dětí a dospívajících*. Praha : Triton, 2005. 681 s. ISBN 80-7254-568-X.
- MANN, J. *Hranice psychologie*. Praha : Orbis, 1967. 310 s.
- MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- MORGAN, D. L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice : Albert, 2001. 104 s. ISBN 80-85834-77-4.
- MÜLLER, O., et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého. 2007, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. Praha : Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
- OAKLANDER, V. *Třinácté komnaty dětské duše : Tvořivá dětská terapie v duchu Gestalt terapie*. Dobříš : Drvoštep, 2004. 264 s. ISBN 80-903306-0-6.
- RIEGER, Z. *Lod' skupiny : inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii*. Praha : Portál, 2007. 206 s. ISBN 978-80-7367-222-5.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512.2
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- STYX, P. *O psychiatrii : Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno : Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- SVOBODOVÁ, J. *Psychiatrie*. Ostrava : Repronis Ostrava, 2007. 77 s. ISBN 978-80-7368-235-4.

- ŠENKOVÁ, S. *Slovník latinsko - český, česko - latinský*. Olomouc : Nakladatelství Olomouc, 2005. 262 s. ISBN 80-7182-144-6.
- TARTAR-GODDET, É. *Umění jednat s dospívajícími*. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-492-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-718-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
- VALENTA, M., REISMAN, M. *Dramaterapie*. Olomouc : Netopejr, 1999. 132 s. ISBN 80-86096-27-0.
- VALENTA, M. *Dramaterapeutické projektování*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 91 s. ISBN 80-244-0615-2.
- VALENTA, M., et al. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 139 s. ISBN 80-244-1358-2.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha : Grada, 2007. 252 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
- VALENTA, M., et al. *Rukověť dramaterapie II*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2009. 180 s. ISBN 978-80-244-2274-9.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha : Grada, 2003. 262 s. ISBN 80-247-0253-3.
- YALOM, I.D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha : Portál, 2007. 647. ISBN 978-80-7367-304-8.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Aclarová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Uplatňování metod dramaterapie v dětské psychiatrické léčebně
Název v angličtině:	Application methods of dramatherapy in children psychiatric hospital
Anotace práce	<p>Diplomová práce se věnuje uplatňování metod dramaterapie na adolescenty s duševním onemocněním v dětské psychiatrické léčebně.</p> <p>Teoretická část se zaměřuje na dramaterapii, vymezuje specifika přístupu k adolescentům a definuje duševní onemocnění v adolescenci.</p> <p>Praktická část je provedena formou kvalitativního pozorování. Výzkumné šetření zjišťuje uplatňování dramaterapie na adolescenty s duševním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně.</p>
Klíčová slova:	Duševní onemocnění, psychiatrická léčebna, adolescenti, dramaterapie, skupinová terapie, terapeutický přístup, změna chování a prožívání.
Anotace v angličtině:	<p>This thesis deals with the application of dramatherapy methods to adolescents with mental diseases in the psychiatric hospital.</p> <p>The theoretical part diploma thesis is focuses on the dramatherapy, delimitates a accession to adolescents and definitions a mental diseases in adolescents.</p> <p>The practical part is done by qualitative observation. The survey finds dramatherapy in the application of adolescents with mental diseases, who are hospitalized in a psychiatric hospital.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Mental disease, psychiatric hospital, adolescents, dramatherapy, group therapy, therapeutic access, a change behaviour and feelings.
Přílohy vázané v práci:	Bez příloh
Rozsah práce:	99 s.
Jazyk práce:	CZ